



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

TALINA CARLA DA SILVA

**AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO NÍVEL DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA, MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE/PB**

Campina Grande

2011

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

TALINA CARLA DA SILVA

**AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO NÍVEL DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA, MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE/PB**

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

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria
Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

Campina Grande

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UEPB

S586a Silva, Talina Carla da.
Ações de controle da tuberculose no nível de atenção primária e secundária, município de Campina Grande/PB [manuscrito] / Talina Carla da Silva. – 2011.
67 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

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

1. Tuberculose. 2. Avaliação de Serviços da Saúde. 3. Doença Infecciosa. I. Título.

21. ed. CDD 616.995

TALINA CARLA DA SILVA

**AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO NÍVEL DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA, MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE/PB**

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

BANCA EXAMINADORA

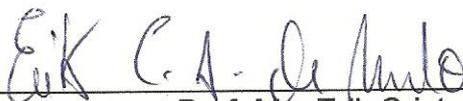
Campina Grande/PB, aprovado em 17 de junho de 2011.



Prof^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba/UEPB
Orientadora



Prof^a Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso
Universidade Estadual da Paraíba/UEPB
1º Examinadora



Prof. Ms. Erik Cristovão
Universidade Federal de Campina Grande/UFCG
2º Examinador

Dedico este trabalho a Deus, pois tudo é para honra e glória do senhor. À memória da minha mãe que deixou em mim ânsia de mudar o rumo da minha vida, ao meu pai, irmãos e Ricardo, que acreditaram que eu seria capaz.

Agradecimento Especial

A Fatinha, Maria das Neves e Raimundo, por ter acreditado e fornecido condições para que eu cumprisse a promessa feita a nossa mãe, e realizado este sonho.

A Ricardo, por ter sido sempre meu leal companheiro, amigo, incentivador e amante, “Deus uniu a nossa vida de uma vez!”.

A Mayrla Lima Pinto minha amiga-irmã, obrigada por ter me deixado fazer parte da tua vida, você foi um presente de Deus.

A Prof^a. Dra. Tânia M^a Ribeiro M. de Figueiredo, por ter nesta árdua caminhada me dado o privilégio de ser sua orientanda, pela confiança, pelo incentivo e por me fazer acreditar que posso alcançar vãos ainda mais altos.

Agradecimentos

Agradecer a Deus por ter iluminado todos os meus passos, tudo que fiz e sou é para honra e glória do teu nome. Esta vitória é para que sirva de testemunho que Deus é fiel, pois eu tinha tudo para dar errado, mas Ele cuidou de mim.

A meu pai, Luiz Marinho e todos os meus irmãos: Fatinha, João Eudes, Joana Dark, Lucineide, Luiz Aécio, Maria das Neves, Neuza, Raimundo e Renata. Deus não poderia ter me ofertado uma família melhor, obrigada por terem acreditado em mim quando nem eu acreditava, tenho certeza que mãe teria orgulho da nossa união, eu amo vocês, muito obrigada!

A meu noivo Ricardo, por nesta longa caminhada ter sido meu porto seguro, pela paciência e por nunca ter desistido da gente, sem você nada disso teria sentido, eu amo você.

A todos os meus sobrinhos que são como irmãos para mim em especial: Ipojucan, Leilane e Tamires, por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, “tia diz que ama vocês”!

A minha amiga-irmã e companheira, cúmplice, juntas somos mais forte: Mayrla Lima Pinto, eu sempre estarei com você, obrigada por sempre estar ao meu lado, palavras não definem o que você representa em minha vida, você é um exemplo para mim.

A todas as pessoas que em algum momento moraram comigo e que deixaram suas marcas na minha vida, muito obrigada pela troca de experiência, sou muito de todos vocês, terei muito para contar a meus netos.

As minhas amigas-irmãs da “casa das sete mulheres”, nestes cinco anos tive a honra de morar com vocês e agradeço a Deus por ter colocado cada uma em minha vida: Mônica (nossa madrinha), Janaína, Natália, Priscila, Ipojucan, Carlione, Maira, Aline, Kalyenne, Jaqueline e Isabel. Eu amo cada uma de vocês.

A Mônica, por ter fornecido o seu computador para que eu pudesse realizar este trabalho e por muitas vezes ter sentido comigo a minha angústia. Obrigada, amiga.

A minha amiga-irmã de infância, Edineuma, você está e sempre estará presente na minha vida, a distância é só física, mas todas as minhas vitórias têm muito de você, obrigada por tudo. Amo você.

A todos os meus colegas de sala, acredito que a enfermagem será melhor, a partir de cada um de vocês, em especial minhas amigas: Mayrla Lima, Cibely, Nathália, Jussara, Aline, Marcelo, Elaine, Diogo e todos os demais.

A minha amiga Cibely pelo incentivo e força, tenho orgulho de você.

A Nathália Bastos por todo carinho.

A Renata por ter sido como um vento forte que passou, mas deixou registrado para sempre em meu coração seu jeito especial de ser.

A Minha professora e orientadora, Tânia Maria Ribeiro M. de Figueiredo. Por ter me proporcionado a realização do sonho que tinha de poder estar envolvida na pesquisa, obrigada pela confiança, hoje teus passos são exemplos de vida para mim, e tua palavra amiga serão levadas, por mim em todo caminho que eu trilhar. A você minha eterna gratidão, admiração e carinho.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, Avaliação dos Serviços de Saúde, e todos que contribuíram com a coleta de dados: Mayrla lima, Valdênia Verrisimo, Fábria, Fernanda, Layanne, Flávia Albuquerque, Heloisy Alves, Julianny Rodrigues, Erik e Valkênia.

A Valdênia Veríssimo de Lima, pelas noites produzindo, pelo carinho, pelas conversas, pelo apoio, simplesmente por existir na minha vida.

A todos profissionais do Ambulatório de Referência em Tuberculose e das Unidades Básicas de Saúde da Família, que permitiram a entrada em seus serviços e compreenderam a importância deste estudo.

A todos os doentes de Tuberculose que permitiram e contribuíram para a realização deste trabalho, abrindo e compartilhando suas angústias frente a esta doença.

A todos os professores da graduação que com todo carinho e sabedoria transmitiram seu conhecimento para mim, me dando condições de me tornar uma enfermeira.

Aos membros da banca: Prof. Ms Erik Cristovão e Profa. Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso, por ter aceitado o convite e por todas as contribuições.

A meu amigo Erik, pela contribuição no meu trabalho e no meu processo de aprendizagem, obrigada por sempre me mostrar o outro lado da moeda, com tua visão otimista.

Deus coloca anjos na nossa vida e todos vocês foram, em algum momento, meus anjos, muito obrigada aos citados e todos os que não foram citados, mas que também são importantes para mim.

Muito obrigada!

“No curso de milhares de anos a Tuberculose encerrou mensagem ainda não totalmente decifrada.”

Jacques Chretien

SILVA, Talina Carla. **Ações de controle da Tuberculose no nível de Atenção Primária e Secundária, município de Campina Grande/Pb**, 2011.67p.Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2011.

RESUMO

Introdução: Há uma década a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB um estado de emergência mundial. Estima-se que entre os anos 2000 a 2020 um bilhão de pessoas serão infectadas pelo bacilo, 200 milhões adoecerão e 35 milhões poderão ir a óbito. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da organização da atenção ambulatorial e básica (Unidades Básica de Saúde da Família e Ambulatório de referência), nas ações de controle da TB no município de Campina Grande/PB, no período de jun/2009 a jun/2010. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, inquérito para avaliação de serviços de saúde, com abordagem quantitativa, desenvolvida no município de Campina Grande/PB. Foi utilizado um instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield (2002), adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) sendo adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2009). Participaram do estudo 116 doentes de TB diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/2010. Os entrevistados responderam cada pergunta do questionário segundo uma escala do tipo Likert com 5 escores(Sempre, Quase sempre ,às vezes,Quase nunca,Nunca. Os dados foram analisados no programa IBM SPSS Statistics, versão 18.0. **Resultado:** Dos 79 doentes de TB entrevistados no período de fevereiro a novembro de 2010. Constatou-se que houve predomínio do sexo masculino nos serviços estudados, sendo 54,5% no AmbRef, 71,7% nas UBSFs.A maioria dos entrevistados encontrava-se na faixa economicamente ativa, no AmbRef com 61,76% e nas UBSFs 48,89% estavam entre 18 e 38 anos de idade e com baixa escolaridade. Quanto ao TDO, entre doentes que foram atendidos no serviço de referência em TB 91,2% não realizavam TS, na UBSF, a maioria dos doentes 56,8% realizavam tratamento supervisionado, destes 37,8% no domicílio e 28,9% nas UBSFs. Concernente as medias das ações de controle da TB os dois serviço foram equivalentes e apresentaram um nível não favorável para educação em saúde, fornecimento da medicação e busca ativa, e obtiveram média favorável, no que concerne a baciloscopia de diagnostico e controle mensal da TB, acompanhamento do tratamento medicamentoso. **Conclusão:** O município de Campina Grande não tem suas ações descentralizadas e em conseqüência o controle da TB não alcançou em nível favorável.

Palavras-Chave: Tuberculose. Avaliação de Serviços da Saúde. Doença Infecciosa.

SILVA, Talina Carla. **Shares of Tuberculosis control at the level of Primary and Secondary, in Campina Grande/PB**, 2011. 67p. Work of Academic Conclusion – TCC (Bacharel and Graduation Nursing). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2011.

ABSTRACT

Introduction: A decade ago the World Health Organization (WHO) declared TB a global emergency state. It is estimated that between the years 2000 to 2020 one billion people are infected with the bacillus, 200 million will fall ill and 35 million will go to death. **Objective:** To evaluate the performance of the organization of clinical and basic attention (UBSFs and Clinic Reference), in the actions to control TB in the city of Campina Grande/PB, in the period of January/2009 to June/2010. **Methodology:** This study is a cross-sectional and descriptive study, inquiry type, for evaluation of health services with a quantitative approach, developed in Campina Grande/PB. Was used the Primary Care Assessment Tool (PCAT), developed by Starfield (2002), adapted and validated to Brazil by Almeida and Macinko (2006) being adapted for TB care by Villa and Ruffino-Netto (2009). The study included 116 TB patients diagnosed in the period January/2009 to May/2010. Respondents answered each question using a Likert scales with five scores. The data were analyzed with the IBM SPSS program, version 18.0. **Results:** Of the 79 TB patients interviewed in the period from February to November 2010, it was found that there was male predominance in the services studied, being 54.5% in AmbRef, 71.7% in UBSFs. A majority of respondents were in economically active age, 61.76% at AmbRef and 48.89% in UBSFs, were between 18 and 38 years of age and low education. As accessibility to the DOTS, among patients who were treated at the Clinic Reference in TB, 91.2% did not perform TS, in UBSF, the majority of patients 56.8% perform supervised treatment, 37.8% of those performs at home and 28.9% in UBSFs. Concerning the measures of action to control TB, both services were equivalent and showed a level not propitious to health education, provision of medication and active search, and got mean favorable with respect to smear diagnosis and monthly control of TB, monitoring of drug therapy. **Conclusion:** The city of Campina Grande has not its actions decentralized and consequently the control of TB has not reached a favorable level.

