



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

FLÁVIA DE MORAES ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE – PB
Dez/2010

FLÁVIA DE MORAES ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao departamento de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
em cumprimento às exigências para obtenção
do título de Bacharel e Licenciada em
Enfermagem.

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

CAMPINA GRANDE – PB
Dez/2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A345a Albuquerque, Flávia de Moraes.
Avaliação das ações de controle do tratamento da
Tuberculose nos Serviços Públicos de Saúde do Município de
Campina Grande/PB [manuscrito] / Flávia de Moraes
Albuquerque. – 2010.
51 f.: il.

Digitado.

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

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

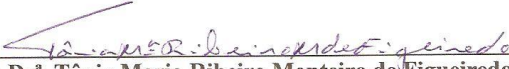
1. Saúde Pública. 2. Tuberculose. 3. Epidemiologia.
I. Título.

21. ed. CDD 614

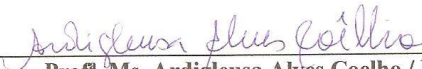
FLÁVIA DE MORAES ALBUQUERQUE

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**


Aprovado em 16 de DEZEMBRO de 2010.



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



Prof. Ms. Ardileusa Alves Coelho / UEPB
Examinadora



Prof. Esp. Erik Cristóvão Araújo de Melo / UFCG
Examinador

Dedico este trabalho a minha mãe, Geruza, por todo carinho, amor e dedicação a mim destinados. Foi ela quem me ensinou a ser uma pessoa reta e verdadeira e, quem me incentivou, desde os primeiros passos, a não desistir diante dos obstáculos que a vida nos impõe, sendo exemplo real de que com trabalho, esforço e dedicação é possível realizar nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus, por estar sempre ao meu lado, me provando que eu realmente tudo posso naquEle que me fortalece.

À minha mãe, por todo amor, carinho e dedicação. Sem ela nada disso seria possível. Mãe, eu te amo muito!

À minha avó Socorro, por estar sempre ao meu lado, sendo exemplo de perseverança.

Ao meu avô João (in memoriam), que além de todo amor, me ensinou o valor do estudo e do trabalho.

Aos meus avós maternos, José Moraes e Glorinha, por me mostrarem o verdadeiro valor da família.

Aos meus irmãos por todo o carinho demonstrado.

Aos Meus tios Cândida e José Ivaldo, por sempre me tratarem como uma filha dando todo o apoio para que eu realizasse meus projetos. E aos meus primos Celso e Thaís, por igualmente me tratarem como uma irmã. Amo vocês!

À todos os meus outros tios e primos, que fazem parte das famílias Moraes e Albuquerque por sempre acreditarem em mim, obrigada por todo amor, apoio e incentivo.

Aos mestres de escola e a todos aqueles do departamento de enfermagem da UEPB, bem como funcionários, que contribuíram imensamente em minha formação.

À minha professora e orientadora Tânia, que acreditou em minha capacidade. Obrigada por toda paciência e compreensão. Sou eternamente grata por seus ensinamentos e por me instigar na busca do crescimento profissional e pessoal.

Aos meus amigos, que compartilharam sorrisos e lágrimas durante o caminho, em especial a Aline Suelen, Ana Raquel, Aline Maria e aos Renovando-se em Cristo, principalmente aos meus “pais” Nilton e Fabiana, que me acolheram com uma verdadeira filha.

À turma enfermagem 2006.1, e em especial ao quarteto fantástico/Grupo da vida: Anajás, Heloísy e Nathalia a nossa amizade foi fundamental nesses últimos cinco anos, o que seria de mim sem vocês?! E aos agregados do grupo da vida, Getúlio e Leandro, meninos, obrigada por colocar mais alegria na minha vida nesses 5 anos.

Aos membros do grupo de pesquisa de Tuberculose e Hipertensão com os quais convivi por quase dois anos, juntos passamos por diversas experiências singulares, aprendemos a nos conhecer melhor e crescemos juntos. Andressa Lopes, Érik Cristóvão, Fábía Chalegre, Fernanda Ramos, Flávia Nunes, Heloísy Medeiros, Julianny Rodrigues, Layanne Veríssimo, Talina Carla e Valdênia Veríssimo.

Aos profissionais do Ambulatório de Referência de TB de Campina Grande e das ESF que contribuíram para a realização da coleta de dados.

A todos que contribuíram na conclusão desta etapa. Meu muitíssimo obrigada!

Agradecimento Especial

A todos os portadores de tuberculose que contribuíram para a realização desta pesquisa na expectativa de aperfeiçoar a assistência prestada pelo serviço de saúde que lhe é oferecido.

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

ALBUQUERQUE, Flávia de Moraes. **Avaliação das ações de controle do tratamento da Tuberculose nos Serviços Públicos de Saúde do Município de Campina Grande/PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

O presente estudo tem como objetivo avaliar as ações de controle do tratamento da tuberculose nos serviços públicos de saúde do município de Campina Grande/PB. Trata-se de um estudo descritivo baseado em inquérito, para avaliação de serviços de saúde. Para coleta de dados, utilizou-se um instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield. Participaram do estudo, 81 doentes de TB diagnosticados no período de janeiro de 2009 a maio de 2010 e acompanhados pelos Serviços de Saúde do município. A análise estatística baseou-se em cálculo de distribuição de frequência através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 13.0. Quanto ao perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo 64% era do sexo masculino, 43,2% tinham baixa escolaridade, tendo apenas o ensino fundamental incompleto. Dos entrevistados apenas 37% realizavam o Tratamento Supervisionado, 45,6% afirmaram que em algum momento perderam o turno de trabalho/compromisso para se consultar. 24,5% dos pacientes relatam sempre ou quase sempre esperar mais de 60 minutos para serem atendidos pelo serviço. Em mais da metade dos casos os doentes conseguem consultas num prazo de 24 horas (66,6%). Cerca de 28,4% dos doentes referem falta da medicação em algum momento durante o tratamento. Quanto aos indicadores realização do tratamento no serviço mais próximo ao domicílio, necessidade de utilizar transporte motorizado para ir ao serviço e pagar por este para consultar-se, apresentaram, respectivamente, os seguintes valores 50,6% sempre, 45,6% e 44,4% para quase nunca e nunca. Apenas 49,4% dos doentes receberam pote para exame de escarro mensal de controle da doença, enquanto que a consulta mensal está presente em 77,8% dos casos. Cestas básicas nunca são oferecidas por nenhum dos serviços de saúde analisados (93,8%), assim como, vales transporte (90,1%). Quanto a participação em atividades educativas ou grupos de apoio, foram de 44,50% e 91,4%, respectivamente, para a resposta nunca. Diante dos indicadores encontrados, fica evidente que a qualidade das ações de controle do tratamento da TB ofertadas pelos Serviços de Saúde do Município ainda é insatisfatória para garantir uma maior adesão do paciente ao tratamento e diminuir os índices de abandono.

