

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Avaliação das ações de controle da tuberculose no  
município de Campina Grande-PB**

**Valkênia Alves Silva**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso.**

**CAMPINA GRANDE/PB**

**AGOSTO/ 2011**

# **Avaliação das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande-PB**

**Valkênia Alves Silva**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso.**

**CAMPINA GRANDE/PB**

**AGOSTO/2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586a Silva, Valkênia Alves.

Avaliação das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande – PB [manuscrito] / Valkênia Alves Silva. – 2011.

101 f. : il. color.

Digitado

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2011.

“Orientação: Profª. Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso, Departamento de Farmácia”.

1. Tuberculose. 2. Atenção à Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 616.995

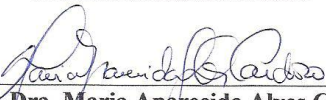
**VALKÊNIA ALVES SILVA**

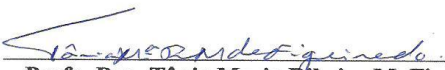
**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO  
DE CAMPINA GRANDE- PB**

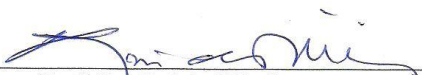
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 08/08/2011

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso**  
Orientadora – UFPB

  
\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro M. Figueiredo**  
Examinadora – UEPB

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Rui de Oliveira**  
Examinador – UFCG

*A Deus por permitir-me mais uma conquista.  
A minha mãe, pelo exemplo de determinação,  
de amor, de partilha, de caráter, enfim, pela  
linda pessoa que você foi e representou na  
minha vida. Saudades...*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus por sempre caminhar ao meu lado e ajudar-me nas horas de tribulação, não permitindo que nada falte em minha vida. A ti Senhor ratifico minha eterna gratidão.*

*Ao meu esposo, pela paciência, motivação e amor.*

*As minhas irmãs, por simplesmente existirem. Amo muito vocês.*

*A minha orientadora, Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso, pela compreensão, pela confiança, pela oportunidade, pelas horas preciosas dedicadas à leitura deste trabalho, proporcionando valiosas reflexões, que contribuíram e permitiram a concretização dessa etapa tão importante da minha vida.*

*Aos professores, Dra. Tânia Maria Ribeiro M. Figueiredo, Dr. Rui de Oliveira, por participarem da banca examinadora deste trabalho, através de colaborações com críticas construtivas e sugestões que engrandeceram este trabalho final.*

*Ao colega Erik, pela colaboração na análise estatística deste estudo.*

*À amiga-irmã Roberta, pessoa que amo muito e admiro. Sua colaboração e apoio foram fundamentais para atenuar o estresse dessa jornada.*

*Aos colegas do grupo de pesquisa “Avaliação em Serviços de Saúde”, pelo apoio e incentivo.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, por permitir a realização deste trabalho.*

*Aos usuários, profissionais de saúde e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, atores sociais que contribuíram fundamentalmente para as reflexões contidas neste estudo.*

## RESUMO

SILVA, V. A. **Avaliação das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande-PB.** 101f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

O presente estudo objetivou avaliar as ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande-PB. Trata-se de um estudo transversal realizado a partir da adaptação do instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, elaborado por Starfield (2002), adequado e validado para o Brasil por Macincko e Almeida (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, residentes no município de Campina Grande-PB. Os entrevistados responderam cada pergunta do questionário segundo uma escala do tipo Likert com 5 escores. Os dados foram analisados através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (Teste H), que é uma ANOVA não-paramétrica a um critério de classificação. Como teste a posteriori foi usado o método do Dunn para comparar aos pares as questões referidas e verificar diferenças estatísticas. Houve predomínio do sexo masculino, baixa escolaridade e adulto jovem. Os doentes não buscaram o nível de Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema de saúde, a maioria dos diagnósticos de TB foi realizado nos serviços de atenção secundária e terciária. Com relação às variáveis de acesso ao diagnóstico, 43,2% dos doentes de TB não apresentaram dificuldades de acesso para conseguir atendimento (3,91); 49,4% sempre conseguiram consulta médica no prazo de 24 horas (3,65); 56,7% nunca ou quase nunca tiveram dificuldade de deslocamento (3,67); 44,5% dos doentes sempre perderam dia de trabalho (2,87); 62,9% utilizaram transporte motorizado (2,68); 56,8% tiveram que pagar pelo transporte (2,69) para deslocar-se ao SS e 53,1% não procuraram a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio quando começaram a apresentar os primeiros sintomas da TB, sendo a única variável que apresentou diferença estatística significativa. Observou-se que a conformação como estão organizados os serviços de saúde apresentam fragilidades no processo de descentralização do diagnóstico da TB para à Atenção Primária à Saúde, sendo necessária a adoção de estratégias que viabilizem o acesso da população as ações de controle da doença.