Keywords: Tuberculosis. Evaluation of Health Services, Infectious Disease.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Serviços que atendem o doente de TB.....	44
Gráfico 2	Tratamento supervisionado no AmbRef	44
Gráfico 3	Local de realização do Tratamento supervisionado do AmbRef	45
Gráfico 4	Tratamento supervisionado nas UBSFs	45
Gráfico 5	Local de realização do Tratamento supervisionado das UBSFs	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Transmissão da Tuberculose Pulmonar	22
Figura 2	Processo de Avaliação de Qualidade da Saúde	33
Figura 3	Desenvolvimento dos índices compostos	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Percentual das características sócio-demográficas dos doentes de TB diagnosticados na UBSFs e AmbRef	41
Tabela 2	Educação em Saúde	47
Tabela 3	Controle da Medicação	48
Tabela 4	Baciloscopia	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

BK – Bacilo de Koch

DOTS - Directly Observed Treatment Short Course

HIV - Human Immunodeficiency Virus/Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCT – Plano de Controle da Tuberculose

PCNT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

TB – Tuberculose

TB – MDR – Tuberculose Multidrogarresistente

TS – Tratamento Supervisionado

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 Tuberculose: um desafio ao longo das décadas	20
3.1.1 Um olhar acerca da história da tuberculose	20
3.1.2 Uma breve definição da tuberculose	21
3.2 Ações de controle da tuberculose	24
3.2.1 Tratamento Diretamente Observado (TDO)	25
3.2.2 Exame de baciloscopia e teste de pele	28
3.2.3 Educação em saúde	29
3.3 Avaliação dos serviços de saúde	31
4 METODOLOGIA	34
4.1 Percurso metodológico	34
4.2 Áreas de estudo	34
4.3 Sujeitos do estudo	35
4.4 Coleta de dados	35
4.5 Período da coleta de dados	36
4.6 Instrumento de coleta de dados	36
4.7 Variáveis do estudo	37
4.8 Análises dos dados	38
4.9 Aspectos éticos da pesquisa	40
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	41
5.1 Caracterizações dos sujeitos do estudo	41
5.2 Ações de controle da TB	43
5.2.1 Tratamento Diretamente Observado (TDO)	43
5.2.2 Educação em saúde	46
5.2.3 Controle da medicação	47
5.2.4 Controle da baciloscopia	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	60
ANEXOS	62

Apresentação

Este estudo é parte do plano de trabalho desenvolvido por mim no Programa de Iniciação Científica (PIBIC), da Universidade Estadual da Paraíba. 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**. Foi desenvolvido pelo 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 no estudo da temática especificamente no que se refere ao processo de assistência do 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) é uma doença de amplitude mundial, a qual ao longo dos tempos evidencia grandes impactos na saúde pública e se encontra no rol das patologias estigmatizadas. Desde a antiguidade, os considerados enfermos eram excluídos do convívio social. Com a descoberta do bacilo da TB (*Mycobacterium tuberculosis*) em 1882, pelo médico alemão Robert Koch, esta doença vem tomando novos rumos no âmbito da saúde pública (FERREIRA et al, 2005; ROCHA, 1981).

Desde o início do século XX, a TB está entre as doenças de maior prevalência de morte nas regiões geográficas de clima temperado e a segunda, depois da febre amarela, nas regiões tropicais. Mas é a partir dos anos 1980 que a TB se apresenta de forma mais intensa pela sua presença em indivíduos com a síndrome da imunodeficiência adquirida passando a ser um problema conjuntural, fruto de uma política neoliberal que veio aumentando a diferença entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, favorecendo a inserção do doente de TB nesse abismo social (FERREIRA et al, 2005; ROCHA, 1981).

Há uma década a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como uma patologia de emergência mundial, pois a mesma vem esbarrando em um amplo leque de interrogações adotando um caráter de problema de saúde pública, transformando-se em objeto de investigação e avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a; SCATENA et al, 2009).

Segundo a OMS (2011), se não houver um controle mais eficaz, estima-se que entre os anos 2000 a 2020 um bilhão de pessoas serão infectadas pelo bacilo, 200 milhões adoecerão e 35 milhões poderão ir a óbito. No mundo, cerca de 1/3 da população está infectada, o que equivale a 100 milhões de pessoas por ano, dos quais oito milhões estão doentes. Pelas estimativas mais recentes, pelo menos três milhões morrem anualmente em decorrência da TB. Estes números evidenciam um quadro epidemiológico crítico da doença (WHO, 2009, BRASIL, 2011).

Em março de 1998 foi estabelecida, após a primeira reunião acerca da epidemia da TB no mundo realizada em Londres, a iniciativa Stop TB (Parar a Tuberculose), sendo um momento decisivo na reestruturação dos esforços globais para o controle da doença, que apelou à ação das delegações ministeriais de 20

países com maior carga de TB. Assembleia Mundial da Saúde de 2000 aprovou o estabelecimento de uma Parceria Global para o Stop TB e duas metas para 2005: diagnosticar 70% de todas as pessoas com tuberculose e curar 85% dos indivíduos diagnosticados. A principal missão do Stop TB é assegurar que todos os pacientes com tuberculose tenham pleno acesso ao diagnóstico e tratamento de qualidade para reduzir a carga social e econômica e de desigualdade imposta pela TB. Dentro desta iniciativa o Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) é usado como uma linha de estratégia de trabalho (WHO, 2009).

Os 22 países emergentes que possuem a maior carga de incidência de TB no mundo são: Índia, China, Indonésia, Bangladesh, Nigéria, Paquistão, África do Sul, Filipinas, Federação Russa, Etiópia, Quênia, República Democrata do Congo, Vietnã, Tanzânia, Brasil, Tailândia, Zimbábue, Cambodja, Myaanmar, Uganda, Afeganistão e Moçambique. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) revelam que o Brasil melhorou satisfatoriamente a sua posição de 15^o em 2003 para 19^a em 2011, mas sua incidência ainda permanece elevada enquadrando-o entre os 22 países com maior carga de notificações. No ano de 2008 foram registrados 73.673 casos novos, com uma redução deste número em 2010 para 70.601 novas infecções. No entanto, este número ainda é distante da meta preconizada, já que o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio é chegar, até 2015, em 28 casos por 100 mil (TRIGUEIRO 2009 a; BRASIL, 2011).

O Brasil apresenta uma taxa de cura baixa, pois, enquanto o Relatório Global de Controle preconiza 85% de cura da doença, o país só conseguiu atingir 77%. A enfermidade ainda ocupa a 3^a causa de mortes por doenças infecciosas e a 1^a em pacientes portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/AIDS. As regiões Norte, Sudeste e Nordeste, respectivamente, apresentaram, em 2007, as maiores incidências. O estado da Paraíba obteve neste período uma taxa de incidência de 28,27/100.000 habitantes, mantendo-se abaixo da média nacional de 38,2/100.000 habitantes. Em 2009, neste estado notificou-se 1.069 novos casos de TB, 24 óbitos e 55 abandonos de tratamento. Já em Campina Grande foram registrados no mesmo ano, 111 casos novos, apresentando uma taxa de incidência de 28,92/100.000 habitantes. Entre os fatores que agravam este quadro no Brasil e no mundo é a persistência da pobreza em nossa sociedade, a ocorrência da AIDS nos grandes centros e o aumento da ocorrência de casos multidrogarresistente (MDR) (CAMPINA GRANDE, 2010; XAVIER, 2010; BRASIL, 2011).

A partir de 1988, com a constituição federal, o Brasil passou a descentralizar suas ações de saúde, outorgada pela lei nº 8.080 e 8.142/1999, que estabelece que compete ao município o planejamento, controle, a organização e avaliação dos serviços de saúde. Tendo em vista o quadro epidemiológico que caracteriza a TB no mundo, se faz necessário avaliar a efetividade das ações de controle nos serviços de saúde (CLEMENTINO, 2009).

A avaliação em saúde se concentra na relação estabelecida entre a necessidade apresentada pela população e os serviços oferecidos a esta, considerando sua eficiência e efetividade, a fim de constatar dados fidedignos que descrevam a real situação de saúde, visando estabelecer soluções dos problemas (VIEIRA, 2005).

O presente estudo tem como intuito contribuir na geração de informações técnicas e operacionais, a fim de avaliar a efetividade das ações de controle e prevenção da TB, para que se possam direcionar estratégias que venham amenizar o problema social da doença, contribuindo, assim, no combate desta tão temida doença.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- a) Avaliar o desempenho da organização da atenção ambulatorial e básica (Unidade Básica de Saúde da Família e Ambulatório de Referência), nas ações de controle da Tuberculose no município de Campina Grande/PB.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Traçar o sócio-demográfico dos doentes de TB atendidos na UBSF e Ambulatório de Referência do município de Campina Grande/PB;
- b) Comparar o desempenho das ações de controle da tuberculose na atenção primária e secundária, privilegiando os seguintes indicadores: educação em saúde, baciloscopia e tratamento medicamento.

3 Fundamentação teórica

3.1 Tuberculose: um desafio ao longo das décadas

3.1.1 Um olhar acerca da história da tuberculose

O homem ao longo dos tempos vem transformando tudo a sua volta. Neste processo de mudança do meio, o próprio organismo necessita de adaptação. Estas mudanças permanentes ou transitórias na vida do indivíduo são denominadas de fatores determinantes do processo saúde-doença. A Tuberculose (TB) é uma doença que marca este processo, pois sendo esta bastante antiga, com menções desde 8.000 a.C., assumiu diferentes conotações neste processo histórico (CONDE, 2002; VENDRAMINI, 2001).

A TB foi introduzida no Brasil, com a vinda dos portugueses e missionários jesuítas durante a colonização. Nos primórdios do século XIX a assistência era realizada nas Santas Casas de Misericórdia, ficando os doentes de TB junto com outros pacientes que tinham outras patologias e em média um terço dos óbitos eram decorrentes dessa doença (RUFFINO NETTO, 2002; VENDRAMINI 2001).

Por volta de 1876 foram decretadas inúmeras leis sobre os serviços de higiene e saúde pública, todas relacionadas com as condições de habitação, mas a grande preocupação era a epidemia da febre amarela, varíola e febre tifóide, e a TB tomava grandes proporções causando milhares de mortes e nenhuma ação era feita pelo governo no combate a esta doença. Somente no final do século XIX os médicos começam a denunciar e se preocupar com esta patologia; acreditavam que a TB era intrinsecamente relacionada com a hereditariedade e com as condições de vida passando a ser conhecida como uma doença constitucional (VENDRAMINI, 2001; PEREIRA, 2001; ROSEMBERG, 2008).

Existiam múltiplos conceitos que classificavam a TB dentro do imaginário social de cada época. No século XVIII era considerada como uma doença dos “românticos”, associada à vida boêmia e desregrada, comum em poetas, intelectuais, músicos e demais artistas; já no século XIX era classificada como “mal

social”, até aqui o seu sofrimento expiravam artistas e ela era cantada em versos e prosas (CLEMENTINO, 2009).

A descoberta do bacilo BK, em 1882, pelo médico alemão Robert Koch, desmascara a enfermidade também denominada de “Tísica Pulmonar”, integrando resultados positivos e avanços terapêuticos para maior amplitude na guerra contra a tão temida TB. (RUFFINO-NETO, 2006).

Este fato determina um novo contexto mundial na história desta doença, passa-se a compreender como uma doença contagiosa e para seu controle eram necessárias estrutura física, econômica e pessoal, desta forma se começava a pensar em uma política de controle e prevenção (PEREIRA, 2001; ROSEMBERG, 2008).

A prática de políticas voltadas para o combate à TB foi viabilizada a partir da mobilização de instituições estatais e filantrópicas, nas quais aplicaram discussões através de idéias já preconizadas para o controle da TB (RUFFINO-NETO, 2002).

Mas a revolução no combate a esta tão temida doença, acontece mesmo quando no final da década de 1940 se introduz o tratamento quimioterápico, a partir daqui se retira os doentes dos sanatórios, preventórios, dispensários e hospitais-abrigos. Alguns acreditaram que era o fim da luta, no entanto não houve uma redução significativa em sua morbidade, até o momento. Toda esta mudança de quadro faz com que a hospitalização perca sua força e o tratamento passa a ser integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSEMBERG, 2008).

Durante o percurso histórico muitas foram às doenças infecto-contagiosas como: varíola, malária, peste, sarampo, cólera, entre outras doenças, declaradas como quadro de emergência mundial ou nacional, mas nunca um “estado de emergência mundial” se manteve durante tanto tempo, como o da TB. Há 10 anos a Organização Mundial de Saúde (OMS) fez esta declaração, até hoje persiste com 1/3 da população mundial infectada (BRASIL, 2011).