Palavras-chave: Tuberculose; Avaliação dos Serviços de Saúde; Controle do Tratamento.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, Flávia de Moraes. **Assessment of control actions of tuberculosis treatment in the Public Health Services in the city of Campina Grande, PB.** Work's Conclusion of Course (Graduation in Nursing) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

This study aims to assess the control actions of tuberculosis treatment in public health services in Campina Grande, PB. This is a descriptive study based on survey, for assessment of health services. For data collection, it was used the instrument Primary Care Assessment Tool (PCAT), developed by Starfield. The study included 81 TB patients diagnosed from January 2009 to May 2010 and accompanied by Health Services of the city. Statistical analysis was based on calculation of the frequency distribution using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 13.0. As for the socio-demographic profile of study subjects 64% was male, 43.2% had low education, having only elementary education. Only 37% of interviewees performed the supervised treatment, 45.6% said that at some point lost the work shift / commitment to consult. 24.5% of patients reported always or almost always wait longer than 60 minutes to be attended by the service. In more than half of the cases the patients get appointments within 24 hours (66.6%). About 28.4% of patients report a lack of medication at some point during treatment. As for indicators realization of the treatment in the nearest home service, the need to use motorized transportation to go for the service and to pay for this service to consult, were respectively the following values 50.6% for ever, 45.6% and 44.4% for almost never and never. Only 49.4% of patients received monthly sputum pot to control the disease, while monthly consultation is present in 77.8% of cases. Food tickets are never offered by any of the health services examined (93.8%), as well as transportation passes (90.1%). As for participation in educational activities or support groups, were 44.50% and 91.4%, respectively, for the answer ever. Given the indicators found, it is evident that the quality of control actions of TB treatment offered by the Health Services of the Municipality is still unsatisfactory to ensure greater adherence to treatment and reduce dropout index.

KEYWORDS: Tuberculosis; Assessment of Health Services, Therapeutics Control.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil do doente de Tuberculose, Campina Grande/PB, 2010.....	27
Tabela 2. Porcentagens por resposta aos indicadores incentivadores e facilitadores da do controle do tratamento de TB.....	29
Tabela 3. Serviços oferecidos ao doente de TB, durante seu tratamento, Campina Grande/PB.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

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

AMBRF – Ambulatório de Referência

APS - Atenção Primária à Saúde

BK – Bacilo de Kock

DOTS – Directly Observer Treatment Short Course

ESF- Equipe de Saúde da Família

HIV – Human Immunodeficiency Virus/ Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCT – Plano de Controle da Tuberculose

PCNT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TB-MDR – Tuberculose Multidrogarresistente

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TS – Tratamento Supervisionado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1 Tuberculose.....	19
3.2 Tratamento da TB e a Estratégia DOTS.....	20
3.3 Avaliação dos serviços de saúde na atenção à tuberculose.....	22
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 Tipo de Estudo.....	24
4.2 Cenário de Estudo.....	24
4.3 Sujeito do Estudo.....	24
4.4 Critérios de Inclusão.....	25
4.5 Período da coleta de Dados.....	25
4.6 Instrumento para Coleta de Dados.....	25
4.7 Análise dos Dados.....	25
4.8 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	26
5. RESULTADOS E DISCURSSÃO.....	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
7. REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	40
ANEXOS.....	51

APRESENTAÇÃO

A pesquisa faz parte de um estudo intitulado “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 e multidisciplinar, aprovado pelo Edital: MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N°. 067/2009. O estudo é coordenado pela Prof^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, lotada no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE).

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ainda permanece como um importante problema de saúde pública, por trata-se de uma doença de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, e que ocorre, principalmente, na idade mais produtiva das pessoas, 70% dos doentes tem entre 15 e 59 anos, sendo ainda, a nona causa de internação entre as doenças infecciosas e a sétima em gastos com internação no SUS (BRASIL, 2002a, 2009). Destaca-se que a cada ano 100 milhões de pessoas são infectadas pelo bacilo da TB, destes 9,27 milhões desenvolvem a doença e 1,7 milhões vão a óbito no mundo (BRASIL, 2009). No Brasil, anualmente morrem 4500 pessoas por tuberculose, principalmente nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Em 2008, a TB foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2010).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que representam 80% da carga mundial de TB. O país melhorou sua posição, passando da 18ª para 19ª, entretanto, a incidência da doença permanece elevada (BRASIL, 2010). Segundo dados do Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN), em 2009 o Brasil notificou 71.641 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de cerca de 37,4 a cada 100 mil habitantes. Dentre estes casos, 1.042 ocorreram no estado da Paraíba, correspondendo a uma taxa de aproximadamente 28,6 a cada 100 mil habitantes. Embora a ocorrência de novos casos na Paraíba esteja abaixo da média nacional, este valor ainda é considerado muito alto levando em consideração que a TB é uma doença curável que apresenta recursos capazes de promover seu controle.

Com a declaração da OMS, em 1993, de que a tuberculose se encontrava em estado de emergência no mundo, foi indicada a estratégia DOTS (Direct Observed Treatment Short-Course), que preconizava cinco pontos: adesão política por parte das autoridades governamentais; estabelecimento de uma rede laboratorial de baciloscopia de qualidade; garantia no fornecimento de medicamentos; um sistema de monitoramento e avaliação adequado e oferta de tratamento padronizado e supervisionado (WHO, 2009).

No decorrer dos anos, o Plano de Controle da Tuberculose (PCT), estruturou e descentralizou a atenção a TB, levando o tratamento da rede pública para a Atenção Básica (AB) junto a equipe de saúde da família (ESF), que passa a assumir a responsabilidade no que se refere a promoção à saúde, diagnóstico e prevenção da TB, contribuindo, assim, para a expansão do DOTS (VILLA et al, 2009).

Apesar do Estado da Paraíba ter implantado o DOTS em 1999, nem todas as equipes de Saúde da Família do município de Campina Grande, realizam o tratamento supervisionado proposto por esta estratégia, ficando a cargo do Ambulatório de Referência grande parcela dos casos.

Goddard e Smith (2001) associam o acesso às experiências com os serviços e as informações que deles dispõem, influenciando a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obter os serviços de saúde de que necessitam. Uma maior acessibilidade e segurança em todos os níveis do sistema são condições de vital importância no tratamento da TB, sabido que a adesão do paciente é papel da qualidade da atenção a ele oferecida (TEIXEIRA, 2006). Desta forma, é perceptível que o alcance do sucesso terapêutico está além da eficácia farmacológica, e que coexistem diversas barreiras que dificultam a acessibilidade ao cuidado em saúde durante o tratamento da tuberculose (SÁ et al, 2007; VILLA et al, 2008).

As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. O controle da tuberculose se dá, preferencialmente, no âmbito da atenção básica, onde os gestores municipais, juntamente com o gestor estadual devem agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações, tais como: estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios; organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos; garantia de acesso ao tratamento supervisionado dos casos; proteção dos sadios; alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão (BRASIL, 2002a).

Diante do quadro exposto, torna-se importante avaliar a efetividade dos serviços de saúde no controle dessa patologia. A avaliação em saúde baseia-se na relação estabelecida entre a necessidade de saúde apresentada pela população e os serviços a ela oferecidos, levando em consideração a eficácia e efetividade destes, visando à produção de dados confiáveis que delineiem a real situação da saúde, e a partir destes a solução de problemas que melhorem o desempenho (Vieira, 2005).

Nessa perspectiva, este estudo visa contribuir para a efetividade da prevenção e controle da TB abordando a importância de meios facilitadores e incentivadores do acesso do doente de TB ao tratamento oferecido pelos Serviços de Saúde.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral:

Avaliar as ações de controle do tratamento da tuberculose nos serviços públicos de saúde do município de Campina Grande/PB

2.2. Objetivos Específicos:

Traçar o perfil sócio-demográfico dos doentes de tuberculose;

Avaliar quais as ações de controle, incentivo e facilitadoras do tratamento, dentro das dimensões “acesso ao tratamento” e “elenco de serviços”, são oferecidas pelo serviço e a frequência em que são realizadas.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, que se propaga pelo ar por meio de gotículas contendo os bacilos de Koch expelidos por um doente ao tossir, espirrar ou falar em voz alta e que, ao serem inalados por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2002a).