**Palavras – chave:** Tuberculose. Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

SILVA, V. A. **Evaluation of tuberculosis control actions in the municipality of Campina Grande-PB.** 101f. Dissertation (master) – State University of the Paraiba, Campina Grande, 2011.

This study aimed to evaluate the actions of tuberculosis control in Campina Grande-PB. This is a study performed by the adaptation of instruments of the Primary Care Assessment Tool (PCAT), prepared by Satrfield (2002), adapted and validated to Brazil by Macincko and Almeida (2006), adjusted for TB by Villa and Ruffino-Netto (2009). The study included 116 TB patients diagnosed from May/2010 to January/2009 living in the city of Campina Grande-PB. Interviewees answered each question using a questionnaire with Likert scales of five scores. Data were analyzed using the nonparametric Kruskal-Wallis (H Test), which is a non-parametric ANOVA with a criterion of classification. As a posteriori test was used Dunn's method to compare in pairs the matters referred and check the statistical differences. There were more male, incomplete elementary education and masonry housing. Patients do not seek the APS as a gateway to the health system, most diagnosis of TB was made by secondary care services and tertiary. About the variables of access to diagnosis, 43.2% of TB patients had no difficulties of getting access to care (3.91), 49.4% always managed medical consultation within 24 hours (3.65); 56.7% never or rarely had difficulty on getting around (3.67), 44.5% of patients always lost days of work (2.87), 62.9% used motorized transport (2.68), 56, 8% had to pay for transportation (2.69) to go to the SS and 53.1% did not seek the nearest health unit to their home when they started to show the first symptoms of TB, the only variable that is statistically significant. It was observed that the conformation that are organized as health services have weaknesses in the decentralization of TB diagnosis process for the APS, that is necessary to adopt strategies that enable people's access measures to control the disease.

**Key words:** Tuberculosis. Access to health care services. Primary health care.



## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b>	Estrutura-Processo-Resultado: Características .....	<b>28</b>
<b>FIGURA 2</b>	Organograma da Secretária Municipal de Saúde .....	<b>37</b>
<b>FIGURA 3</b>	Síntese esquemática da construção dos índices compostos .....	<b>45</b>
<b>FIGURA 4</b>	Níveis de atenção a saúde procurados pelos doentes no período de maio/2009 a junho/2010, ao apresentarem os primeiros sintomas da TB. Campina Grande/PB .....	<b>52</b>
<b>FIGURA 5</b>	Níveis de atenção a saúde procurados pelos doentes no período de maio/2009 a junho/2010, para realização do diagnóstico da TB. Campina Grande/PB .....	<b>54</b>
<b>FIGURA 6</b>	Número de vezes que os doentes de TB procuraram atendimento na unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB .....	<b>59</b>
<b>FIGURA 7</b>	Percentual de obtenção de consulta médica pelo doente no prazo de 24 horas para descoberta do diagnóstico, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB .....	<b>59</b>
<b>FIGURA 8</b>	Dificuldade de deslocamento até à unidade de saúde dos doentes de TB, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB .....	<b>61</b>
<b>FIGURA 9</b>	Frequência com os doentes de TB perderam um dia de trabalho para ir à unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB .....	<b>64</b>
<b>FIGURA 10</b>	freqüência com que os doentes de TB utilizaram transporte motorizado para ir à unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB .....	<b>66</b>

**FIGURA 11** Gastos com dinheiro de transporte pelos doentes de TB para ir à unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB ..... **66**

**FIGURA 12** Procura pelos doentes de TB por atendimento na unidade de saúde mais perto de sua casa quando apresentaram os primeiros sintomas da doença, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB ..... **67**

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1</b>	Rede Municipal de Serviços de Saúde, Campina Grande/PB, Out. 2009..	<b>36</b>
<b>QUADRO 2</b>	Variáveis relacionadas ao estudo.....	<b>41</b>
<b>QUADRO 3</b>	Teste H para ANOVA NÃO PARAMETRICA, segundo o acesso ao diagnóstico de tuberculose. Campina Grande – PB, 2010 .....	<b>58</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA</b>	<b>1</b>	Percentual de cura e abandono. Campina Grande/PB, 1998-2003.....	<b>21</b>
<b>TABELA</b>	<b>2</b>	Percentual de cura e abandono. Campina Grande/PB, 2004-2009.....	<b>21</b>
<b>TABELA</b>	<b>3</b>	Taxa de incidência. Campina Grande/PB, 2006-2009.....	<b>22</b>
<b>TABELA</b>	<b>4</b>	Percentual das características sócio-demográficas dos doentes de TB diagnosticados no período de janeiro de 2009 a maio de 2010, Campina Grande/PB .....	<b>49</b>
<b>TABELA</b>	<b>5</b>	Percentual das características sócio-econômicas dos doentes de TB diagnosticados no período de janeiro de 2009 a maio de 2010, Campina Grande-PB .....	<b>50</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Humana
<b>AMRTB</b>	Ambulatório de Referência de Tuberculose
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>BK</b>	Bacilo de Koch
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>DOTS</b>	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NEPE</b>	Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>OMS</b>	Organização Nacional de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCAT</b>	Primary Care Assessment Tool
<b>PCT</b>	Programa de Controle da Tuberculose
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNASS</b>	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
<b>SR</b>	Sintomático Respiratório
<b>SS</b>	Serviços de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose