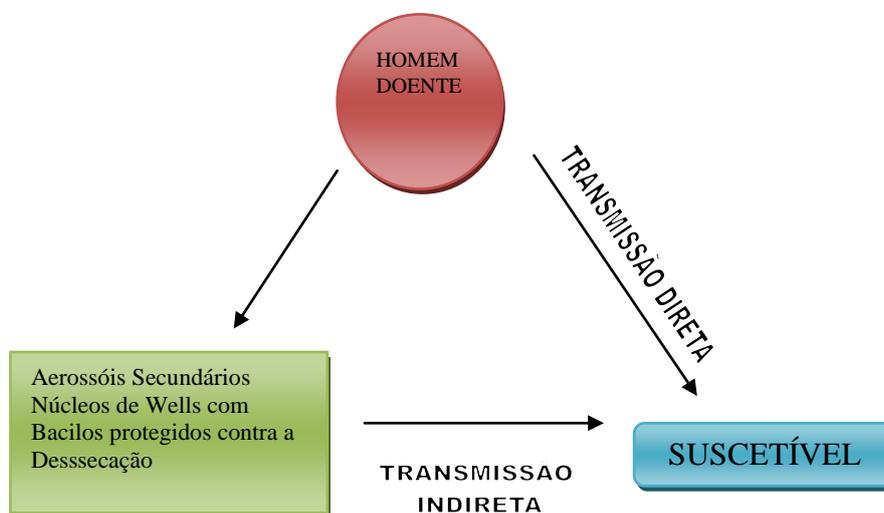
3.1.2 Uma breve definição da tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (BK). A doença possui características peculiares como lesões chamadas tubérculos nos tecidos infectados e possui um processo de latência entre a infecção inicial e as

manifestações clínicas. Pode se instalar em todos os órgãos, sendo os mais freqüentes: pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos. A TB Pulmonar é a forma de maior predileção e a mais relevante para saúde pública, especialmente a bacilífera, responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. (BRASIL, 2008; BRASIL 2010 c; CAMPOS, 2000; MICHELETTI, 2008).

O *Mycobacterium tuberculosis* é transmitido de forma direta através de gotículas contendo os bacilos, estes são liberados no ar por pessoas infectadas, através da tosse, fala ou espirro. As gotículas ficam suspensas no ar, como possuem condições aerodinâmicas penetram no sistema respiratório de outras pessoas, transmitindo de forma indireta através de aerossóis secundários que são núcleos de Wells, liberados para o ar pelo muco de escarro, no qual o bacilo envolvido pela poeira fica resistente a dessecação, nos dois processos tem um contágio inter-humano (SMELTZER, 2005; PAIVA, 2009; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; VENDRAMINI, 2001). A figura abaixo representa este processo:

Figura 1: Transmissão da Tuberculose Pulmonar



Fonte: Rouquayrol e Almeida Filho (2003)

A propagação da TB está intimamente ligada às condições de vida da população, sendo considerada uma doença social com uma maior freqüência nos espaços urbanos mais precários como: periferias das grandes cidades, mocambos, alagados, invasões, populações agrupadas em calamidades públicas, populações que vivem em ambientes socialmente fechados (escolas, creches, presídios, casas

correccionais, abrigos sociais ou idosos etc.). O bacilo que causa a infecção pode ocorrer em qualquer idade, e nem todas as pessoas que estão expostas ao agente se tornam infectadas (BRASIL, 2002).

As manifestações clínicas da TB dependem de “fatores relacionados ao hospedeiro como a idade, estado nutricional, estado imune, co-morbidades, vacinação pelo BCG e ao patógeno como a virulência e o tropismo para alguns órgãos ou tecidos” (KANUNFRE, 2007).

Atualmente uma das formas mais eficazes de prevenir e amenizar os efeitos da TB é através do diagnóstico de forma precoce, bloqueando a cadeia de transmissão. O diagnóstico da TB se dá mediante exame clínico investigando: tosse produtiva ou seca com duração de mais de três semanas, anorexia e perda de peso, febre baixa vespertina, fadiga e sudorese noturna; associado a exames laboratoriais que demonstrem a presença do *Mycobacterium tuberculosis* em materiais biológicos. O exame bacteriológico direto do escarro ou baciloscopia é o método fundamental para a confirmação do diagnóstico (SMELTZER; BARE, 2005).

Não somente a realização do exame bacteriológico influencia na identificação do diagnóstico, diversos outros fatores associados interferem nesse processo, tais como o acesso ao serviço de saúde, dificultado pela desigualdade social, organização e estruturação, oferta do exame, falta de capacitação da equipe profissional, a falta de notificação que impede a alimentação do sistema e de dados sólidos que dão suporte ao controle da doença, entre outros fatores que, de forma conjunta, são determinantes para a identificação dos indivíduos infectados (BRASIL, 2010 d; PAIVA, 2009).

Com o avanço científico e as descobertas sobre a TB outros recursos puderam ser adicionados para melhor investigação e quadro evolutivo da doença, como a vacina Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), prova tuberculínica, raios-X e cirurgias torácicas, além do surgimento de antibióticos para o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2008).

Mesmo sendo a TB uma doença considerada emergência global, ela é curável em quase 100% dos casos, desde que sua quimioterapia seja feita de forma correta. Os princípios básicos para o sucesso e prevenção ao desenvolvimento de resistência as drogas são: “associação medicamentosa adequada, doses corretas, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos” (BRASIL, 2010 d).

Foi a partir da década de 70 que se padronizaram os princípios terapêuticos da TB, objetivando a cura da mesma. Em 1980, o Brasil passou a adotar o chamado “esquema curto”, 1998 ela foi incluída na lista das doenças de notificação compulsória (DNC) (BRASIL, 2002; ROCHA, 2008).

Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil e depois de 30 anos foi modificado, devido à resistência do bacilo da tuberculose aos quimioterápicos (BRASIL, 2010; PAIVA, 2009).

O tratamento básico da TB é realizado por seis meses, por isso, chamada de “curta duração”. É constituído, por dois esquemas: Esquema I (fase de ataque) nos primeiros dois meses, pela tomada da combinação dos medicamentos, Rifampicina (R); Isoniazida (H); Pirazinamida (Z); Etambutol (E), com apresentação farmacológica em comprimido de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE); nos quatro meses seguidos (fase de manutenção) um comprimido de RH, este esquema é para adultos e adolescentes (BRASIL, 2010).

Este tratamento da TB é gratuito e de competência dos serviços de saúde, podendo ser realizado nas unidades básicas, estratégia saúde da família, estabelecimentos prisionais e ambulatórios de referências. O encerramento deste tratamento pode ser classificado em “sucesso”, ou “insucesso” (PAIVA, 2009).

3.2 Ações de controle da tuberculose

Sendo a TB considerada uma doença eminentemente social e um grande problema de saúde pública, são necessárias ações que busquem controlar e prevenir este mal, sendo voltadas para a realidade do doente que vive, muitas vezes, em situação de miséria e desnível econômico. Algumas estratégias foram lançadas pela OMS e adaptadas pelo Ministério da Saúde, a fim de reduzir a incidência de casos e óbitos causados por esta patologia, são elas: Estratégia Tratamento Diretamente Observado (TDO), educação em saúde e baciloscopia de diagnóstico e de controle, entre outras (BRASIL, 2010 b).

Existem três preocupações mundiais sobrepostas e fundamentais para o controle da TB: humanitária, de saúde pública e econômica, que segundo Gazetta (2004), se caracteriza, por:

A dimensão humanitária, enfoque no paciente para o controle da doença; aliviar a enfermidade, o sofrimento e a morte dos indivíduos causados pela TB é a principal inquietude. A dimensão da saúde pública inclui diagnóstico e tratamento adequado para reduzir a transmissão da enfermidade dentro das comunidades. Isso requer a elaboração de programas de controle da TB bem organizados, receptivos e adaptáveis à reforma do setor saúde... A dimensão econômica do controle da doença se relaciona com a redução de custos, diminuição da pobreza e promoção do desenvolvimento.

No Brasil, com a necessidade de uma política de saúde pública de maior impacto contra a TB, em 1994 a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária criou “plano emergencial” e em 1998 o Ministério da Saúde reformulou para o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT); o qual tem objetivo de controlar a doença através da busca de casos, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 1999; GAZETTA, 2004).

O controle da TB existirá a partir do momento em que os serviços de saúde possam proporcionar: “estrutura, organização e funcionalidade do sistema de saúde na busca de sintomáticos respiratórios, na prestação da assistência ao doente de TB, na gestão financeira do PNCT e no desenvolvimento de sistemas de informações confiáveis” (FIGUEIREDO, 2008).

3.2.1 Tratamento Diretamente Observado (TDO)

A Tuberculose apresenta um quadro epidemiológico mundial grave chegando a ser considerada uma “calamidade pública” (RUFFINO-NETO, 2002). A OMS, no ano de 1993, com intuito de modificar este cenário instituiu um plano global, denominado “STOP TB” que propôs como plano estratégico o DOTS que constitui um tratamento diretamente observado de curta duração, apresentando as seguintes metas: notificar mais de 70% de casos novos BAAR (Bacilo ácido resistente) e cura de 85%; reverter regionalmente à incidência de TB e diminuir em 50% a sua mortalidade e prevalência até 2015 em relação à década de 90 (OPAS, 2006).

A estratégia DOTS é composta por cinco elementos principais ou ainda conhecida como pilares:

Detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demanda serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas;

sistema de informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde (OPAS, 2003 apud GAZETTA et al, 2007, p. 193).

Esta estratégia é considerada como uma das prioridades para o controle e operacionalização de ações frente à TB, foi implantada com o objetivo de viabilizar políticas públicas de saúde que atendessem as peculiaridades e diversidades dos países, tendo em vista que estes possuem características bastante desiguais (RUFFINO-NETO; SCATENA, 2006).

Em 2005, o DOTS foi implantado em 187 países, perfazendo a cobertura de 89% da população mundial. Na década de 90, o Brasil apresentava paralela a criação do Sistema Único de Saúde, uma crise na situação da TB. Visando restaurar este cenário nacional o Ministério da Saúde, em 1998, sob o comando do PNCT adota o DOTS e todos os seus critérios como estratégia de controle da TB vinculada ao SUS. Com a perspectiva de sistematizar os serviços de saúde, a estratégia DOTS propõe a integração do cuidado de saúde primária, além de uma contínua adaptação de reformas dentro dos setores de saúde (RUFFINO-NETTO; SCATENA, 2006; SPECIALE, 2007).

O primeiro elemento abordado pelo PNCT foi o Tratamento Diretamente Observado (TDO), no qual busca fazer valer o pacto pela vida, de gestão e defesa do SUS, este que busca uma atuação mais comprometida, ética e humana dos profissionais e da comunidade em geral acerca de algumas ações prioritárias, sendo o TDO uma delas (BRASIL, 2008).

Entende-se o TDO como administração do medicamento por uma segunda pessoa, esta observa e registra a ingestão da droga, deve ser feita todos os dias preferencialmente na fase de ataque e três vezes na fase de manutenção. Esta observação pode ser feita por um profissional da saúde ou mesmo outra pessoa, desde que tenha sido capacitada para isso podendo ser realizado na unidade de saúde, na residência do paciente e no trabalho deste (BRASIL, 2010 a; VENDRAMINI, 2001).

O TDO possibilita uma integração dos doentes com os serviços de saúde, facilitando o acesso e adesão ao tratamento, pois, para execução do mesmo, faz-se necessário elencar algumas prioridades, a fim de sistematizar o trabalho de forma

descentralizada como proposto pelo PNCT para fornecer uma assistência equânime, são elas (BRASIL, 2010 d; VENDRAMINI, 2001):

- a) Levantar os problemas relacionados à TB da área de abrangência, com base em indicadores epidemiológicos;
- b) Adequar à unidade quanto à localização sendo de fácil acesso, atendendo assim as necessidades e conveniência do paciente;
- c) Considerar os meios utilizados pelo usuário e o tempo gasto para chegar à unidade;
- d) Garantir um atendimento humanizado: reduzindo as filas, o tempo de espera, priorizando as situações de risco e disponibilizando um agendamento aberto.