Ela afeta principalmente as populações mais vulneráveis socialmente, visto que está intimamente ligada às condições de vida da população. Sua proliferação se dá em áreas de grande aglomeração humana, com precários serviços de infra-estrutura como saneamento básico e habitação. A transmissão se dá geralmente em espaços fechados, escuros e pouco ventilados, pois esse tipo de ambiente favorece a permanência das gotículas expelidas no ar. Nesse sentido o risco de contrair a doença é maior em residentes de comunidades fechadas (presídios, asilos, abrigos), indivíduos etilistas, usuários de drogas, mendigos, imunodeprimidos e portadores de HIV. Vale salientar que a infecção pode ocorrer em qualquer idade e nem todas as pessoas expostas ao agente se tornam infectadas (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2010).

A TB se inicia a partir do momento em que um indivíduo suscetível inala microbactérias, transmitidas pelas vias aéreas até os alvéolos, onde são depositadas e começam a se multiplicar, tornando-se infectado. O sistema imunológico humano aciona uma resposta, que, em geral, ocorre duas a dez semanas após o contato inicial. A doença ativa pode desenvolver-se em virtude de uma resposta inadequada ou comprometida do sistema imune. Aproximadamente apenas 10% das pessoas que estão inicialmente infectadas desenvolvem a doença ativa. A TB apresenta como sintomatologia tosse produtiva ou seca com duração de mais de três semanas, febre baixa vespertina, fadiga, sudorese noturna, anorexia e perda de peso (SMELTZER *et al*, 2009).

O diagnóstico da TB se dá por meio da abordagem clínica baseada em anamnese e exame físico associado a exames laboratoriais que confirmem a presença da enfermidade. O exame bacteriológico direto do escarro ou baciloscopia é o principal método para a confirmação do diagnóstico da TB em indivíduos sintomáticos respiratórios, o qual identifica a maioria dos casos bacilíferos, sendo um método simples, rápido e de baixo custo que detecta de 70 a 80% dos casos pulmonares. A prova tuberculínica e o exame radiológico são outros métodos utilizados para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2002b).

3.2. Tratamento da TB e a Estratégia DOTS

Apesar dos esforços empregados mundialmente na tentativa de combater e controlar a TB, esta permanece como importante problema de saúde pública principalmente nos países em desenvolvimento.

Observa-se ainda elevação nas taxas de incidência da doença, relacionada principalmente com o aumento de problemas médico-sociais, pobreza, mendicância, abuso de drogas, más condições de vida, epidemia HIV/AIDS, entre outros fatores (MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

Embora seja uma doença grave, a TB é curável em praticamente 100% de todos os casos novos, desde que o tratamento quimioterápico seja seguido corretamente através da tomada diária de medicações preconizadas pelo MS, pelo prazo mínimo de seis meses (BRASIL, 2002a).

Um dos principais problemas encontrados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose refere-se a não adesão dos doentes à terapêutica oferecida, o que faz com que se tornem pacientes crônicos, tanto da doença, quanto do serviço (WHO, 1997).

O controle da tuberculose requer uma ação permanente, sustentada e organizada, assim, o doente com tuberculose pode apresentar-se em qualquer unidade de saúde, esteja esta inserida em qualquer nível de referência (Atenção Básica, Atenção Secundária e/ou Terciária), porém o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica (AB), como forma de ampliar o acesso da população, visto que esta é a principal porta de entrada ao sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Espera-se que a porta de entrada para a resolubilidade de problemas de saúde deveria ser a Atenção Primária à Saúde (APS) ou nível primário de atenção à saúde e tem como prioridade a prevenção. O sistema de saúde no Brasil preconiza os serviços de saúde em uma perspectiva hierarquizada, em que a APS atua na resolução dos problemas de saúde da população e dispõe de uma equipe multiprofissional atuante que: conhece mais intimamente a população adscrita e sua realidade local para desenvolver um diagnóstico situacional e desta forma eleger suas necessidades e peculiaridades para o planejamento de estratégias mais eficazes e resolutivas.

A atenção primária é definida como:

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a

saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando a mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a respostas das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

Na tentativa de combater e controlar a TB, no ano de 1993, a Organização Mundial de Saúde declarou-a como sendo uma emergência global e passou a recomendar a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*), com o objetivo de alcançar 85% de cura e 70% de detecção dos casos (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

DOTS significa Tratamento diretamente observado (TDO) de curta duração, no entanto não deve ser entendido apenas como tal, pois é composto por cinco pilares que se complementam: 1) detecção de casos por microscopia; 2) tratamento diretamente observado e monitorado; 3) provisão regular das drogas; 4) sistema eficiente de registro de dados; 5) compromisso político no controle da tuberculose (TEIXEIRA, 1998).

No entanto, o TDO se configura como elemento chave dessa estratégia visando reduzir os casos de abandono e aumentar a probabilidade de sucesso no tratamento. Este estabelece uma nova forma de administrar os medicamentos oferecidos, na qual o profissional ou pessoa treinada passa a observar a tomada da medicação do paciente, desde o início até a cura (BRASIL, 2010).

A partir dessa nova modalidade de tratar e acompanhar o doente é possível, fortalecer a adesão do doente ao tratamento, prevenir os casos de Tuberculose Multidrogarresistente (TB-MDR), assim como, favorecer o vínculo deste com o profissional e os serviços de saúde, oferecer uma terapêutica de baixo custo e diminuir os efeitos do forte estigma da doença (BRASIL, 2010).

A escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser escolhida em conjunto com o paciente, para isso, este pode ir ao serviço para receber a medicação, ou o profissional do serviço pode ir ao domicílio, de modo que para fins operacionais tenham sido supervisionadas na fase de ataque 24 tomadas e na de manutenção 48 (BRASIL, 2010).

Para os casos em que não é possível realizar supervisão por parte de um profissional da saúde, pode-se propor ao usuário que a observação seja realizada por um familiar treinado e supervisionado pelo enfermeiro, embora estudos mostrem taxas de cura mais baixas e maior abandono quando uma pessoa da família observe o tratamento (BRASIL, 2010).

Esta proposta, incorporada aos serviços de nível local, vem implicando em reorganização do trabalho da equipe de saúde vinculada ao Programa de Controle da Tuberculose, redefinindo funções, responsabilidades, competências e estratégias de ação, bem como modificando o compromisso do profissional perante o paciente (MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999, p. 35).

No Estado da Paraíba, a estratégia DOTS foi implantada no ano de 1999, entretanto, os dois maiores municípios, a capital João Pessoa e Campina Grande, onde ocorreu um aumento da cobertura do PSF, nem todas as equipes realizam o Tratamento Supervisionado (TS). Observou-se desde a implantação uma alteração relevante nos indicadores epidemiológicos da TB no estado.