<b>TBMR</b>	Tuberculose Multirresistente
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
<b>TS</b>	Tratamento Supervisionado
<b>UBS</b>	Unidade de Saúde
<b>UBSF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>UEPB</b>	Universidade Estadual da Paraíba
<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1. O Panorama da Tuberculose .....	17
1.2. Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose nos Serviços de Saúde .....	19
1.3. A Atenção à Tuberculose no Município de Campina Grande-PB .....	21
1.4. Justificativa do Estudo .....	23
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
2.1. Atenção Primária à Saúde .....	25
2.2. Avaliação dos Serviços de Saúde .....	27
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>32</b>
3.1. Objetivo Geral .....	32
3.2. Objetivos Específicos .....	32
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>34</b>
4.1. Caracterização do Estudo .....	34
4.2. Tipo de Estudo .....	34
4.3. Local do Estudo .....	34
4.4. Cenário do Estudo .....	35
4.5. O Programa de Controle da Tuberculose no Município de Campina Grande-PB .....	36
4.5.1. Características Gerais .....	36
4.5.2. Operacionalização do Serviço de Tuberculose .....	37
4.6. População do Estudo .....	40
4.7. Instrumento de Coleta de Dados .....	40
4.8. Variáveis do Estudo .....	41
4.9. Período Coleta de Dados .....	42
4.10. Procedimento de Coleta de Dados .....	42
4.11. Análise dos Dados .....	44
4.11.1. Análise de Frequência .....	44

4.11.2. Análise de Variância .....	44
4.11.3. Análise de Confiabilidade do Questionário .....	46
4.12. Aspectos Éticos da Pesquisa .....	47
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
5.1. Análise de Frequência .....	49
5.1.2. Caracterização dos Sujeitos do Estudo .....	49
5.1.3. Porta de Entrada para o Diagnóstico da Tuberculose .....	52
5.2. Análise de Variância .....	57
5.2.1. Avaliação do Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose .....	57
5.3. Avaliação da Consistência Interna do Instrumento .....	70
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>71</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>82</b>
ANEXO A - <i>Questionário</i> .....	83
ANEXO B - <i>Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa</i> .....	96
ANEXO C - <i>Certificado de artigo aceito para publicação</i> .....	97
<b>9. APÊNDICES .....</b>	<b>98</b>
APÊNDICE A - <i>Termo de consentimento livre e esclarecido dirigido aos</i> <i>Participantes</i> .....	99
APÊNDICE B - <i>Termo de autorização dos gestores para realização do estudo no</i> <i>Município</i> .....	101



# 1. INTRODUÇÃO

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. O PANORAMA DA TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa secular, que permanece como um importante problema de saúde, acometendo milhares de pessoas e gerando preocupação em âmbito mundial. Estima-se que um terço da população do mundo está infectada pelo *Micobacterium tuberculosis* e por ano ocorram em média 3 milhões de mortes (WHO, 2010).

Em 2008, a prevalência de TB foi de 13 milhões de casos (206/100.000 habitantes) e 9,9 milhões de casos novos. No entanto, dos casos novos estimados para TB, apenas 5,7 milhões foram notificados, o que corresponde a 61% do total, revelando a ocorrência de subnotificação e a fragilidade das políticas de controle da doença (BRASIL, 2010a; WHO, 2010).

A condição sócio-econômica é um importante fator que contribui para o agravamento da situação, associada à epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e ao surgimento de focos de tuberculose multirresistente (TBMR), principalmente em países em desenvolvimento, mobilizando autoridades da área de saúde do mundo na adoção de medidas de controle da tuberculose (ALVES et al., 2000; MUNIZ, 2002).

Outro fator que corrobora para o agravamento da TB é a forma de organização e a qualidade dos serviços de saúde prestados ao doente, a falha na distribuição de drogas antituberculosas e a falta de capacitação de recursos humanos para o diagnóstico, notificação e acompanhamento dos casos (ALVES et al, 2000; ANDRADE, 2006).

O Brasil concentra cerca de 40% dos casos diagnosticados de TB nas Américas, o que aumenta a responsabilidade do país em busca de medidas efetivas. Em 2008 ocorreram 70.989 casos novos, contra 72.140 em 2007, reduzindo a incidência de 38,1 para 37,4 por 100 mil/habitantes, tendo havido queda também na mortalidade, de 4.823 para 4.735 óbitos por TB. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste são aquelas que apresentam as maiores taxas de incidência da doença (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2010d).