Com a descentralização do tratamento da TB em 2001, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), tornaram-se responsáveis pelas atividades técnicas de controle da TB, estas atividades são entendidas como: notificação; distribuição da medicação; diagnóstico e tratamento; Tratamento Supervisionado (TS); casos complexos; acompanhamento dos comunicantes; monitoração do tratamento e Busca de Sintomáticos Respiratórios/BSR. Enquanto que, o Ambulatório de Referência de TB ficou responsável por assistir os casos mais complexos, compreendendo os casos de recidivas e multidrogarresistente (MDR), bem como os co-infectados (TB/ HIV) (MUNIZ; VILLA; RUFINO-NETTO, 2005; RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006; SCATENA et al, 2009; VENDRAMINI et al, 2005).

A OMS reconhece que esta estratégia de tratamento é algo que vem, desde a década de 70. Estudos como o da Tanzânia, China e Peru já realizavam trabalhos semelhantes o que o possibilitou fundamentar esta proposta, assim sendo, o TDO, antes conhecido como TS, não é algo recente. Segundo Vendramini (2001) ela surgiu, como uma forma de intervenção que implicou na reorganização do trabalho das equipes, podendo oferecer diversas formas de abordagem: “como uma ação de enfoque terapêutico; como um meio de reduzir a transmissão através do controle dos comunicantes, privilegiando ações educativas no âmbito familiar; como possibilidade de aproximação à realidade social dos pacientes”.

Na Paraíba a estratégia DOTS, foi implantada em 1999, mas o processo de descentralização ainda não se consolidou em virtude da precária situação dos laboratórios. Em alguns municípios de pequeno porte, localizados no sertão e na

região metropolitana, o TDO é realizado, enquanto que em Campina Grande e João Pessoa, apenas algumas unidades o realizam (SÁ et al, 2006).

O TDO eleva a perspectiva de cura e controle da TB, diminuindo o risco de TB multidrogarresistente. Assim como toda a estratégia DOTS é considerada hoje como a melhor maneira de obter a diminuição de casos de TB em todo o mundo (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006; VENDRAMINI, 2001).

3.2.2 Exame de baciloscopia e teste de pele

Entre as ações preconizadas pelo PNCT, o diagnóstico precoce tem sido bastante enfatizado, para que se possa iniciar o mais rápido possível o tratamento medicamentoso e a cadeia de transmissão possa ser interrompida. Assim, a baciloscopia direta de escarro e seu cultivo, são os métodos prioritários para: detecção mais rápida chegando a detectar com precisão de 70 a 80% a doença, acompanhamento da evolução do quadro clínico, assim como documentar a cura do paciente (BRASIL, 2008, 2010 b; CAMPOS, 2000; PAIVA, 2009).

A baciloscopia é um exame rápido, simples e barato que consiste na pesquisa direta do bacilo-álcool-ácido-resistente (BAAR), pela coloração de Ziehl-Neelsen e investigação microscópica, permitindo detectar os casos bacilíferos. Mesmo sendo um método simples, é de fundamental importância para que os laboratórios responsáveis tenham um alto controle na qualidade da realização do exame (BRASIL, 2010 d, KANUNFRE, 2008).

Vários fatores interferem no resultado da baciloscopia, como número de bacilos presentes, sendo o ideal entre 5000 a 10.000 bacilos/ml no escarro para se obter a positividade; a habilidade de quem realiza o exame; o número da amostra analisada por dia e o preparo da lâmina (WHO, 2009; KANUNFRE, 2008).

A forma como é coletada a amostra é fundamental, se recomenda que seja coletado em potes de plástico, duas amostras, uma na unidade e outra no dia seguinte ao despertar pela manhã, tendo os seguintes cuidados (BRASIL, 2008):

- a) Ele não deve sem escovar os dentes, apenas lavar a boca;
- b) Inspirar profundamente, prendendo a respiração e escarra forçando para que seja obtida a secreção da árvore brônquica;

- c) Este processo deve ser feito duas vezes, para se obter duas amostras de escarro, para se ter o volume adequado 5 a 10 ml;
- d) O pote deve ser fechado e deixado sempre de tampa para cima, ao terminar o paciente deve higienizar as mãos.

Este exame é recomendado para pacientes que apresentem queixas respiratórias, mas existe a prova tuberculínica cutânea (PPD), conhecida também como teste tuberculínico ou de Mantoux, que serve como auxiliar na investigação do diagnóstico da TB. O teste consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico do *M.tuberculosis*, a fim de saber se a pessoa está infectada ou não com a bactéria (BRASIL, 2010 b; KANUNFRE, 2008).

Este teste é bastante indicado para os indivíduos de maior contato com os doentes, mas existe uma fragilidade neste exame, pois ele pode sofrer influência em seu resultado da vacina BCG, exposição à microbactérias ambientais, infecção passada ou algum tipo de imunossupressão, assim, seu resultado positivo sugere, apenas a infecção pelo bacilo e não a própria doença (BRASIL, 2010 a; WHO, 2009).

3.2.3 Educação em saúde

Com base no conceito de saúde estabelecido pela OMS em 1946, no qual trás: saúde como um completo bem estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, além da Conferência de Alma Ata (1978), que estabelece a meta de saúde para todos até 2000 e os princípios de atenção primária à saúde. A política brasileira de saúde toma novos horizontes em busca uma assistência baseada no coletivo remetendo a um modelo de promoção a saúde (SCWART, 2001).

A VIII Conferência de Saúde é um marco histórico brasileiro, pois nela foi estabelecido o Sistema Único de Saúde que visa: uma saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo um acesso universal, igualitário e equânime, com ações de promoção, recuperação e proteção da saúde (STARFIELD, 2002).

A partir deste momento, se faz necessário uma visão mais ampla dos profissionais de saúde acerca do processo saúde-doença, pois, as intervenções de

saúde devem ir além de um puro curativismo (CLEMENTINO, 2009; KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995).

Para consolidação destas transformações surge a promoção, prevenção e educação em saúde, como perspectiva estrutural do SUS, sendo necessário conceituar estes termos, pois os mesmos não podem ser empregados simultaneamente (SOUSA; GRUNDY, 2004).

A prevenção pode ser entendida de um modo geral como: “medidas adotadas ou aplicadas para diminuir o risco de aparecimento de doenças futuras, com intuito de promover a saúde da população”, sempre numa busca incansável de melhorias na qualidade de vida. Para o problema da TB, esta é uma medida primordial na busca da redução da morbi-mortalidade (PEREIRA, 2001; BRASIL, 2010).

A educação em saúde hoje é, “o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre ações médicas, o pensar e fazer no cotidiano da população” (VASCONCELOS, 1999, p. 25).

A educação em saúde é definida como sendo:

Um conjunto de saberes e práticas, voltadas para prevenção de agravos e para promoção da saúde. Recurso por meio do qual os conhecimentos produzidos no campo da saúde, intermediados por profissionais de saúde, atingem a vida cotidiana das pessoas. Com a lógica de que a compreensão dos condicionantes do processo saúde doença produz subsídios para novos hábitos e condutas em saúde (ALVÉS, 2005; LUNELLI, 2006).

A ação de educação em saúde transcende o ensinar no que envolve a doença, ela abrange questões sociais, ambientais, estigmas e preconceitos da enfermidade. Esta atividade deve trazer as pessoas e grupos sociais subsídios para alterações comportamentais de impacto a sua saúde, e de encorajamento para assumir o controle social, desta forma pode se construir uma assistência integral (LUNELLI, 2006).

A inserção da educação em saúde, na promoção a saúde se dá à medida que:

[...] Constitui-se, para nós, uma opção política que busca a participação popular como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individuais e/ou coletivos), através de uma participação consciente

(reflexão/ação/reflexão) onde o sujeito e comunidade constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor (CLEMENTINO, 2009).

Um dos grandes desafios para o controle da TB é manter o paciente inserido no tratamento. A falta de conhecimento acerca da doença faz com que os pacientes e familiares tenham uma visão distorcida da doença, criando estigmas e levando-os a acreditar que a doença não tem cura ou que na tomada da medicação melhorando os sintomas não necessitam continuar o tratamento. Assim, o processo de educação em saúde, vem subsidiar e nortear as pessoas, acerca da doença, desde a forma de transmissão até o seu tratamento, sendo os agentes transformadores. A partir do momento que existe um empoderamento de conhecimento, se obtém resultados mais satisfatórios (COSTA, 2007).

Neste contexto, o educar traz para o controle da TB uma forma de diminuir o estigma da doença, atinge um dos pontos mais cruciais acerca da doença que é a questão social e cultural. A educação em saúde proporciona um maior contato dos usuários com a doença e diminui o estigma e conseqüentemente o abandono, (NEVES; ROLLA, SOUZA, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) sugere como abordagem de orientação, a educação popular em saúde feita aos doentes de TB e familiares, pois este tipo de educação prevê uma participação coletiva redirecionada para vida social da comunidade, buscando entender o contexto em que os doentes estão inseridos. Através deste processo de educar, os serviços de saúde/usuários, podem juntos chegar à melhor forma de tratamento para se atingir a cura (VASCONCELOS, 1999).

3.3 Avaliação dos serviços de saúde

Avaliação de serviços de saúde através das teorias, conhecimentos e instrumentos de diversas áreas vem se tornando na atual conjuntura, uma medida transdisciplinar. Com a finalidade de constatar a efetividade e os resultados das intervenções, visa conseguir dados confiáveis para contribuir com tomadas de decisões na reorganização das ações avaliadas e obter um fluxo contínuo de produção no enfrentamento das situações e das dificuldades encontradas, buscando o benefício final, usuário/cliente e adequando o sistema de saúde, para que este

seja o desejável e economicamente acessível ao país (FIGUEIREDO, 2008; MELO; TANAKA, 2006; NOVAES, 2000; PEREIRA, 2001).

A evolução histórica de saúde é resultante de um processo de busca de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, suas práticas sempre se constituíram em um objeto de avaliação em diversas dimensões: o cuidado individual; níveis mais complexos de intervenção e organização, como as políticas, programas, serviços e sistemas de saúde (SILVA, 1994).

A avaliação passou por quatro estágios diferentes que se alteraram com as mudanças de conceitos e acumulação de conhecimentos (HARTZ, 1997):

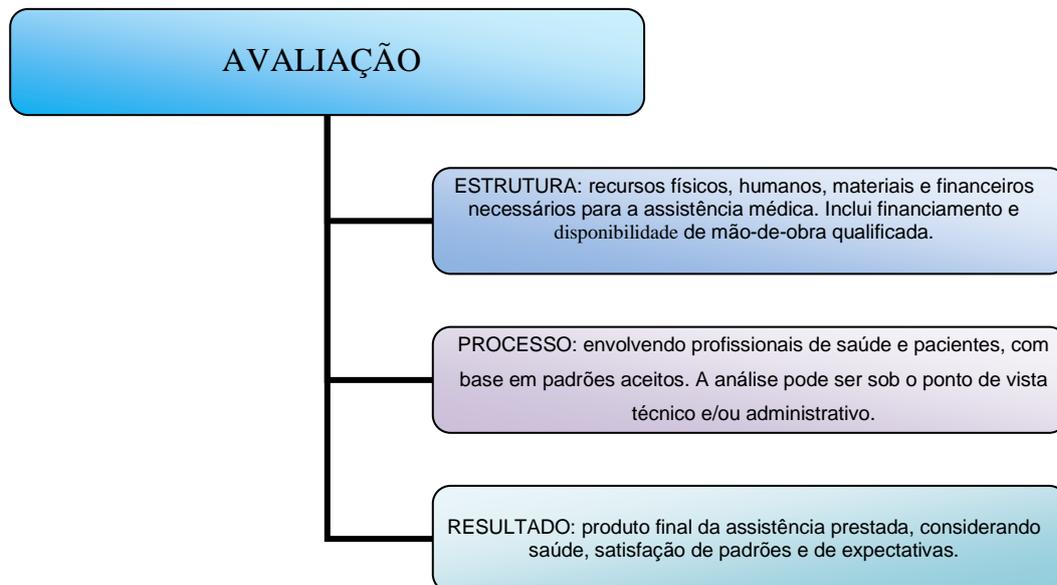
- 1º O avaliador é um mero técnico, bastando saber de como se utilizar dos instrumentos para medir o fenômeno;
- 2º Estágio identifica como os programas devem atingir seus resultados;
- 3º Permite-se o julgamento das intervenções;
- 4º Ocorre aqui uma negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

A atividade de avaliar é algo inerente ao processo de aprendizagem e desenvolvimento. Entende-se por avaliação, aplicação de um julgamento ou determinação de um valor a respeito de uma intervenção, através de métodos normativos que sirva de parâmetros para fornecer informações adequadas e científicas, dando ao indivíduo condições de se posicionar e tomar suas decisões (CONTANDRIOPOULOS, 1997; HARTZ, 1997; PEREIRA, 2007).