Em um estudo realizado por Sá *et al* (2006) observou-se que a expansão do DOTS se fez *pari passu* à ampliação da cobertura pelo Programa Saúde da Família e que houve transferência de ações para as unidades do sistema. As Equipes Saúde da Família (ESF) ficaram com a responsabilidade de desenvolver atividades técnicas, necessárias ao controle da TB. Por atividades técnicas compreende-se: notificação; distribuição da medicação; diagnóstico e tratamento; Tratamento Supervisionado; TS casos complexos; acompanhamento dos comunicantes; monitoração do tratamento e Busca de Sintomáticos Respiratórios/BSR.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca ainda a importância da dimensão organizacional e de desempenho dos Serviços de Saúde ao afirmar que o problema não está nas formas de detecção e de tratamento e sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB. Dessa forma o tratamento supervisionado que o DOTS preconiza é uma das alternativas encontradas dentro dos serviços de saúde pelo fato de ainda haver uma insegurança no controle de alguns casos que possivelmente possam abandonar o tratamento (WHO, 1999). Essa idéia é complementada ao entender que a referida estratégia não é simplesmente uma abordagem clínica, mas sim, uma política para o controle da TB inserida no sistema de saúde (OGDEN *et al.*, 2003).

3.3 Avaliação dos serviços de saúde na atenção à tuberculose

A atuação em saúde almeja uma abertura mais ampla no que diz respeito à melhoria da qualidade dos serviços de saúde no decorrer da história. Atualmente a avaliação tem sido vista dentro de uma perspectiva transdisciplinar, se utilizando de teorias, conceitos e instrumentos

de várias outras áreas de conhecimento, não apenas para expor a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas para colaborar na tomada de decisões para a reorganização das ações avaliadas, trazendo benefícios ao seu final ao usuário do serviço/ programa ou projeto e não exclusivamente a quem solicitou a avaliação. (SILVA, 1994; TANAKA; MELO, 2000).

A avaliação faz parte de um julgamento de valor a respeito de intervenções, através de um dispositivo que fornece informações científicas legítimas fazendo com os indivíduos possam formar uma opinião e tomar um posicionamento. (CONTANDRIOUPOULOS, 2006). A avaliação em saúde tem como principal propósito dar amparo aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas, reorientar ações e serviços, avaliar a incorporação de novas práticas mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), explica que ‘um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos’ (BRASIL, 2007)

A avaliação das atividades de tuberculose compreende a avaliação da situação epidemiológica da tuberculose e das medidas de controle que são utilizadas. A avaliação das medidas de controle permite estimar a extensão do alcance das metas e objetivos planejados através dos indicadores de busca, diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose e os indicadores de resultado de tratamento, a partir de dados provenientes das unidades de saúde dos municípios. Esse dados permitem acompanhar a evolução e o resultado do tratamento dos doentes e analisar os resultados e a qualidade das atividades de controle desenvolvidas nas unidades de saúde (BRASIL, 2002a).

A análise realizada no nível local permite a detecção dos pontos fortes e fracos do programa de controle e os determinantes que impedem seu melhor desempenho. Levando em consideração essa análise, pode ser elaborado um plano de ações e atividades que melhorem o controle da tuberculose, além do estabelecimento metas a curto, médio e longo prazo. Essas metas devem ser avaliadas periodicamente, de forma a corrigir ou readequar as ações do programa. Quanto maior o número de Unidades de Saúde e de equipes com profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da tuberculose, mais abrangente poderá ser a procura de sintomáticos, mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos, mais adequada a supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente mais rápida a interrupção da transmissão. (BRASIL, 2002a; 2010).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, inquérito sobre avaliação de serviços de saúde. Segundo ROUQUAYROL & ALMEIRA (2003), a pesquisa transversal é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Campina Grande/PB, o segundo maior do estado da Paraíba, situado no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema. Os fatos de situar-se entre o litoral e o sertão paraibano, assim como o de apresentar uma altitude média de 555 metros acima do nível do mar, favorecem um clima menos árido que a maioria dos municípios alocados no interior do estado. Possui uma área territorial de 599,6 km² com aproximadamente 383.941 habitantes segundo estimativas do IBGE em 2010.

Entre as principais atividades econômicas do município encontram-se: a extração mineral, as culturas agrícolas, a pecuária, as indústrias de transformação, beneficiamento e de desenvolvimento de software, o comércio varejista, atacadista e serviços.

Campina Grande possui um sistema de saúde no qual fazem parte uma Unidade Básica de Saúde (UBS), 92 equipes de Saúde da Família, 09 equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), distribuídos em 06 Distritos Sanitários, 19 hospitais, 03 Centros de Referência de Saúde, além do Serviço Municipal de Saúde onde fica instalado o ambulatório de referência em tuberculose, que dispõe de uma equipe multiprofissional para realização das ações de controle da TB. Os serviços oferecidos pelo sistema de saúde municipal alcançam 77% da população campinense.

4.3 Sujeitos do Estudo

Participaram do estudo, 81 doentes de TB acompanhados na Atenção Primária e Secundária de Saúde do Município em estudo, diagnosticados no período de janeiro de 2009 a maio de 2010.

4.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa: Doentes de TB pulmonar, maiores de 18 anos, em condições de responder por si sós, não institucionalizados em presídios ou penitenciárias, residentes no município de Campina Grande e que realizam ou realizaram tratamento nas Unidades de Saúde da Atenção Primária e Secundária.

4.5 Período da Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2010, tendo sido coletados por estudantes de graduação devidamente treinados para a aplicação do questionário sob supervisão da coordenadora do projeto.

As entrevistas foram realizadas no período da manhã ou da tarde, geralmente, no domicílio do doente, no Serviço de Saúde no qual era acompanhado, ou no seu local de trabalho quando permitido.

4.6 Instrumento para Coleta de Dados

Para coleta dos dados, foi utilizado o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Macinko & Starfield (2003), adaptado e validado para o Brasil por Macinko & Almeida (2006) e para a atenção à TB por Villa & Ruffino-Netto (2009) (APÊNDICE A). O questionário do paciente de TB, além das perguntas sobre acesso ao tratamento e o elenco de serviços, também incluiu questionamentos sobre o perfil sócio-demográfico do doente.

O usuário ao ser entrevistado respondeu cada item do questionário conforme uma escala de *Likert*, cujos escores variam de zero a cinco. O valor zero foi atribuído para resposta “não respondeu” ou “não se aplica” e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou adesão/concordância) com as afirmações, respondendo as questões com as seguintes variáveis: “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”, sendo o valor 1 atribuído a pior resposta e o valor 5 a melhor para cada questão.

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

4.7 Análise dos Dados

Inicialmente foi criado um banco de dados para armazenamento dos dados obtidos via questionário no Microsoft Office Excel 2007, em seguida esse banco foi transportado para o programa SPSS versão 13.0, que permitiu a realização da análise estatística, que se baseou em cálculo de distribuição de frequência. Posteriormente os resultados foram transportados, novamente, para o Microsoft Office Excel 2007, o qual permitiu a construção dos gráficos.

4.8 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (ANEXO A).

Os entrevistados foram, inicialmente, informados sobre o conteúdo da pesquisa e de sua importância, esclarecendo a liberdade de escolha de participar ou não do estudo; de poder desistir em qualquer fase da investigação e de questionar sobre o andamento do estudo. Os que aceitaram participar assinaram ou carimbaram seu polegar direito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E DISCURSSÃO

O estudo foi realizado com 81 doentes de TB do município de Campina Grande/PB. Dentre os quais 52 dos entrevistados eram do sexo masculino, 30 faziam TS e 35 tinham o ensino fundamental incompleto.