Apesar dos avanços, o Brasil ainda ocupa a 19ª posição entre as vinte e duas nações que concentram 80% dos casos de TB no mundo, apresentado um percentual de cura de 73% e taxa de abandono de 8%, ficando aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujas metas pactuadas são: 85% para o percentual de cura, 70% para detecção de casos e 5% para a taxa de abandono do tratamento (BRASIL, 2010c).

Tais indicadores revelam que a tuberculose é uma doença de emergência global, corroborando na tomada de iniciativas para o seu controle, envolvendo três dimensões: humanitária, de saúde pública e econômica. A primeira refere-se ao alívio do sofrimento e morte causada pela enfermidade aos indivíduos doentes de TB, com ênfase centrada no doente para o controle da doença; a segunda aborda o diagnóstico e tratamento adequado dos doentes e o controle dos comunicantes para reduzir a transmissão da doença na comunidade; a terceira dimensão está relacionada à redução dos custos diretos e indiretos aos indivíduos e à sociedade, suavização da pobreza e promoção do desenvolvimento (WHO, 2002).

Neste sentido, a OMS recomenda para o controle da TB a elaboração de ações e programas organizados, receptíveis e adaptados à reforma do setor saúde. Assim, em 1993 foi proposta a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS), tendo como principais objetivos: “detecção de casos por baciloscopia entre os sintomáticos respiratórios que demandam dos serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração; fornecimento regular de medicamentos; sistema de registro de informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde” (BRASIL, 2008; WHO, 1999a; WHO, 2005).

No Brasil, essa estratégia foi incorporada ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em 1998, porém sua implantação só aconteceu em 1999, quando o Ministério da saúde (MS) definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, com vistas a integrar o controle da TB no âmbito da atenção primária, a fim de favorecer a ampliação do acesso, diagnóstico e tratamento da doença (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2002; BRASIL, 2010d; CONDE, 2009).

Na Paraíba a estratégia DOTS foi implantada em 1999, a princípio foram contemplados dez municípios, que respondiam aos seguintes critérios: população superior a 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência. A partir de 2001 após reavaliação e decisão do Núcleo de Doenças Endêmicas da Secretária Estadual de Saúde da Paraíba, a estratégia passa a ser implantada em mais vinte municípios, com o objetivo de promover a implantação, implementação e a descentralização das ações de controle da TB, junto as Equipes de Saúde da Família (ESF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde -PACS (ANDRADE, 2006; PARAIBA, 2001; SÁ et al, 2006).

Tais medidas geraram resultados positivos nos indicadores epidemiológicos da TB, conforme observado em estudo que avaliou a implantação do DOTS na Paraíba em 2006, onde foi identificado que o percentual de cura aumentou de 16,6% para 92% e a taxa de abandono diminuiu de 16,6% para 2%, entre 1999 e 2004. Em 2005, o percentual de cura da

doença alcançou 94,1% em municípios que operacionalizaram o Tratamento Supervisionado (TS) e 72% nos municípios que não o adotaram. (ANDRADE, 2006; PARAÍBA, 2001).

Portanto, o desenvolvimento de ações de controle da TB é fundamental para reduzir sua incidência, bem como, a ocorrência de casos de TBMR e o número de internações pela doença, que gera altos custos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Torna-se assim, necessário expandir a oferta do DOTS de forma descentralizada e fortalecer atenção primária à saúde (APS) enquanto porta de entrada, facilitando o acesso e a equidade aos serviços de saúde aos portadores de TB (BRASIL, 2010c; VENDRAMINI et al., 2006; STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, espera-se que os serviços de saúde sejam acessíveis, estruturados e organizados, para facilitar o atendimento, tanto para aqueles que procuram os serviços, como também os que não buscam o sistema de saúde, a fim de diagnosticar, tratar e curar os pacientes de TB; bem como prevenir novos casos da doença e proteger populações vulneráveis à TB e suas formas multirresistentes (LUCCA, 2008).

## 1.2. ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir de 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que define as ações de controle da TB como competência da APS e os serviços de saúde (Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde - UBS, Ambulatórios de Referência) incorporam em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006a).

Já em 2006 o Ministério da Saúde aprova o Pacto de Saúde pela Vida, através da Portaria GM 399/2006, estabelecendo as responsabilidades de cada esfera de governo na APS e as metas a serem pactuadas. Dentre elas está o controle da TB como prioridade pela Estratégia Saúde da Família e o fortalecimento da capacidade de atingir pelo menos 85% de cura dos casos novos de TB bacilífera diagnosticada a cada ano (BRASIL, 2006d).

Assim, a APS deve ser a principal porta de entrada do doente de TB, em particular a Estratégia Saúde da Família, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância de sua população adscrita. Portanto, os casos suspeitos de TB devem ser captados, atendidos e vinculados à APS por meio da Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2010b).