A avaliação é um instrumento essencial para todo organismo social, educacional e da saúde, os quais busquem desenvolvimento e qualidade. Mesmo servindo como ferramentas que agregam e dão suporte nessa melhoria a todo instante precisa se adequar ao cotidiano dos serviços, podendo ser encarada em alguns momentos como um elemento negativo, quando esta visa somente um julgamento do que é proposto. Pois, a idéia de julgamento deve ir além, interligando a incorporação do avaliador e do avaliado mediante o contexto da avaliação (HARTZ, 1997; NOVAES, 2000; RIBEIRO, 2000).

Para se avaliar a qualidade da saúde, Donabedian (1996), formulou uma tríade de conceitos que é usada em todo o mundo como base do processo de avaliação.

Figura 2: Processo de Avaliação de Qualidade da Saúde



Fonte: Donabedian (1996)

Uma pesquisa que utilize este sistema como critério tem como objetivo primordial gerar conhecimento científico, por isso o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), se utiliza destes estudos para dar resolutibilidade nas ações desenvolvidas relacionadas à saúde da população, além de incentivar a cultura avaliativa dos gestores; ser instrumento de apoio à gestão do SUS; aferir satisfação do usuário do SUS; identificar oportunidades e possibilidades de melhoria; disponibilizar os resultados para conhecimento público; entre outros (BRASIL, 2007; MINAYO, 1992).

4 Metodologia

4.1 Percurso metodológico

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

A avaliação do desempenho das ações de controle da TB será realizada a partir de indicadores de Serviços de Saúde: Estrutura - Processo (E-P), e como base para o referencial teórico-metodológico serão utilizadas as categorias básicas da avaliação da qualidade nos serviços de saúde, propostas por Donabedian (1996), Starfield (2002), Tanaka e Melo (2004) e Hartz (2005).

4.2 Áreas de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Campina Grande/PB. A escolha deste município se deu de acordo com os seguintes critérios: possuir área geograficamente delimitada com equipes do PSF e Ambulatório de Referência em TB, com a estratégia DOTS no sistema de saúde; razoável tradição histórica de organização de serviços de AB e desenvolvimento de ações de controle da TB em AB; envolvimento e parceria entre academia, serviço de saúde, gestores/ equipes de PCT/ Vigilância Epidemiológica (VE) e PSF/Ambulatório de Referência em TB.

O município é o segundo maior do estado da Paraíba, com uma localização privilegiada, bem no centro do estado na região da Borborema, com população de 385.276 habitantes (IBGE, 2010), foi um dos primeiros 14 municípios brasileiros que implantou o Programa Saúde da Família em 1994 com 05 (cinco) equipes (PROJETO DE IMPLANTAÇÃO, 1994). O espaço territorial é dividido em 6 Distritos Sanitários (criados em 1998) e a rede de serviços de saúde é composta por 476 estabelecimentos de saúde, sendo: 137 público, 4 filantrópicos, 332 privados e 3 ligados a sindicatos (CAMPINA GRANDE, 2010). Possui 06 UBS, 92 equipes de Saúde da Família, 01 Ambulatório de Referência em TB, perfazendo uma cobertura de 71% da população.

4.3 População do estudo

O estudo foi composto por toda população com tuberculose, 116 doentes de TB diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/2010. Destes, 79 participaram do estudo e 35 encontrava-se no critério de exclusão e 02 foram a óbito.

Elegeram-se como critérios de inclusão os doentes de TB:

- a) Com idade igual ou superior a 18 anos;
- b) Que não apresente déficit cognitivo;
- c) Residentes no município de Campina Grande/PB;
- d) Que realizam tratamento nas unidades PSF, UBS e Ambulatório de Referência no município de estudo.

Critérios de exclusão:

- a) Doentes de TB que estão no sistema prisional.

4.4 Coleta de dados

Iniciou-se a coleta de dados com a realização de um treinamento com a equipe para apropriação do instrumento e estabelecer estratégias para o trabalho de campo, em seguida a pesquisa.

Foi apresentada e discutida com profissionais de saúde das UBSF e AmbTB, bem como agendado as entrevistas com os doentes de TB.

Quando os doentes 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.

No momento da entrevista o entrevistado era esclarecido quanto à pesquisa, seus objetivos e a importância de sua participação. Em caso de concordância, era solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A), antes de responder as questões.

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

Quadro 1: Facilitadores e dificultadores no processo de coleta de dados

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, UBS, número de prontuário dos doentes, identificação do doente de TB e agendamento prévio das entrevistas)
	Disponibilidade do ACS em acompanhar os entrevistadores 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
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 em agendarem as entrevistas, porém não se encontravam no horário agendado 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.

Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

4.5 Período da coleta de dados

Os dados foram coletados no período de fevereiro a dezembro de 2010.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Para alcançar os objetivos específicos, foi elaborado um instrumento (questionário) para os doentes de TB, contendo perguntas, acerca do perfil do

doente, informações clínico-epidemiológicas, estado atual de saúde e categorias básicas da avaliação da qualidade de serviços de saúde: Estrutura e Processo.

O questionário utilizado, foi formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, Starfield, componente do Primary Care Assessment Tool (PCAT), (ALMEIDA; MACINKO 2006, p. 26). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) por meio de sua aplicação no município de Petrópolis/RJ. O mesmo foi adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Ruffino-Netto e Villa (2009).

Utilizou-se a escala de Likert (Nunca, Quase nunca, Às vezes, Quase sempre, Sempre) para fornecer respostas do questionário, à qual é atribuído um valor entre zero e cinco. O valor zero será 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.

4.7 Variáveis do estudo

O questionário possui 81 questões, e delas foram utilizadas 13 para o estudo das ações de controle e 4 para traçar o perfil epidemiológico e sócio-demográfico. As variáveis utilizadas foram as seguintes:

Quadro 2: Variáveis sócio-demográficas

Variáveis Relacionadas às Informações Gerais e Sócio Demográficas

- **Sexo**
 - **Escolaridade**
 - **Co-Infestado TB/HIV**
- Tratamento MDR**

Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

Quadro 3: Variáveis relacionadas as ações de controle da Tuberculose

Faz tratamento supervisionado (TS) (8);
Local do TS (12b);
Consegue uma consulta no prazo de 24 horas (22);
Durante o tratamento faltou medicação para TB (26);
O profissional da unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da TB (37);
O Profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o (a) Sr. (a) está utilizando (38);
Oferecido o Pote para exame de escarro para o diagnostico da TB (41);
Com que freqüência é oferecida o Pote para exame de escarro para o diagnostico da TB (41);
Consulta Mensal de controle para tratamento da TB (45);
Com que freqüência é feito é realizado educação em saúde sobre outros temas além da TB (48);
Freqüência da visita domiciliar durante o tratamento (49);
Com freqüência participa de grupos de doentes de TB na unidade (51);
Propaganda/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB (72);
Ações de saúde com igrejas, associações de bairros, etc, para entregar do pote para coleta de escarro (73);
Entregar do pote para coleta de escarro na vizinhança (74).

Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

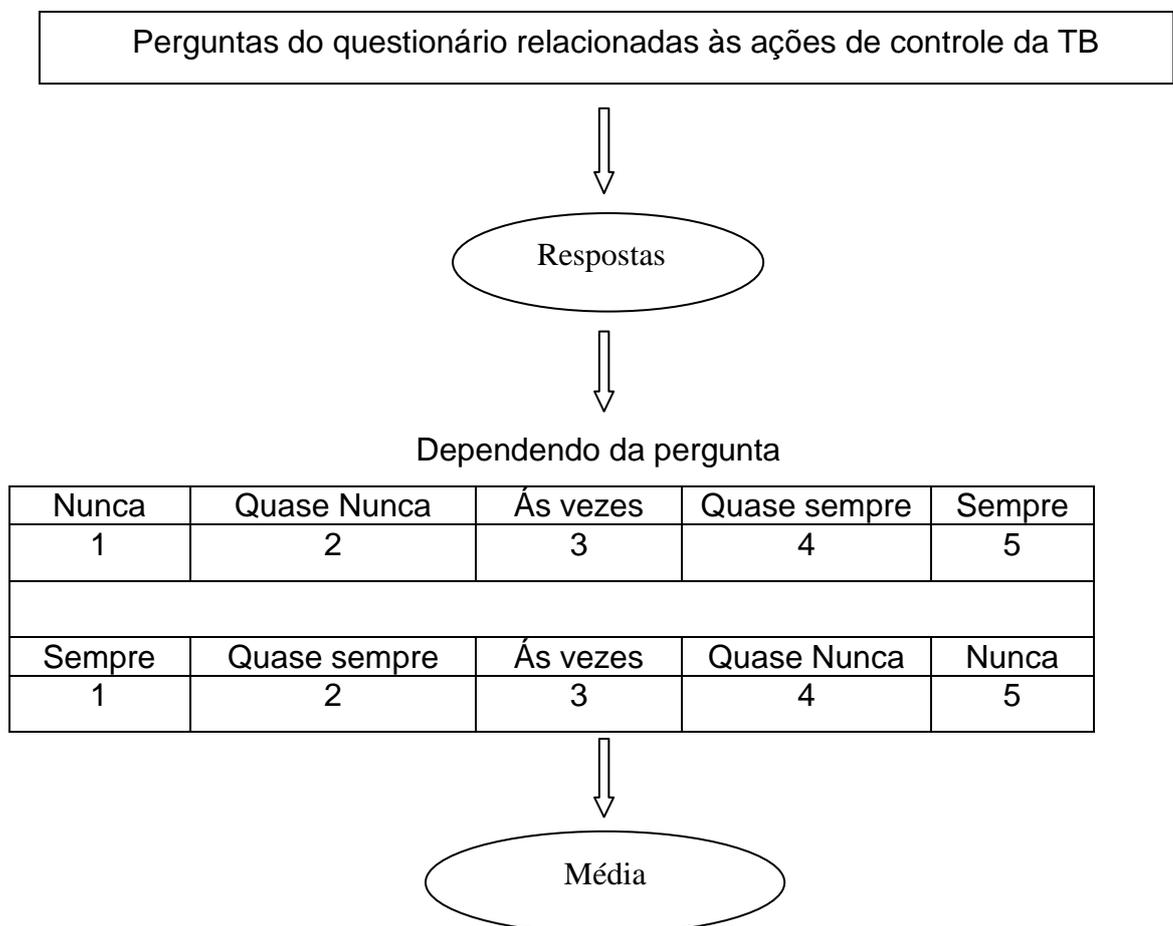
4.8 Análise dos dados

Visando possibilitar as análises estatísticas e tabulação dos dados transferiu-se as respostas preenchidas nos questionários para planilhas eletrônicas, criando máscara no programa Microsoft Office Access 2007. Antes de iniciar a digitação dos dados, todos os questionários foram checados para identificar e corrigir possíveis falhas. Após a digitação dos dados, nova checagem foi realizada, antes de transferir

os dados para o programa *IBM SPSS Statistics*, versão 18.0. Foram construídos gráficos de frequências para quantificar os resultados do perfil sócio-demográfico.