Tabela 1. Perfil do doente de Tuberculose, Campina Grande/PB, 2010.

Variáveis	Características da População
Gênero	Sexo Feminino: 36% Sexo masculino: 64%
Faixa etária	18 a 19 anos: 4,9% 20 a 39 anos: 50,6% 40 a 59 anos: 30,9% 60 a 64 anos: 6,2% 65 a 69 anos: 6,2% 70 a 79 anos: 1,2%
Caracterização social	ESCOLARIDADE 14,8% Sem Escolaridade 43,2% Ensino Fundamental Incompleto 17,3% Ensino Fundamental Completo 7,4% Ensino Médio Incompleto 8,6% Ensino Médio Completo 3,7% Ensino Superior Incompleto 4,9% Ensino Superior Completo

Fonte: pesquisa direta realizada no período de Março a Outubro de 2010.

O perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo, pode ser observado na Tabela 1, apoiado por outros estudos constata-se que esse perfil de doentes é o que apresentam maior probabilidade de abandonar o tratamento, predispondo a ocorrência de TB-MDR na sociedade (ALBUQUERQUE *et al*, 2001).

Dados nacionais indicam que a incidência entre os homens é o dobro das mulheres, cerca de 50 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2010). Um estudo realizado sobre a avaliação do controle da TB em Feira de Santana/BA aponta que 71% dos entrevistados eram do sexo masculino, confirmando as estatísticas nacionais (ASSIS *et al*, 2009). A maior incidência entre homens e mulheres também foi observada em um estudo realizado sobre acesso ao tratamento em serviços de saúde no município de Campina Grande/PB no ano de 2007, no qual houve predominância da TB no sexo masculino, representando 57,54% da amostra (FIGUEIREDO *et al*, 2009). Observa-se, portanto, que no município de Campina Grande a média nacional e os números se aproximam de uma distribuição mais próxima entre os sexos.

Estudos realizados entre os anos de 1985 a 2003 evidenciam que as pessoas do sexo masculino apresentam maior risco de adoecer por TB, o que provavelmente relaciona-se aos hábitos de vida desta população associados ao menor interesse nos cuidados com a saúde, favorecendo a maior incidência nesta população (VENDRAMINI *et al*, 2005).

Os participantes do estudo encontravam-se em idade economicamente ativa, fato este que desencadeia uma série de repercussões sócio-econômicas, principalmente em países subdesenvolvidos, como o Brasil (BATAIERO, 2009). Dados semelhantes ao presente estudo foram analisados numa pesquisa realizada com pacientes de TB no Ambulatório de Referência de Campina Grande/PB no ano de 2009, dos quais 29,7% dos entrevistados encontraram-se na faixa entre 27 a 37 anos de idade (FREIRE, 2009).

Estudos apontam que muitos dos casos de TB ocorrem na faixa etária dos adolescentes e adultos jovens, entre os 15 e os 49 anos (VENDRAMINI ET AL, 2005; HIJAR ET AL, 2005). Em 2009, os casos de TB prevaleceram entre as idades de 20 a 34 anos, correspondendo a mais de 60% dos casos do município de Campina Grande/PB (SINAN/PB). Esses dados são corroborados pelas estatísticas nacionais que descrevem um maior acometimento da enfermidade no adulto jovem, predominantemente na faixa dos 20 aos 49 anos (BRASIL, 2010).

Estudo realizado em Campina Grande/PB nas equipes de Saúde da Família e ambulatório de Referência em TB no ano de 2007 revela o baixo índice de escolaridade entre os doentes de TB, com 20,75% dos participantes sem escolaridade e 51,88% com ensino fundamental incompleto (FIGUEIREDO, 2008).

A escolaridade tem grande relevância como determinante da saúde, manifestando-se na percepção e capacidade de compreensão das informações e problemas de saúde, na adoção de hábitos de vida saudáveis, na utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos (FONSECA *et al*, 2000). Um baixo nível de escolaridade está relacionado à baixa adesão ao tratamento, uma vez que essa variável representa um reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade do organismo à tuberculose (MASCARENHAS; ARAÚJO, GOMES, 2005).

O DOTS é uma das estratégias para aumentar a adesão ao tratamento, uma vez que promove maior interação e co-responsabilidade entre o usuário e profissional de saúde. Consiste na observação da ingestão de medicamentos diariamente, ou pelo menos, três observações semanais nos primeiros meses (fase de ataque) e duas observações por semana na fase de manutenção do tratamento, devendo ser acompanhado pelo profissional de saúde ou

eventualmente outra pessoa desde que capacitada e sob monitoramento do enfermeiro (BRASIL, 2008).

Dos doentes de TB entrevistados, apenas 37% afirmaram realizar o TS, seguindo a recomendação de três doses supervisionadas por semana pelo profissional de saúde ou pessoa capacitada. Situação oposta a encontrada por Arakawa et al (2009), no município de Ribeirão Preto/SP, onde 81% dos pacientes realizavam TS. As explicações podem envolver desde questões políticas, gerenciais, e até operacionais no espaço micro dos serviços de saúde (MATHEMA, 2001). A observação da tomada pode ser realizada por uma pessoa da família ou da comunidade que seja treinada. Entretanto, estudos evidenciam menores taxas de cura e maiores taxas de abandono quando um familiar faz a observação do tratamento, desta forma um cuidado reforçado deve ser dispensado nestes casos (PUNGRASSAMI, 2002; BERGEL, 2005).

Tabela2. Percentual para as ações facilitadoras e incentivadoras do controle do tratamento de TB.

Variável	Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
Faz tratamento no SS mais próximo da casa	32,10%	8,60%	2,50%	6,20%	50,60%	-
Consulta médica < 24horas	3,70%	2,50%	17,30%	13,60%	53%	9,90%
Visita Domiciliar durante o tratamento	24,70%	17,30%	18,50%	9,90%	29,60%	-
Variável	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
Perde turno de trabalho/ compromisso para se consultar	18,50%	11,10%	16%	9,90%	34,60%	9,90%
Espera mais de 60 minutos para se consultar	12,30%	12,30%	28,40%	27,20%	17,30%	2,50%
Transporte motorizado para se consultar	37,00%	6,20%	7,40%	4,90%	40,70%	3,70%
Despesa com transporte para se consultar	33,30%	3,70%	6,20%	7,40%	37,00%	12,30%
Falta de medicamento durante o tratamento	12,30%	2,50%	3,70%	9,90%	69,10%	2,50%

Fonte: pesquisa direta realizada no período de Março a Outubro de 2010.

Quanto aos indicadores realização do tratamento no serviço mais próximo da casa do doente, necessidade de utilizar transporte motorizado para ir ao serviço de saúde e pagar pelo transporte para consultar durante o tratamento, apresentaram valores baixos, como pode ser observado na Tabela 2. Estudos realizados em outros centros, por Arcênio (2009), demonstram situações diferentes entre os Serviços de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP, em determinados serviços os usuários, em sua maioria, quase nunca precisam gastar

com locomoção, pois o serviço oferece esporadicamente vale transporte, já em outra unidade de saúde podemos observar uma situação diferente, visto que os usuários afirmam terem gastos com transporte, já que a unidade raramente oferece vales transportes como forma de facilitar o deslocamento.