O controle da TB baseia-se na busca de casos, diagnóstico precoce e adequado, seu tratamento até a cura, com o objetivo de eliminar a fonte de infecção na comunidade, interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis seqüelas que a doença possa causar (WHO, 1999b; BRASIL, 2010b). A descoberta de métodos diagnósticos efetivos e drogas antituberculosas que reduzam o tempo da doença, como também a organização e funcionamento dos serviços de saúde, são desafios de fundamental importância para o controle dessa patologia (DUJARDIN, 1997, OLIVEIRA, 2004).

Nessa concepção, a OMS destaca 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” (WHO, 1999-b).

Sob essa perspectiva, o acesso ao diagnóstico da TB vem sendo estudado sob duas vertentes: uma vinculada ao doente e a outra à organização dos serviços de saúde, mostrando que ambas apresentam fragilidades na detecção precoce de casos, contribuindo para a demora do diagnóstico, diminuição das taxas de cura e aumento da morbidade (LEUNG et al., 2007; WANG et al., 2007).

Ao ingressar no serviço de saúde, o usuário poderá enfrentar barreiras que dificultam o diagnóstico, sendo necessárias repetidas visitas às UBS, além disso, muitos doentes ao serem diagnosticados estão em estágio avançado da doença e, em alguns casos já hospitalizados (LEUNG et al., 2007; WANG et al., 2007). Estudos realizados em diferentes locais como Shangai, Espanha, Hong Kong e Brasil demonstram que alguns desses fatores são relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo doente de TB, a sintomatologia apresentada e o tipo de meios diagnósticos empregados pelo serviço de saúde (LEUNG et al., 2007; SANTOS, et al., 2005; WANG et al., 2007).

Portanto, barreiras que interferem no acesso ao diagnóstico da TB podem resultar em exclusão da população aos serviços de saúde (SS), tornando a comunidade um local vulnerável ao desenvolvimento do bacilo e aumento do número de casos da doença. Sendo assim, faz-se necessária a redução ou eliminação de fatores considerados evitáveis e injustos, proporcionando igual oportunidade em saúde e minimizando as diferenças possíveis, isto é, “uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção ao doente de TB” (BRASIL, 2010a).

### 1.3. A ATENÇÃO À *TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.*

A implantação da estratégia DOTS no município de Campina Grande proporcionou alterações nos indicadores referentes à situação epidemiológica da TB, o que pode ser medido pelo aumento do percentual de cura e diminuição da taxa de abandono entre os anos de 1998 a 2003 (Tabela 1). Situação atribuída à descentralização da estratégia para APS que, gradativamente vem sendo incorporada pelos profissionais de saúde e pela ampliação do número de ESF. Em 1998 o município possuía 12 equipes passando a 49 equipes em 2003 (PMCG, 2009).

**TABELA 1: Percentual de cura e abandono dos doentes de TB. Campina Grande/PB, 1998-2003.**

Ano de notificação	Cura (%)	Abandono (%)
1998	75,0	25,0
1999	82,1	12,8
2000	81,6	11,5
2001	76,6	20,2
2002	80,4	7,8
2003	83,2	6,9

FONTE: adaptado de Sá et al. (2006, p.161)

A partir de 2004 percebe-se um agravamento da situação da TB no município (Tabela 2), os índices de cura e abandono do tratamento se contrapõem aos preconizados pelo MS, que é alcançar um percentual de cura acima de 85% dos casos novos e minimizar o abandono a menos de 5% dos casos.

**TABELA 2: Percentual de cura e abandono dos doentes de TB. Campina Grande/PB, 2004-2009.**

Ano de notificação	Cura (%)	Abandono (%)
2004	72,4	25,0
2005	68,6	12,8
2006	75,8	11,5
2007	77,4	10,4
2008	68,2	15,5
2009	57,34	11,19

FONTE: SINAN/NET – Secretaria Municipal de Saúde, maio 2010.

Em Campina Grande a maior parte do diagnóstico da TB é realizada pelos hospitais e pronto-socorros doentes, pois os doentes não procuram as equipes Saúde da Família ao apresentarem os primeiros sintomas da doença (MACHADO, 2007). O diagnóstico na APS é baixo, considerando-se que esse deve ser o ponto de primeiro contato dos doentes no sistema de saúde.