Para análise das respostas referentes às ações de controle da TB, foi calculado para cada uma, medidas descritivas centrais como média, desvio padrão e intervalo de confiança (95%). Depois de obtido as médias, estas foram relacionadas à escala de likert (Nunca, Quase nunca, às vezes, Quase sempre, Sempre). Na maioria das variáveis o sempre foi favorável e nunca não favorável, porém existe variável que se comporta, inversamente. A Figura 3, a seguir, apresenta o processo de construção dos índices compostos.

Figura 3: Desenvolvimento dos índices compostos



Fonte: Almeida e Macinko (2006)

4.9 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB (Anexo B), atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 CNS.

Cada entrevistado leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma cópia com o entrevistado e a outra com o entrevistador. Quando o respondente era analfabeto o entrevistador lia a carta para ele e, uma vez manifestada explicitamente sua concordância com os termos do consentimento, seu polegar direito era carimbado, assegurando sua livre vontade de participar da pesquisa.

5 Resultados e discussão

5.1 Caracterizações dos sujeitos do estudo

A caracterização sócio-demográfica, revela que dos 79 doentes de TB, houve predominância do sexo masculino nos serviços de saúde, sendo 52,94% no AmbRef e 73,33% nas UBSFs (tabela 1) . A incidência nacional do sexo masculino é o dobro do feminino, cerca de 50 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2010). A maior prevalência deste sexo em estudos relacionados a doentes de TB, vem sendo constatados em pesquisas realizadas desde 1985 a 2003, os homens têm maior risco de adoecer de TB, devido aos hábitos de vida desta parcela da população associados ao menor interesse nos cuidados com a saúde (VENDRAMINI et al, 2005). Estudo realizado em Feira de Santana/BA constata que 71% dos entrevistados eram do sexo masculino, já em estudo realizado em 2007, no município de Campina Grande/PB detectou-se uma amostra de 54,54% de predomínio do sexo masculino (ASSIS et.al, 2009; FIGUEIREDO, 2008).

Tabela 1: Percentual das características sócio-demográficas dos doentes de TB diagnosticados na UBSFs e AmbRef

VARIÁVEIS	UBSFs	AmbRef
SEXO		
Feminino	26,67%	47,06%
Masculino	73,33%	52,94%
TOTAL	100%	100%
FAIXA ETÁRIA		
18 – 38 anos	48,89%	61,76%
39 - 59 anos	33,33%	29,41%
60 - 80anos	17,78%	8,82%
TOTAL	100%	100%
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	17,78	8,82%
Ensino fundamental incompleto	55,56%	29,41%
Ensino fundamental completo	15,56	17,65%
Ensino médio incompleto	2,22%	14,71%

Continuação Tabela 1

Ensino médio completo	4,44%	14,71%
Ensino superior incompleto	4,44%	2,94%
Ensino superior incompleto	0	11,76%
TOTAL	100%	100%

Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

Os entrevistados dos serviços de saúde em estudo encontravam-se dentro da faixa-etária economicamente ativa, Sendo 61,76% AmbRef e 48,89% nas UBSFs estavam entre os 18 a 38 anos de idade (tabela 1). Estes dados estão condizentes com os dados nacionais, onde se observa uma faixa predominante entre 20 aos 49 anos, embora alguns estudos mostrem pessoas em idade entre 15 e 59 anos (70%), mesmo tendo-se encontrado limites de faixa etária diferentes, ainda assim, tende a confirmar o estudo em questão. Constata-se que a TB acomete principalmente pessoas em idade produtiva e economicamente ativa, tornando estas estatísticas preocupantes, pois confere um caráter social à doença (BRASIL, 2010; PAIVA, 2009; SEVERO et al, 2007).

No que diz respeito à escolaridade a maior frequência foi para o ensino fundamental incompleto, com 29,41% no AmbRef e 55,56% nas UBSFs (tabela 1), concluí-se que a maioria dos participantes da pesquisa possuíam baixo índice de escolaridade. Em pesquisa realizada em São Paulo refere-se que 64% dos participantes cursaram, o ensino fundamental incompleto. 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, com 51,88% (SPECIALE, 2007; FIGUEIREDO, 2008).

O nível de escolaridade pode refletir a maior vulnerabilidade a tuberculose de alguns indivíduos que vivem em condições socioeconômicas precárias. Pessoas de baixa escolaridade têm menor aderência ao tratamento da TB, possui uma percepção errônea da doença, não procuram os serviços de saúde, retardando o diagnóstico e tratamento e aumentando o risco de abandono (ARAÚJO; GOMES, 2005; RODRIGUES et al, 2008).

O perfil sócio demográfico do estudo, retratado por maior prevalência do sexo masculino, faixa etária reprodutiva e baixo nível de escolaridade, corrobora com outras pesquisas realizadas no Brasil (BRASIL, 2010; BEZERRA; ASSIS, 2010; BRUNELLO et al., 2009; FIGUEIREDO, 2008; PAIVA, 2009).

A caracterização do perfil do doente de TB determina o risco da doença em certos grupos, possibilitando identificar onde ocorre a maior predisposição para se trabalhar de forma equânime, no desenvolvimento de ações de controle e prevenção voltadas para os grupos específicos (RUFFINO-NETTO, 1991; OTT; GUTIERREZ, 1993).

5.2 Ações de controle da TB

Com a descentralização das ações de controle da TB pelo PNCT em 2004, os serviços de atenção primária à saúde deveriam assumir o controle destas ações.

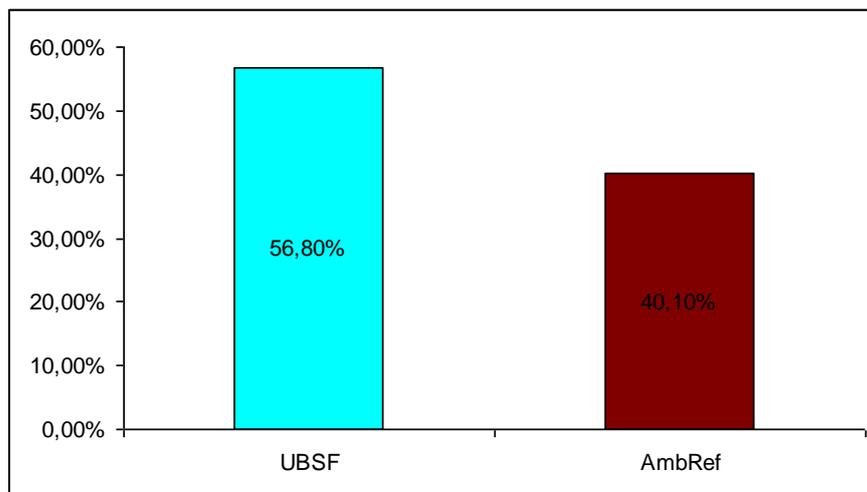
Neste estudo priorizou-se avaliar os seguintes indicadores: número de atendimentos ao doente de TB, a acessibilidade ao TDO, Educação em Saúde, medicamentos básicos para Tratamento da TB e realização de Baciloscopia.

5.2.1 Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O TDO é uma estratégia estabelecida pelo PNCT para regulamentar e viabilizar a qualidade da assistência ao doente de TB. Esta tem como ação primordial a supervisão da tomada da medicação, feita por um profissional ou pessoa adequadamente habilitada para este fim, e deverá ser realizado em qualquer ambiente, o qual seja mais cômodo para o usuário (BRASIL, 2010; RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006; TERRA, 2006).

Comparando os serviços de saúde que atendem doentes de TB em Campina Grande: Ambulatório de Referência em TB (AmbRef), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) verifica-se que entre os 79 doentes entrevistados 40,1% são atendidos no Ambulatório de Referência em TB; 56,8% nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSFs) (gráfico 1).

Gráfico1: Serviço que atende o doente de TB

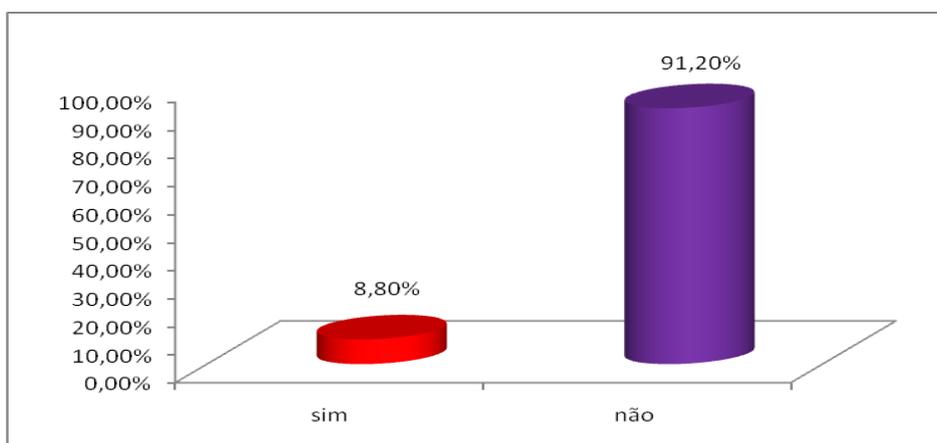


Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

Os dados demonstram que o tratamento ainda se concentra no Ambulatório de Referência em TB (AmbRef), embora o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) determina que as ações de combate a TB sejam descentralizadas, priorizando a Atenção Básica.

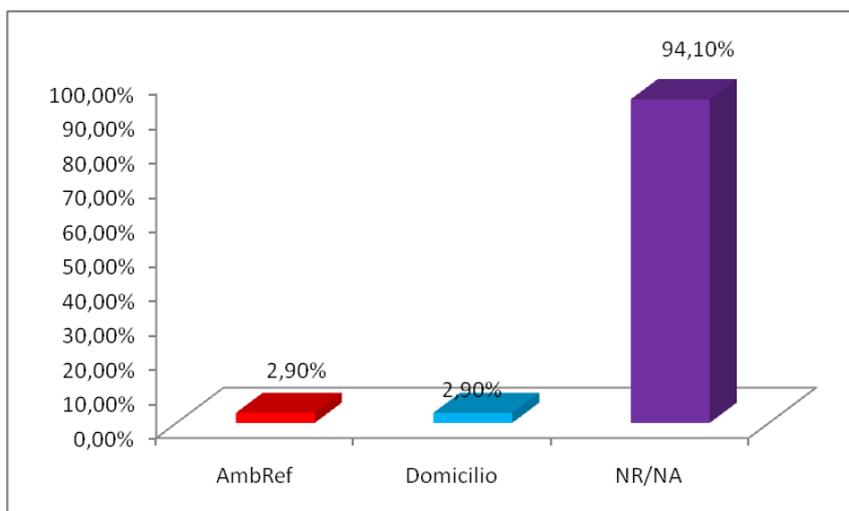
Entre os doentes de TB entrevistados que foram atendidos no serviço de referência 91,2% não realizavam tratamento supervisionado (gráfico 2), assim quando questionados sobre o local de atendimento 94,1% estavam em não responderão ou não se aplica (gráfico 3). Este nível de atenção é responsável pelo atendimento de doentes de TB em situações mais complexas, como: co-infecção TB/HIV, Tuberculose Multidrogarresistente (TB-MDR), complicações associadas à TB e os casos em que a Atenção Básica não atinge boa resolubilidade.