A facilidade de locomoção do paciente até a unidade na qual faz o tratamento é fator primordial, visto que como a TB é uma doença que atinge principalmente a população economicamente ativa, e muitos precisam deixar de trabalhar durante o tratamento devido a sintomatologia e/ou aos efeitos colaterais da medicação, estas são despesas extras as quais o paciente não pode assumir. Estes fatores, aliados ao tempo prolongado de espera, ao adiamento ou cancelamento de compromissos e a perda de turnos de trabalho para tratamento e consulta médica podem desestimular o paciente a retornar ao serviço e até mesmo abandonar o tratamento, mesmo quando este é ofertado gratuitamente, principalmente nos casos onde o doente encontra-se assintomático e tem receio de perder o emprego (BERGEL, GOUVEIA, 2005; DIMITROVA *et al*, 2006; OMS, 2005).

No que se refere a consulta médica, 66,6% dos doentes referem que quase sempre ou sempre conseguem consultas médicas num prazo de 24 horas. Fato este que propicia uma adesão ao tratamento, porque promove uma maior confiança na equipe de saúde que o assiste, fazendo com que o usuário perceba que suas necessidades estão sendo em parte atendidas. Em estudo realizado por Villa *et al* (2009), em Ribeirão Preto/SP, resultado semelhante foi encontrado, visto que os doentes afirmaram que na maioria dos casos conseguem consultas em menos de 24h.

Segundo Arakawa *et al* (2009), é comum no início do tratamento o doente apresentar efeitos colaterais em decorrência da terapia medicamentosa como epigastralgia, artralgia entre outros. Nesse sentido as consultas de urgência são fundamentais diante da possibilidade de interrupção do tratamento medicamentoso no período crítico do tratamento, em que o nível de transmissibilidade do bacilo é maior. Assim, podemos perceber interesse por parte do governo em contribuir com estratégias que ofereçam a população um melhor acesso a consultas no município, porém um nível ideal ainda não foi atingido.

Sobre a Visita Domiciliar (VD), o percentual ficou em torno de 39,5% para as respostas quase sempre ou sempre. Este valor é muito baixo, considerando que é durante a VD que o profissional estabelece o vínculo com o paciente que é fundamental na adesão ao tratamento. E pode averiguar as condições de vida do doente e das pessoas de seu convívio, identificar possíveis fatores que podem vir a provocar intercorrências e/ou complicações ao paciente e assim, traçar medidas de controle desses fatores e estratégias que melhorem a

adesão ao tratamento. Em estudo realizado por Figueiredo (2009), evidenciou-se que os doentes atendidos pelo Ambulatório de Referência receberam menos visitas domiciliares que os atendidos pelas ESF. Percebe-se que apesar da ampliação do PCT no município, a sua implementação ainda apresenta dificuldades.

Quanto ao atendimento ao doente de TB para realização do tratamento e controle da doença, no tocante a “perder o turno de trabalho ou compromisso para se consultar”, 45,6% afirmaram que durante algum momento do tratamento este fato se concretizou. 24,5% dos pacientes relatam sempre ou quase sempre esperar mais de 60 minutos para serem atendidos no serviço de saúde. Estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, Arakawa (2009) encontrou os seguintes resultados: 70% dos pacientes relatam que nunca ou quase nunca tiveram que esperar mais de 60 minutos para serem atendidos.

Um aspecto importante identificado no estudo foi a debilidade na entrega das medicações ao doente. Cerca de 28,4% dos doentes referiram falta de remédios em alguma ocasião durante o tratamento. Destaca-se que no período de janeiro de 2010 houve uma paralisação dos profissionais da Atenção Básica, o que prejudicou a solicitação e entrega de medicação durante esse período.

Tabela 3. Serviços oferecidos ao doente de TB, durante seu tratamento, Campina Grande/PB.

Variável	NR/NA	Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
Oferecimento de pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB	6,20%	19,70%	7,40%	13,60%	3,70%	49,40%
Consulta mensal de controle para o tratamento da TB	2,50%	1,20%	2,50%	4,90%	11,10%	77,80%
Oferecimento de cestas básicas ou vale alimentação	6,20%	93,80%	-	-	-	-
Oferecimento de vale-transporte	6,20%	90,10%	-	1,20%	-	2,50%
Oferecimento de atividades de educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	7,40%	44,50%	11,10%	22,20%	2,50%	12,30%
Ocorrência de visitas domiciliares por outros motivos além da TB	1,20%	60,50%	9,90%	11,10%	2,50%	14,80%
Participação em grupos de doentes de TB na unidade de saúde	2,50%	91,40%	4,90%	1,20%	-	-

Fonte: pesquisa direta realizada no período de Março a Outubro de 2010.

Como pode ser observado na tabela 3 apenas 49,4% dos doentes recebem/receberam o pote para exame de escarro mensal para o controle da Tuberculose. Essa porcentagem é baixa,

visto que a baciloscopia mensal, é uma forma de controle da evolução da doença, preconizada pelo PCT, devendo ser realizada, principalmente entre no 2º, 4º e 6º mês de tratamento.

A consulta mensal para controle da TB está presente em 77,8% dos casos. Esse nível é baixo quando comparado a outros estudos realizados em Ribeirão Preto/SP, por exemplo, nos anos de 2006-2007, por Arakawa et al (2009), onde 97% dos pacientes relatavam sempre receber consultas mensais. A consulta mensal realizada pelo profissional de saúde permite um maior monitoramento do paciente, além da realização de uma avaliação clínica e da evolução do tratamento.

Cestas básicas ou vale alimentação nunca são oferecidas por nenhum dos serviços de saúde analisados em 93,8% dos casos. O restante dos entrevistados responderam que não sabiam responder a esta pergunta. Resultado totalmente oposto foi encontrado por Arcênio et al (2009), em seu estudo realizado no município de Ribeirão Preto/SP, observou o oferecimento de vale alimentação em todos os centros de saúde da cidade. Essa situação é favorável e deveria fazer parte da realidade do município. A distribuição de medidas facilitadoras e de incentivo como auxílio através de cestas básicas ou de vale transporte melhoram a acessibilidade do doente ao tratamento pois o paciente não precisaria mais arcar com os custos acerca da alimentação ou do transporte e estimulariam, assim, a uma maior adesão ao tratamento.

Já o vale transporte foi oferecido pelo menos 1vez em apenas 3,7% dos casos, porém 90,1% dos doentes nunca receberam esse auxílio. No ano de 2007, Figueiredo et al (2009), alcançou resultados semelhantes no município de Campina Grande/PB, onde 73,58% dos doentes afirmaram nunca terem recebido auxílio para vale transporte. Estudo apontou que os gastos com locomoção para o tratamento é um dos fatores contribuintes para o agravamento da pobreza do doente de TB, pois ocasiona subtrações importantes na renda familiar (NEEDHAM et al, 2004).

Segundo a tabela 3 os doentes afirmaram, em sua maioria, nunca terem participado de nenhuma atividade de educação em saúde sobre outros temas além da TB, grupo de doentes de TB no SS ou recebido visitas por outro problema de saúde, além da TB. Em estudo realizado em Feira de Santana, foram alcançados resultados semelhantes onde as porcentagens para tais respostas foram de 66%, 60% e 97% respectivamente (ASSIS et al, 2009).