Com relação a incidência de TB no município, de 2006 a 2009 os indicadores demonstram que não houve mudança significativa no período (Tabela 3):

**TABELA 3: Taxa de incidência. Campina Grande/PB, 2006-2009.**

<b>Ano de notificação</b>	<b>Taxa de incidência/100.000 hab</b>
<b>2006</b>	31,91
<b>2007</b>	31,64
<b>2008</b>	36,7
<b>2009</b>	31,11

**FONTE: SINAN/NET – Secretaria Municipal de Saúde, maio 2010.**

Alguns fatores podem influenciar as ações de controle da TB, tais como: a subnotificação de casos, a deficiência de acesso dos doentes aos serviços de saúde, falta de conhecimento do doente acerca da patologia, necessidade do doente em demandar ao serviço de saúde, baixa detecção dos casos, retaguarda laboratorial insuficiente, falta de qualificação profissional para atuar no controle da doença na porta de entrada do sistema e dificuldades operacionais no manejo do sistema de informação (RUFFINO-NETTO, 2004; MUNIZ et al, 2005; SANTOS, 2007).

Nesse contexto, acredita-se que estudos que avaliem como ocorre a demanda e a busca pelos serviços de saúde contribuirão para a implementação das ações de controle da tuberculose e da integralidade entre os diferentes níveis de atenção à saúde, fortalecendo a APS como porta de entrada, ampliando o acesso e o uso pelos doentes de tuberculose.

#### *1.4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO*

A tuberculose é uma doença crônica que vem causando grande impacto social e econômico para o doente e sua família. No Brasil, as ações de controle da doença estão inseridas na atenção primária à saúde, uma vez que a TB é uma enfermidade priorizada pelo Ministério da saúde, pelo considerável acometimento populacional.

Dessa forma, privilegiou-se nesse estudo a dimensão da APS “acesso ao diagnóstico”, por constituir-se num dos principais elementos estruturantes no controle da doença. Porém, apesar do diagnóstico da TB ser realizado de maneira simplificada, o problema encontrado tem sido na forma como os serviços de saúde estão organizados para viabilizar o acesso dos doentes a esse diagnóstico. Nesse sentido são de grande relevância as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde para o controle da TB, uma vez que eles podem facilitar ou limitar o seu uso pelos indivíduos que demandam atenção.

Assim, o estudo tem destacada relevância por possibilitar a identificação de diferentes fatores que podem interferir no acesso ao diagnóstico da TB na Atenção Primária, bem como, contribuir para o fortalecimento e investimento na qualificação dos serviços, na capacitação dos recursos humanos, de modo a ampliar o acesso e a capacidade de diagnóstico TB, no município de Campina Grande.



## *2. REVISÃO DA LITERATURA*

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1920 a Atenção Primária à Saúde (APS) foi pensada como forma de organização dos SS, planejada para responder as necessidades de saúde da população, contrapondo-se ao modelo vigente que era essencialmente curativista. A partir de 1979 com a Assembléia Mundial de Saúde a APS passa a ser adotada por diversos países visando um amplo e efetivo acesso, maior satisfação da população, bem como, menores custos para o sistema de saúde. “É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham...” (WHO, 1978).

Assim, a APS oferece atendimento acessível e aceitável, proporcionando e integrando ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, com enfoque não apenas no indivíduo, como também, na família e na comunidade. Sendo considerada como ponto de entrada do sistema de saúde, estando relacionada com os demais níveis de atenção do sistema (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994).

Nesse sentido, a APS vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população (BRASIL, 2007).

Devido à sua complexidade conceitual e à evolução de sua implementação, a terminologia utilizada para a APS, sofreu diferentes interpretações nos diversos países, a partir da formulação do termo nos foros internacionais (OMS, 1979; MENDES, 2002). Starfield (2002) acrescenta que por ocasião da Declaração de Alma-Ata em 1978, os países industrializados já haviam alcançado em grande parte as metas acordadas, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou diferentes interpretações da atenção primária à saúde como: atenção primária seletiva, atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde e atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MACINKO, ALMEIDA, OLIVEIRA, 2003; BRASIL, 2007).

No Brasil o Ministério da Saúde (MS) adotou a nomenclatura de Atenção Básica, definindo a APS como um conjunto de ações que envolvem aspectos individuais e da coletividade, situadas no primeiro nível de atenção, capaz de ofertar assistência adequada no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999b). No ano de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), amplia esse conceito para:

... um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde... utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização da equidade e da participação social... (BRASIL, 2006b).

É importante ressaltar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo atenção básica para designar atenção primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como “política de focalização e atenção primitiva à saúde”. Dessa forma criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, o Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010a).

A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, também enfoca a APS como porta de entrada, assegurando a todos os cidadãos que o acesso aos sistemas de saúde “deve ser ordenado e organizado”, porém esse acesso deve se dar “prioritariamente pelos Serviços de Atenção Primária à Saúde próximos ao local de moradia” (BRASIL, 2006a).

Portanto, o fortalecimento da APS ocorre com a ampliação do acesso, a qualificação e reorientação das práticas de saúde, elencando a Estratégia Saúde da Família para operacionalização dessa política por ser considerada:

... uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, a descrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, devendo se constituir como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, é o (primeiro) contato preferencial com a clientela do SUS (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a APS é considerada como o local responsável pela organização do sistema de serviços de saúde, integrando todos os aspectos desses serviços, com ênfase no cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo, tendo por objetivo “melhorar a saúde da população e ampliar o acesso a todas as ações de saúde” (STARFIELD, 1994).