Gráfico 2: Tratamento supervisionado no AmbRef



Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

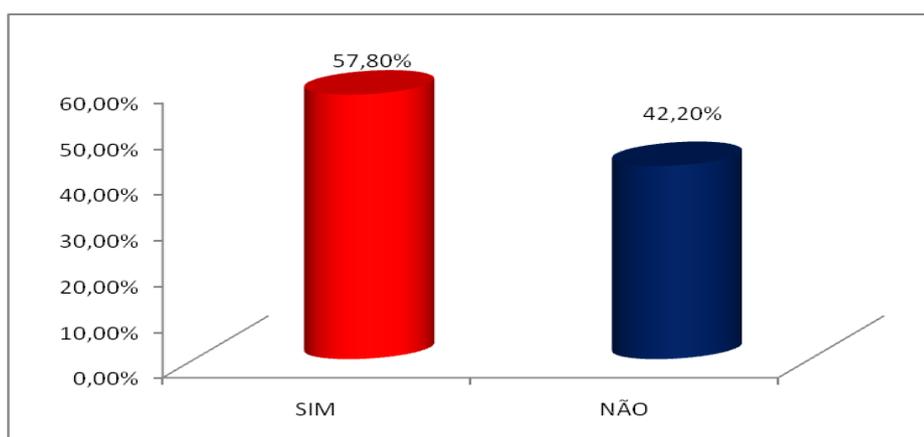
Gráfico 3: Local de realização do Tratamento supervisionado do AmbRef



Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

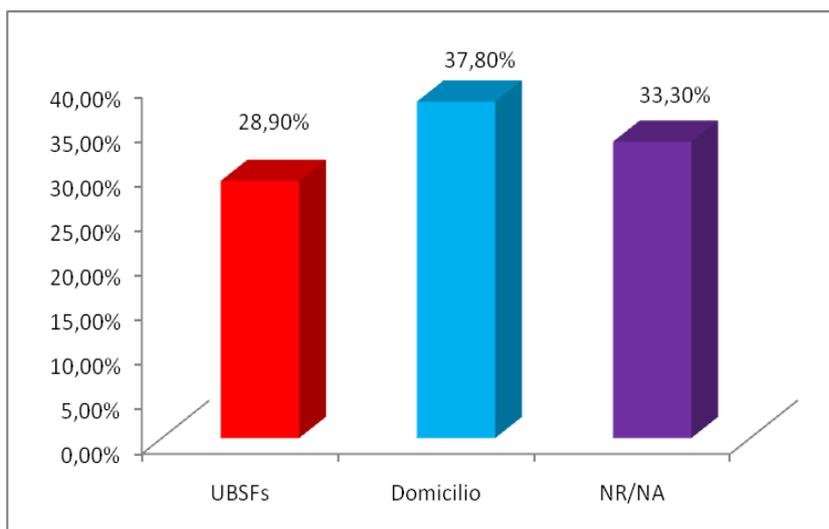
Em relação à UBSF, 56,8% realizavam tratamento supervisionado, destes 37,8% no domicílio e 28,9% nas UBSFs (gráfico 4 e 5) . O TS é indubitavelmente considerado nos últimos 25 como o componente de maior relevância do DOTS (VILLA, 2006). Pesquisas feitas em diversos municípios do país constataam que a atenção primária, realizam a o TDO, mas ainda assim não conseguiu atingir o total de 100% (ARAKAWA et al, 2009; QUEIROZ, 2009).

Gráfico 4: Tratamento supervisionado na UBSFs



Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

Gráfico 5: Local de realização do Tratamento supervisionado da UBSFs



Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

5.2.2 Educação em saúde

A tabela 2 revela que em relação às variáveis: “atividade de educação em saúde sobre outros temas, além da TB”, “participação dos doentes de TB em grupos nos serviços de saúde”, o AmbRef e UBSFs obtiveram uma média não favorável indicando que nunca ou quase nunca eram realizadas. Entretanto a variável: “Trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde na comunidade”, obteve por parte do AmbRef uma média de 3,35 indicando um nível regular, ou seja às vezes se realizam educação em saúde na comunidade por este serviço, já UBSFs uma média de 2,02 referindo um nível não favorável (tabela 2). Estes dados revelaram que a concepção do processo saúde-doença ainda está muito ligada à clínica propriamente dita, mostrando uma discrepância com o que é proposto pelos princípios e diretrizes do SUS que tem na educação em saúde a base da promoção da saúde (CLEMENTINO, 2009; HIJJAR et al, 2007; LUNELLI, 2006).

Tabela 2: Educação em saúde

Variável	Serviços	Média*	Desvio Padrão (DP)	IC (95%)	
				Mín.	Máx.
1. Realização de educação em saúde pelos serviços de saúde, acerca de outros temas, além da TB	AmbRef	1,85	0,994	1,41	2,29
	UBSF	2,22	1,650	1,73	2,72
2. Participação dos doentes de TB em grupos nos serviços de saúde	AmbRef	1,12	0,327	1,00	1,23
	UBSF	1,00	0,369	0,89	1,11
3. Trabalhos educativos realizados na comunidade sobre TB pelos profissionais de saúde	AmbRef	3,35	1,276	2,91	3,80
	UBSF	2,02	1,725	1,50	2,54

*Nunca/quase nunca; às vezes; quase sempre/sempre

Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

O estudo demonstra que os serviços avaliados não desenvolvem ações de educação em saúde no controle da TB, mesmo sendo estas consideradas pelo ministério da saúde e preconizadas no PNCT, como uma estratégia primordial ao controle e adesão ao tratamento da TB. Isto não é exclusivo para as ações da TB, pois o nível também é não favorável quando se analisa a educação em saúde sobre outros temas além da TB.

A educação em saúde no controle da TB necessita de uma reflexão acerca da sua pedagogia, pois não ocorrem ações dialogadas e participativas o que proporcionaria um envolvimento da equipe, doentes de TB e familiares (Lopes 2000). Para Vasconcellos (1999) a educação é fundamental neste processo, pois permeia e reorienta as ações de cuidado de uma forma geral nos serviços de saúde.

Estudo realizado por Oliveira (2009) corrobora com nossos achados quando se refere a orientar sobre outros problemas, mas diverge quando se trata de trabalhos educativos com cartazes e outros meios na comunidade. Pesquisa desenvolvida em Feira de Santana/BA corrobora em todos os aspectos deste estudo (ASSIS et al., 2009).

5.2.3 Controle da medicação

A distribuição da medicação é um dos cinco pilares da estratégia DOTS, ministério da saúde visando um maior controle no uso destas drogas, implanta no Brasil o TDO, e este junto com o PNCT, torna o controle do tratamento

medicamentoso como primordial na luta contra a TB (BRASIL, 2010; RUFFINO, 1999).

Um dos maiores entraves para a cura desta doença é o abandono a terapêutica, considerado um problema multifatorial, mas estudos revelam que um dos fatores inerentes a este fenômeno é a toxicidade das drogas anti-tuberculose, por isso se recomenda um controle efetivo e vigilante acerca da terapia medicamentosa (BISAGLIA et al, 2003).

Foram utilizadas quatro variáveis para análise do controle da medicação (tabela3). A variável: “consegue uma consulta no prazo de 24h?” (tabela 3), obteve um nível regular nos dois serviços em estudo (AmbRef e UBSFs),ou seja às vezes os usuários de TB consegue uma consulta no prazo de 24 horas. “O profissional de saúde explica sobre os medicamentos utilizados no tratamento da TB?” (tabela 3); “se questiona sobre todos os medicamentos que o doente utiliza” (tabela 3); revelam um desempenho favorável tanto nas UBSFs como no AmbRef, demonstrando que os serviços de saúde estão seguindo as normas técnicas preconizadas pelo PNCT e o TDO para o controle as drogas disponibilizando assistência sempre que necessário e de qualidade, pois explicam aos pacientes e se preocupam com as interações medicamentosas, assistindo o doente de forma a controlar os efeitos adversos,vendo-o de forma integral (ANDRADE, 2008; BRASIL, 2010).

Tabela 3: Controle da medicação

Variável	Serviços	Média*	Desvio Padrão (DP)	IC (95%)	
				Mín.	Máx.
1. Se passar mal por causa da medicação consegue uma consulta médica no prazo de 24h	AmbRef	3,97	1, 267	3,53	4,41
	UBSF	3,64	1, 909	3,07	4,22
2. Falta de medicamentos durante o tratamento para TB	AmbRef	4,53	1, 187	4,11	4,94
	UBSF	4,03	1, 53	3,48	4,57
3. Orientação sobre os medicamentos utilizados no tratamento da TB	AmbRef	4,15	1, 077	3,77	4,52
	UBSF	4,33	1, 225	3,97	4,70
4. Questionamentos sobre todos os medicamentos utilizados pelo doente de TB	AmbRef	3,38	1, 615	2,92	3,95
	U-BSF	4,00	1, 446	3,57	4,43

*Nunca/quase nunca; às vezes; quase sempre/sempre

Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

Os dados referentes “a falta de medicamentos” (tabela 3) obteve no AmbRef uma média de 4,53 e na UBSFs de 4,03, apresentando um nível favorável, ou seja nunca ou quase nunca falta medicação. A entrega da medicação é exclusiva dos serviços de saúde, pois os mesmos não podem ser vendidos em farmácias, e o mau uso da medicação é um dos fatores de maior risco para que o doente se torne resistente à droga, por isso, o tratamento não pode ser interrompido. O PNCT, quando se refere em controle da TB e o primordial é romper com a cadeia de transmissão, e o principal meio para isso é diagnóstico precoce, para se iniciar o tratamento medicamentoso o mais rápido possível, para que este não dissemine mais o bacilo tendo como desfecho a cura (BRASIL; 2010; MICHELLITE, 2008; MACIEL, 2009; VILLA, 2006).

Este resultado é justificado por estudo feito no mesmo município em 2007, que constatou que não houve diferença nos serviços de saúde desta cidade e que a oferta de medicamento era favorável (FIGUEIREDO et al, 2009).

5.2.4 Controle da baciloscopia

A baciloscopia por ser uma técnica simples e segura é usada na saúde pública para a confirmação do diagnóstico da TB, ela tem duas importantes finalidades, para o PNCT no controle da TB: Detecção dos casos bacilíferos, responsáveis pela cadeia de transmissão, e o controle do tratamento e eficácia do mesmo. Por isso é recomendado que em todo diagnóstico de TB fosse solicitado a baciloscopia para confirmação e que esta seja realizada todo mês, e que os comunicantes e demais cidadãos realizem o teste de pele (PPD), para um diagnóstico precoce (BRASIL, 2010; NOGUEIRA; MALUCELLI; ABRAHÃO, 2004).

Foram utilizadas seis variáveis para avaliar a baciloscopia (tabela 4). Às variáveis: “oferta de pote para realização do diagnóstico” (tabela 4); “controle mensal da eficácia do tratamento da TB” (tabela 4);” a média alcançada nas duas variáveis pelo AmbRef é maior do que a da UBSFs, entretanto os dois serviços apresentaram nível regular, ou seja, às vezes é ofertado o pote para diagnóstico da TB e para o controle do tratamento (tabela 4).

No que concerne “a consulta mensal” (tabela 4), O AmbRef e UBSFs obtiveram média favorável, ou seja sempre ou quase sempre é oferecida a consulta

mensal; Já “oferta do teste da pele” (tabela 4); ações realizadas com associações de bairro, igreja para entrega do pote de escarro (tabela 4); e visitar na comunidade para entregar deste pote (tabela 4), tiveram média não favorável, nunca ou quase nunca estas atividades são realizadas nos serviços avaliados. Percebe-se, mesmo com a descentralização das ações de controle para atenção primária, ainda assim, no município de Campina Grande, apresentar suas ações de controle centradas na atenção secundária.

Tabela 4: Baciloscopia

Variável	Serviços	Média*	Desvio Padrão (DP)	IC (95%)	
				Mín.	Máx.
1. Oferecimento pelos serviços de saúde do pote para diagnóstico da TB.	AmbRef	3,97	1, 883	3,31	4,63
	UBSF	3,91	1, 756	3,38	4,44
2. Oferecimento pelos serviços de saúde do pote para exame de escarro mensalmente	AmbRef	3,88	1, 805	3,25	4,51
	UBSF	3,04	1, 783	2,51	3,58
3. Consulta mensal oferecida pelos serviços de saúde	AmbRef	4,74	0,994	4,39	5,08-
	UBSF	4,42	1, 118	4,09	4,76
4. Realização do teste de pele pelos serviços de saúde	AmbRef	2,88	1,805	2,25	3,51
	UBSF	2,09	1,743	1,57	2,61
5. Ações com igrejas, associações de bairros, para entrega de potes para coleta de escarro	AmbRef	1,42	0,80	1,09	1,74
	UBSF	1,13	0,57	0,92	1,34
6. Visita de profissionais de saúde para entrega do pote para coleta do escarro	AmbRef	1,30	0,679	1,03	1,58
	UBSF	1,02	0,164	0,97	1,08

*Nunca/quase nunca; às vezes; quase sempre/sempre

Fonte: Dados coletados do projeto PIBIC/UEPB, Campina Grande-PB, 2010

A baciloscopia de diagnóstico e controle do tratamento tem sido priorizada, mas apresentando ainda em nível regular nos serviços de Campina Grande/PB. Corroborando com o padrão nacional, no qual a utilização da baciloscopia para diagnóstico e controle, tem apresentado grandes dificuldades para sua implementação (FERREIRA et al, 2005; BIERRENBACH, 2007).