A educação em saúde possibilita que o profissional ajude na busca da compreensão das raízes dos problemas que são vivenciados pela comunidade, bem como na descoberta de suas soluções (VASCONCELOS, 1989; LIMA et al, 2001).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As variáveis de avaliação de serviço de atenção à TB em relação as ações de controle do tratamento mostraram-se, em sua maioria, insatisfatórias, na percepção do doente, ao que se refere a facilidade para obtenção de consultas durante o tratamento, fornecimento de medicações, tempo de espera, gasto com transporte para consulta, participação em atividades de educação em saúde, e auxílio financeiro como medidas facilitadoras e incentivadoras do acesso ao tratamento. Esses fatores são fundamentais visto que o controle da TB não depende apenas do fornecimento gratuito do tratamento medicamentoso.

A falta de informações acerca da doença e do entendimento pelo paciente da importância de seguir seu esquema terapêutico mesmo após o desaparecimento dos sintomas, somado ao aumento das despesas, uma vez que muitos precisaram parar de trabalhar durante o tratamento, são fatores que predisõem a descontinuidade do tratamento e contribuem para o abandono do mesmo. Alguns elementos no processo de atenção são relevantes para a melhora da adesão do paciente ao tratamento, do não abandono e do sucesso do mesmo, como a realização das VD (fornecimento de informação em saúde, fortalecimento do vínculo entre profissional, doente e familiares, acompanhamento da evolução da doença) e do TS, que apesar de serem formas comprovadas de alcance do sucesso no tratamento da TB, são, ainda, pouco utilizadas pelos profissionais como evidenciado pelo estudo.

Realização do tratamento no SS próximo ao local de residência, conseguir consulta no prazo de 24h, fornecimento do tratamento medicamentoso, e realização da consulta mensal de controle foram as poucas variáveis as quais os entrevistados responderam de forma satisfatória. Essas variáveis demonstram que algumas das metas traçadas pelo PCT estão sendo efetivadas, apesar disto ainda acontecer com algumas dificuldades.

Percebe-se, portanto, que as ações de controle, facilitadoras e incentivadoras do tratamento da tuberculose preconizadas pelo PCT promoveriam uma maior acessibilidade ao tratamento e colaborariam para a adesão e controle do mesmo.

7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. M. *et al.* Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento de tuberculose pulmonar no Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 9, n. 6, 2001. Disponível em: <[http:// www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n6/5380.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n6/5380.pdf) >. Acesso em: 22 de Maio de 2010.

ARAKAWA, T.O.; VILLA, T.C.S.; ARCÊNIO, R.A. *et al.* Acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde no município de ribeirão preto - São Paulo (2006-2007). In: VILLA, T.C.S.; NETTO, A.R. (Org.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. 1 ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-Editora, 2009. Cap. II, p. 48-55.

ARCÊNIO, R. A.; VILLA, T. C. S.; ARAKAWA, T.O. *et al.* Barreiras econômicas na acessibilidade do doente ao tratamento da tuberculose em ribeirão preto – SP. In: VILLA, T.C.S.; NETTO, A.R. (Org.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. 1 ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-Editora, 2009. Cap. II, p. 42-7.

ASSIS, M. M. A.; SILVA, E. M.; SILVA, C. N. L. *et al.* Avaliação do Programa de controle de tuberculose em Feira de Santana-BA (2007): limites e desafios. In: VILLA, T.C.S.; NETTO, A.R. (Org.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. 1 ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-Editora, 2009. Cap. VI, p. 165-175.

BATAIERO, M.O. Acesso, vínculo e adesão para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 19 de Março de 2010.

BERGEL, F.S.; GOUVEIA, N. Frequent return as a novel strategy for tuberculosis treatment adherence. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 898-905.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*: (Res. CNS 196/96 e outros) Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. 6. ed. Brasília, 2002a. 70 p. (Série A Normas e Manuais Técnicos; n.148).

_____. 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, 2002b. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da institucionalização. Brasília, 2005. 36 p. Disponível em: <[http:// dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf)>. Acesso em: 10 de Novembro de 2010.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2 ed. Brasília, 2008. 197p. (Caderno de Atenção Básica, n. 21).

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

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, 2007. 85 p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf> >. Acesso em: 13 de outubro de 2010.

CONTANDRIOPOLOUS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul/set 2006. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413...script...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413...script...)>. Acesso em: 14 de Abril de 2010.

FIGUEREDO, T.M.R.M. Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em:<[http:// www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)>. Acesso em: 14 de Agosto de 2009.

FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VILLA, T.C.S.; NETTO, A.R.; SCATENA, L.M. Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos Serviços de Saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007). In: VILLA,

T.C.S.; NETTO, A.R. (Org.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. 1 ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-Editora, 2009. Cap. IV, p. 125-131.

FONSECA, M.G. *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, 2000. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102...script...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102...script...) >. Acesso em: 26 de Maio de 2010.

FREIRE, F.C. O olhar dos usuários acerca da tuberculose em um ambulatório de referência , município de Campina Grande/PB. Universidade Estadual da Paraíba, 2009.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health careservices: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*, 2001

HIJAR, M.A. *Tuberculose: desafio permanente*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar/abr 2005. Disponível em: < [http:// www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n2/01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n2/01.pdf) >. Acesso em: 24 de outubro de 2010.

LIMA, M. B.; MELLO, D.A.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, W.C. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza/CE). *Cad Saúde Pública* 2001; 17 (4): 877-885.

MACINKO J; STARFIELD B; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv Res**. 2003; 38(4):831-65. DOI: 10.1111/1475-6773.00149.

MACINKO, J; ALMEIDA, C. **Validação de uma metodologia de avaliação 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 da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10).

MASCARENHAS, M.D.M.; ARAÚJO, L.M.; GOMES, K.R.O. *Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Piripiri, estado do Piauí, Brasil*.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 14, n. 1, mar 2005. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script...>>. Acesso em: 27 de outubro de 2010.

MATHEMA, B.; PANDE, S.B.; JOCHEM, K.; HOUSTON, R.A.; SMITH, I.; BAM, D.S. et al. **Tuberculosis treatment in Nepal: a rapid assessment of government centers using different types of patient supervision.** *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5: 912-9.

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

NEEDHAM, D. M.; BOWMAN, D.; FOSTER, S.D.; ODFREY-FAUSSETT, P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. *Health Policy (London)*, 2004; 67: 93-106.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, n.57, p.179-188, 2003.

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

PUNGRASSAMI, P.; JOHNSEN, S.P.; CHONGSUVIVATWONG, V.; OLSEN, J.; SORENSEN, H.T. Practice of directly observed treatment (DOT) for tuberculosis in southern Thailand: comparison between different types of DOT observers. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6:389-95.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA, N. *Epidemiologia e Saúde.* Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

RUFFINO- NETTO, A; VILLA, T.C.S. **Tuberculose:** implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil, histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB -USP, 2006. 210p.

SÁ, L. D.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; LIMA, D. S.; ANDRADE, M. N.; QUEIROGA, R. P.; CARDOSO, M. A. A.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. **A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos.** In: RUFFINO-NETTO, Antonio; VILLA, T. C. S. (Org). *Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais.* Ribeirão Preto, SP, 2006, cap. V, p.167-162.