## 2.2. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação dos serviços é uma prática fundamental que permeia a execução de ações e serviços, estando centrada na relação entre a necessidade de saúde do usuário e na capacidade técnica do serviço de saúde ofertado, bem como na sua eficiência e efetividade, visando produzir dados seguros sobre problemas de saúde da população (BRASIL 2007; VIEIRA, 2005).

Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas, reorientar as ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (FELISBERTO, 2006).

A avaliação é definida como :

...uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Por um lado, esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, em outras palavras, como um sistema organizado de ação. Por outro lado, permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

É também considerada “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos” (DONABEDIAN, 1984).

Em 2004 o MS implantou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), objetivando “avaliar os serviços do SUS, buscando a apreensão mais completa e

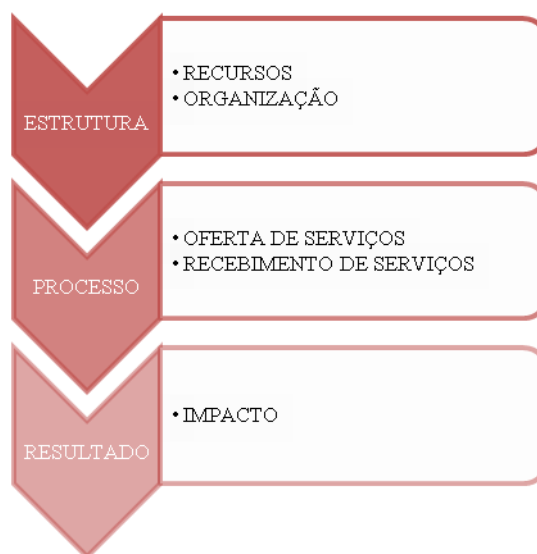
abrangente da realidade dos mesmos em suas diferentes dimensões e avaliar a eficiência, a eficácia e efetividade das estruturas, processo e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde, da resolubilidade e qualidade” (BRASIL, 2006c).

Portanto, a qualidade de um serviço pode depender da combinação de recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros, que vão determinar quais os indivíduos que receberão os serviços e em que condições, não implicando que o contato do usuário com os serviços resulte em êxito para a sua saúde (PEREIRA, 2008).

Dessa forma, para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o modelo apresentado por Donabedian (1984), tem sido amplamente utilizado, baseado em três características da APS: Estrutura ou Capacidade, Processo ou Desempenho e Resultado (esquema adaptado apresentado na Figura 1).

A estrutura compreende os recursos (humanos, financeiros e materiais) e insumos existentes, assim como a organização desses na assistência à saúde. O processo refere-se às ações realizadas pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultado e como são recebidas essas ações por parte do indivíduo ou da população, ou seja, envolve a interação entre usuários e a estrutura do serviço (DONABEDIAN, 1984; STARFIELD, 2002; VIEIRA, 2005). O resultado dessas intervenções na saúde das pessoas é representado pelos diferentes estados de saúde, em resposta à atenção recebida, podendo ser avaliado o seu impacto (DONABEDIAN, 1984; VIEIRA, 2005).

**FIGURA 1: Estrutura-Processo-Resultado: Características**



**FONTE: Donabedian (1984) - adaptado**

Nesse sentido, a utilização dos serviços da APS como ponto de primeiro recurso de saúde, amplia o acesso da população aos serviços, disponibilizando uma gama maior de ações de promoção, prevenção e tratamento. A acessibilidade influencia significativamente a utilização dos serviços, sendo possível averiguar a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ações de saúde e a oferta de recursos (FERREIRA, 2007; BRASIL, 2007).

Já a porta de entrada significa acesso e utilização do serviço de saúde a cada novo evento de saúde ou novo episódio percebido. É o local de primeiro contato dentro do sistema de saúde, devendo ser de fácil acesso e disponível. Fator inerente para organização dos serviços de saúde, visando otimizar o uso de recursos disponíveis, ordenar o fluxo de pessoas dentro do sistema e promover maior resolutividade no manejo dos problemas identificados (STARFIELD, 2002).

O conceito de acesso é multidimensional, estando vinculado à oferta de serviços de saúde que podem facilitar ou limitar a utilização dos serviços pelas pessoas quando necessitam (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Dependem simultaneamente da combinação de recursos físicos e humanos disponíveis dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições. Dessa maneira, o acesso está associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, distância, horário de funcionamento, grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso (HORTALE et al., 2000; STARFIELD, 2002).