As demais ações de controle, apresentada nas (tabelas 12,13 e 14) tiveram um resultado não favorável, o que determina que o município não têm cumprido com todas as metas do PNCT, e que apenas tem sido feito ações clínica, mas no que se

refere a promoção e ações de prevenção, como a busca ativa e exame para diagnóstico precoce como o PPD, não tem sido realizada no município em estudo. Estes dados corroboram com Oliveira (2009). Nogueira et al (2007), em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, mostra o mesmo perfil onde se realiza a baciloscopia de diagnóstico, mas não se faz a busca ativa.

A oferta de teste para exame de escarro na comunidade e o PPD tem sido as ações prioritárias na busca ativa de sintomáticos respiratórios, passando a ser parte da rotina dos serviços e principalmente da atenção primária em saúde, a fim de obter a detecção precoce dos casos de TB, pois as UBSFs possuem um “espaço” privilegiado para estas ações, pois tem como instrumento de trabalho a família e o domicílio (NOGUEIRA et al, 2007; ASSIS et al, 2009).

6 Considerações finais

Este estudo teve como foco avaliar o desempenho da atenção básica e ambulatorial do município de Campina Grande no período de jun/2009 a jun/2010. Durante sua trajetória pode se observar que os doentes de TB são em sua maioria adultos jovens, de baixa escolaridade e do sexo masculino, o que gera um problema econômico social para as famílias, pois a doença muitas vezes deixa esse grupo impossibilitado para o trabalho, tirando do provedor da família a condição do sustento, o problema social da doença é uma realidade forte.

Apesar do município de Campina Grande apresentar condições favoráveis para efetivar as ações de controle da tuberculose na atenção básica, aquelas são predominantemente efetivadas pelo ambulatório de referência considerando que dos 79 doentes entrevistados, 40,1% são atendidos no Ambulatório de Referência em TB e 56,8% nas 92 Unidades Básicas de Saúde da Família.

Para se obter um maior controle da doença o PNCT estabeleceu medidas de base como: TDO, busca ativa, baciloscopia de diagnóstico, acompanhamento terapêutico, fornecimento da medicação e educação em saúde. Sabendo-se que a atenção primária é o serviço que apresenta um espaço privilegiado para desenvolver estas ações, foi delegada às unidades de saúde da família a responsabilidade do controle da TB. Mas o que se pode constatar é que em Campina Grande as UBSFs não têm conseguido atingir todas as metas de forma favorável, deixando concentrado no AmbRef o controle da TB.

Conclui-se que em decorrência da falta de organização dos serviços de saúde em Campina Grande as ações de controle da TB se mantêm em nível favorável, não favorável e regular o que determina que não há uma linearidade nas ações de controle da TB concentrado-se na atenção secundária.

Diante dessa realidade urge a necessidade de uma maior organização dos serviços e uma efetiva descentralização das ações de controle da TB, para as UBSFs, para que se possam qualificar estas ações e conseqüentemente aumentar o índice de cura diminuindo o abandono. Sugere-se que profissionais da saúde, gestores, academia e população envolvida, planejem políticas de ações que possibilitem aos serviços cumprirem as metas sugeridas pela OMS e MS para o combate da doença.

Referências

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**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006, 215p. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde: v. 10).

ALVEZ, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, C. H. et al. Abordagem racional no planejamento de novos tuberculostáticos: Inibidores da InhA, enoil-ACP redutase do *M. tuberculosis*. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 2, abr./jun., 2008.

ARAKAWA, T. et al. A Acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - São Paulo (2006-2007). Cap II, p.48-55 In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (Orgs.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009, v. 1, p. 68-74.

ARCÊNIO, R. A. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

ASSIS, M. M. A. et al. Avaliação do programa de controle de tuberculose em Feira de Santana/BA (2007): limite e desafios. In: SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. São Paulo: Funcep, 2009, p. 165-175.

BEZERRA, G. L.; ASSIS, M. M. A. Perfil sócio-demográfico dos doentes do programa de controle da tuberculose em Feira de Santana-BA. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 14., 2010. **Anais...** Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

BIERRENBACH, A. L. et al. Incidência de Tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, Suppl 1, p. 24-33, 2007.

BISAGLIA, J. B. et al. Atualização terapêutica em tuberculose: principais efeitos adversos dos fármacos. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, dic. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002. 236 p. il.

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de Controle da Tuberculose**. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 a.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) na Atenção Básica**: Protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 d.

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

CAMPINA GRANDE. **SINAN/PB NET**. Disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, 2010.

CAMPOS, M. L. C. et al. Tuberculose. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 57, n.6, p. 505-518, jul. 2000.

CLEMENTINO, F. S. **Tuberculose**: conhecimento, representações sociais e experiências da doença na visão do portador. 2009. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

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

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1997.

COSTA, S. M. **Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do**

Rio Grande/RS. 2007. Dissertação, Universidade Federal do Rio Grande, Rio de Janeiro, 2007.

CURTO, M. **Atenção individual, enfoque familiar e orientação a comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores Ribeirão Preto, SP (2007)**. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009.

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

FERREIRA, A. A. A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 142-149, 2005.

FIGUEIREDO, T. M. R. M et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009.

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. 2008. 118 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008.

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

GAZETTA, C. E. **Controle dos comunicantes de doentes de tuberculose: Ações realizada no programa de controle da tuberculose, no município de São José do Rio Preto-SP**. 2004. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

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

HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V. D. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na Avaliação de programas e sistemas de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.207-253.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, Supl. 1, p. 50-58, 2007.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: E.P.U., 1995.

KANUNFRE, K.A. **Tuberculose Pulmonar: aumento da eficiência diagnóstica pela associação de métodos microbiológicos e imunológicos para pesquisa de anticorpos IgG anti- *Mycobacterium Tuberculosis* por Western blotting e interferon-gama**. [tese] faculdade de medicina universidade de São Paulo, 2007.

LUNELLI, T. **Equipes de saúde da família: concepções e práticas de educação em saúde.** 2006. 102 F. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

MACIEL, E. L. N. et al. Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. **J Bras Pneumol.** v. 36, n. 2, p. 232-238, 2010.

MICHELETTI, V. C. D. **Programa de controle da tuberculose da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre: adesão ao tratamento a partir da análise das estratégias da equipe de saúde.** 2008. 51 f. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MUNIZ, J. N. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária,** v. 7, n. 1, jan/jun. 1999.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Experiência de implantação do DOTS em Ribeirão Preto. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org) **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. histórico e peculiaridades regionais.** Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2005, cap. IV, p.113-122.

NEVES, S. C.; ROLLA, V. C.; SOUZA, C. T. V. Educação em saúde: uma estratégia para minimizar o abandono do tratamento da tuberculose em pacientes do instituto de pesquisa clínica Evandro Chagas/Fiocruz. **Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente,** v. 3, p. 96-115, dez. 2010.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. M.; MALUCELLI, M. I. C. Baciloscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.,** v. 7, n. 1, 2004.

OLIVEIRA, M. F. **Acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - São Paulo (2006-2007).** 2009. 136 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis:** informe final. Ecuador; 2006.

OTT, P. W.; GUTIERREZ, R. S. Vigilância epidemiológica do Programa. In: PICON, P. D.; RIZZON, C. F. **Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico, tratamento em clínica e saúde pública.** Porto Alegre: Medsi, 1993.

PAIVA, V. S. **Situação diagnóstica-terapêutica da tuberculose pulmonar em um unidade sanitária referência para doença em Porto Alegre –RS.** 2009. 53 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Pneumológicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2009.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teórica e prática. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

QUEIROZ, R. **Diferença na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RIBEIRO, C. M. et al. **Projeto de avaliação institucional da Universidade Federal de Goiás**. 2000.

RODRIGUES, C. L. et al. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 805-812, 2008.

ROSEMBERG, A. M. F. A. **Guerra à peste branca Clemente Ferreira e a “Liga Paulista contra a tuberculose” 1899-1947**. 2008. 247 f. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Católica de São Paulo São Paulo, 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROCHA, A .T.S. Medidas para o controle da tuberculose na comunidade. In Situação e Perspectivas do controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos da UnB** P. 127-132. Brasília, 1981.

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

RUFFINO-NETTO, A; VILLA, T. C. S. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: REDE-TB, 2006. 210p.

SÁ, L. D. et al. **A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos**. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Orgs). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: REDE-TB, 2006, cap. V, p.167-162.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.

SCHWART, G. A. D. **Direito a saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem medico cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital: inter-relações e perspectivas para saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

SPECIALE, C. **Significado do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) para pacientes com tuberculose do programa de saúde da família da supervisão técnica de Vila Prudente/Sapopemba**. 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem São Paulo, São Paulo, 2007.

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

TANAKA, Y. O.; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e adoção de abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.121-136.

TRIGUEIRO, J. V. S. **Controle da tuberculose e os desafios da gestão na atenção básica de municípios prioritários da Paraíba**. João Pessoa: UFPB, 2009.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc Cuid Saúde**, v. 8, n. 4, p. 660-666, out./dez. 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo, 1999.

VENDRAMINI, S. H. F. **O programa de controle da tuberculose em São José do Rio Preto - SP, 1985-2004 do contexto epidemiológico à dimensão social**. 2005. 251 f. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Materno infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2005.

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em ribeirão preto sob a percepção do doente**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2001.

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

VILLA, T. C. S. Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, estado de São Paulo-Brasil (2007). In: RUFINNO-NETO, A. VILLA, T. C. S. (Org). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009. p. 68-74.

VILLA, T. C. S. et al. A terapia diretamente observada no controle da tuberculose: levantamento de produções científicas brasileiras (1998 a 2005). **Revisão Bol Pneumol Sanit**, v. 14, n. 2, p. 111-116.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005**. Geneva: WHO, 2009.

XAVIER, N. **Índice de mortes por tuberculose aumenta na Paraíba e chega a 8%**. Disponível em:

<http://www.paraiba1.com.br/noticia/48222_indice+de+mortes+por+tuberculose+au+menta+na+paraiba+e+chega+a+a+8%25.html>. Acesso em 18 set. 2010.

APÊNDICES

APÊNCIDE A
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, Faculdade Santa Maria e Universidade Federal da Paraíba. 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 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. Caso tenha qualquer dúvida e seja necessário maiores informações sobre a pesquisa, pode solicitar esclarecimentos conosco: Telefone: (83) 3315.3312, Celular: (83) 9983.5142.

E-mail: taniaribeiro_2@hotmail.com.

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 o nome do entrevistado no local da assinatura e recolha a impressão digital do polegar direito, escreva uma observação de que ele é analfabeto, mas compreendeu os termos e aceitou participar na pesquisa e rubrique.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados

I. Doentes de Tuberculose

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

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

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

Apresentação:

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

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

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

Observação: Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitar a assinatura ou impressão digital. Só após a aceitação do sujeito poderá ser iniciada a aplicação do Questionário.

Atualizado em 31 de Maio de 2010

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteados 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).

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		
12 a	Consulta Médica de Controle	UBSF/PACS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		Ambulatório de Referência	3 ()
		Domicílio	4 ()
		NR/NA	00()
12 b	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 ()

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

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

D 2. ACESSO AO TRATAMENTO.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
22	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?						
26	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?						

F. ELENCO DE SERVIÇOS.

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

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

	saúde)?						
49	Visitas domiciliares durante o tratamento?						
50	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?						
51	Participação em grupos de doentes de TB na unidade de saúde?						

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

I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quas e Sempre	Sem pre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
72	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?						
73	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?						
74	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?						

ANEXO B – 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
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


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