SÁ, L. D.; SOUZA, K. M. J.; NUNES, M. G., PALHA, P. F., NOGUEIRA, J. A., VILLA, T. C. S. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto-enferm* 2007; 16 (4): 712-8

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

SINAM. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em 14 de outubro de 2010 às 22h.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Ed. Guanabara e Koogan. Rio de Janeiro, 2009. 11ª Ed. Vol. 2. p. 542-543.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Notícias. SBI comemora o Dia do Infectologista de 2010 com a campanha “Brasil Livre da Tuberculose”, 2010. Disponível em: <http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao>. Acesso em: 12 de Abril de 2010.

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

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. *Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 7, p. 113-118, 2000. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista7/debates1.pdf> - >. Acesso em: 23 de outubro de 2010

TEIXEIRA, G. **DOTS: A retomada de uma estratégia**. Rio de Janeiro: 1998. 5 p. (mimeografado).

TEIXEIRA, G. M. A cada avanço registrado nas medidas de controle, cresce a importância do tratamento correto da tuberculose. Editorial. *Bol Pneumonal Sanit* 2006; 14 (2): 69-70.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec, 1989.

VENDRAMINI, S. H. F. *et al.* Tuberculose em município médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. *Jornal Brasileiro de*

Pneumologia. São Paulo, v. 31, n. 3, mai/jun 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?...37132005000300010...>>. Acesso em: 16 de Maio de 2010.

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.; BRUNELLO, M. E. F.; ARCÊNIO, R. A., SASSAKI C.M., ASSIS, E. G.; GONZALES, R. I. C. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose : revisão integrativa de literatura (2001-2005). Online Brazilian Journal os Nursing. 2008.

VILLA, T.C.S.; NETTO, A.R.; SCATENA, L.M. et al. Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose em ribeirão preto, estado São Paulo - Brasil (2007). In: VILLA, T.C.S.; NETTO, A.R. (Org.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. 1 ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-Editora, 2009. Cap. II, p. 75-83.

VILLA, TCS; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2009; 35(6):610-2. DOI: 10.1590/S1806-37132009000600014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations for prevention and control of tuberculosis. Among foreing. **MMWR** 1997; 7 (1):7-18.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing. Geneva: World Health Organization; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is dots?** A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva: WHO, 1999. 270 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento Da Coleta De Dados

I. Doentes de Tuberculose

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

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

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

Apresentação:

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

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

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

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

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

Atualizado em 31 de Maio de 2010

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

Nome do Entrevistador:.....

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

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

A. INFORMAÇÕES GERAIS.			
1	Código identificador (Nº SINAM) do entrevistado		
2	Iniciais do entrevistado e Nº do Prontuário:	Iniciais:	
		Prontuário:	
3	Endereço completo do entrevistado		
4	Nome da Unidade de Saúde		
5	Endereço da Unidade de Saúde		
6	Tipo de Unidade		
	UBS/PACS	1 ()	
	UBSF/PACS	2 ()	
	Ambulatório de Referência	3 ()	
7a	Unidade de saúde que encaminhou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
7b	Unidade de saúde que diagnosticou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
8	Faz Tratamento Supervisionado	Sim	Não
9	Co-Infestado TB/HIV		
10	Tratamento MDR		
11	Tempo de Tratamento		
12	Local de Atendimento		
12a	Consulta Médica de Controle	UBSF/PACS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		Ambulatório de Referência	3 ()
		Domicílio	4 ()
		NR/NA	00()
12b	Tratamento Supervisionado	UBSF/PACS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		Ambulatório de Referência	3 ()
		Domicílio	4 ()
		NR/NA	00()
B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.			
13.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
13.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ()
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ()
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ()
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ()
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ()
		Ensino superior (universitário) completo	6 ()

13.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:			
	Própria	1 ()		
	Alugada	2 ()		
	Empréstimo	3 ()		
	Instituição (asilar/abrigo/outros)	4 ()		
	Não tem moradia	5 ()		
13.d	Tipo de Moradia			
	Alvenaria	1 ()		
	Madeira	2 ()		
	Material Reciclável	3 ()		
	Outros	4 () Especifique: _____		
13.e	O(A) Sr.(a) têm em sua moradia?		Sim	Não
	Água Encanada			
	Geladeira			
	Telefone (Cel. Ou Fixo)			
	Carro			
	Luz Elétrica			
	Banheiro dentro casa			
	Rádio			
	Televisão			
	13.f	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:		
1 Cômodo		1 ()		
2 Cômodos		2 ()		
3 Cômodos		3 ()		
4 Cômodos		4 ()		
5 ou mais Cômodos		5 ()		
	4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas	1 pessoa	NR/NA
	1	2	3	00
13.g	Número de pessoas residentes em sua casa?			
13.h	Número de adultos maiores de 60 anos?			
13.i	Número de crianças (menores de 12 anos)?			

C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.

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

	(trabalhar, estudar, lazer), por conta do tratamento de TB?						
D. ACESSO.							
D.1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.							
		5 ou mais vezes	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1 vez	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
15	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?						
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
16	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde?						
17	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consultar na unidade de saúde?						
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até a unidade de saúde?						
19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com o transporte para ir até a unidade de saúde?						
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
20	Quando o Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta na unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?						
21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou a unidade de saúde mais perto da sua casa?						
OBS: QUANDO O ENTREVISTADO CONCLUIU O TRATAMENTO, USAR O TEMPO VERBAL NO PASSADO.							
OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB							

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

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

equipe de saúde que o atende?						
-------------------------------	--	--	--	--	--	--

F. ELENCO DE SERVIÇOS.

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

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

G. COORDENAÇÃO.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
52	O profissional da unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?						
53	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis na unidade de saúde?						
54	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde?						

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

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
55	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional da unidade de						

	saúde?						
56	Quando o profissional da unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?						
57	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional da unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?						
58	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?						
59	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional da unidade de saúde, fornece informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?						
60	O(A) Sr.(a) retorna a unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?						
61	O profissional da unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?						
62	O profissional da unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?						

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

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
63	O profissional da unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?						
64	O profissional da unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?						
65	O profissional da unidade						

	de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?						
66	Quando ficou doente de TB, o profissional da unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?						
67	Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?						
68	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?						
69	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?						
70	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?						

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

I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

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

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE OUTROS ASSUNTOS RELACIONADOS

AOS PROFISSIONAIS QUE ATENDEM O (A) SR. (A) NA UNIDADE DE SAÚDE.							
J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL							
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
76	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?						
77	O(A) Sr.(a) recomenda esta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?						
78	Os profissionais da unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) na melhora da TB?						
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
79	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?						
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
80	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais da unidade de saúde por ter TB?						
81	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de unidade de saúde por causa dos profissionais?						
O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?							

Questionário sobre: Avaliação da Qualidade do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/PB) no Controle da Tuberculose usado em Unidades Básicas de saúde da Família e Ambulatório de Referência no Município de Campina Grande/PB (2006-2009).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) senhor (a),

O (A) senhor (a) foi selecionado (a) para participar de uma pesquisa sobre **Avaliação da Efetividade das ações de Controle da Tuberculose, Comparando o Modelo de Atenção do Programa Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB**. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 30 minutos. O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão divulgados de forma conjunta, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo (a) Sr. (a).

A sua participação é voluntária, sendo que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O (A) senhor (a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não resultará em qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde, ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois, as informações fornecidas contribuirão para a melhora do desempenho dos serviços de atenção à saúde no controle da tuberculose.

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

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

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Campina Grande, ____, de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Nome do responsável pela entrevista: _____.

Telefone: _____

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

ANEXOS

Anexo A – Protocolo de aceite do comitê de ética

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

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