Com relação ao termo acessibilidade, alguns autores utilizam-no como caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros priorizam o termo acesso, significando o ato de ingressar no serviço de saúde e a continuidade do tratamento. (DONABEDIAN, 1973; ANDERSEN, 1995).

A acessibilidade tem duas dimensões: a geográfica e a sócio-organizacional. A acessibilidade geográfica está relacionada à distância e ao tempo a serem utilizados pela população para obter o cuidado; a acessibilidade sócio-organizacional está vinculada a oferta de serviços, que aumentam ou diminuem a capacidade das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde (DONABEDIAN, 1973).

Ainda, em relação à acessibilidade ela é considerada uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde, não se restringindo apenas ao uso ou não de serviços de saúde pelo usuário, mas também, para o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os recursos por eles utilizados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Vale ressaltar que o acesso aos serviços de saúde apresenta alguns entraves, tanto sob a percepção do usuário (aspectos sociais, econômicos e culturais), como pela forma de organização dos serviços (aspectos geográficos e organizacionais).

Com relação aos aspectos socioeconômicos e culturais que influenciam o acesso ao diagnóstico de TB, podem ser citados: condições de vida e moradia, renda familiar, ocupação profissional, religião, nível de conhecimento acerca da doença, estigma, preconceito e gênero (JACKSON et al., 2006).

Sob a perspectiva dos aspectos geográficos e organizacionais que podem interferir ou facilitar o acesso ao diagnóstico destacam-se: distância entre a unidade de saúde e o domicílio do doente, área de abrangência dos serviços de saúde; horário de atendimento do serviço, disponibilidade de atendimento quando o serviço é procurado, disponibilidade de consultas não agendadas, qualificação profissional, responsabilização da equipe com o doente e métodos diagnósticos empregados (STARFIELD, 2002).

Portanto, “a acessibilidade e o acesso podem ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de atenção à saúde” (UNGLERT, 1990).

Assim, a dimensão da APS “acesso”, constitui uma importante ferramenta para avaliação dos serviços de saúde, devendo ser um processo contínuo, permitindo o acompanhamento dos problemas e facilitando o processo de tomada de decisão nas ações de controle da Tuberculose.

### 3. OBJETIVOS



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL:**

- Avaliar as ações de controle da TB nos serviços públicos de saúde do município de Campina Grande-PB.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos doentes de TB.
- Identificar a porta de entrada do sistema de saúde dos doentes de TB no momento do diagnóstico.
- Analisar os indicadores relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB.

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este projeto insere-se na pesquisa intitulada “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”, pelo **Edital: MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT No. 067/2009**. O projeto foi desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), tendo como cenário de estudo o município Campina Grande-PB, coordenado pela Professora da UEPB, Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

O estudo foi desenvolvido no Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE), tendo sido inseridos 4 alunos do Mestrado em Saúde Pública e 12 alunos da graduação. Sendo 9 voluntários e 3 do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica –PIBIC.

### 4.2. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal para avaliação de serviços de saúde, com abordagem quantitativa. Como referencial teórico-metodológico foram utilizadas as dimensões da Atenção Primária à Saúde: Porta de Entrada e Acesso, definidas por Starfield (2002).

### 4.3. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Campina de Grande/PB, considerado um dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde para o controle da TB. Os critérios de escolha do município foram: possuir área geograficamente delimitada com equipes da ESF, UBS e Ambulatório de Referência em TB (AMRTB), DOTS implementado no sistema de saúde, razoável tradição histórica de organização de serviços de APS e desenvolvimento de ações de controle da TB em APS, envolvimento e parceria entre academia e Serviços de Saúde, gestores/equipes de Programa de Controle da Tuberculose (PCT)/ Vigilância Epidemiológica (VE) e ESF/UBS/AMRTB.

#### 4.4. CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Campina Grande é o segundo mais populoso do estado da Paraíba, ficando a 120 km da capital do estado, João Pessoa. Tem uma população de 376.060 habitantes e uma área territorial de 621 km<sup>2</sup>. Possui três distritos rurais: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. Limita-se com os municípios de Massaranduba e Lagoa Seca ao Norte; ao Sul com Fagundes, Queimadas e Boqueirão, a Oeste, com Boa Vista e ao Leste com Assis Chateaubriand e Ingá (PMCG, 2009).

Campina Grande é uma cidade de clima do tipo equatorial semi-árido com temperatura média de 22°C e a umidade relativa do ar chega a 67%. É um importante pólo econômico, científico e cultural e sua atividade econômica está baseada no comércio, na indústria e produção tecnológica.

O município está habilitado na forma de Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal desde 14 de maio 1998, fazendo parte do 3º Núcleo Regional de Saúde. Dentro do desenho do Plano Diretor Regional (PDR) do Estado, o município tem a seguinte configuração: Sede de Módulo Assistencial para 10 municípios, Micro-Regional, Município Pólo e Macro-Regional para 98 municípios. Sendo assim, no âmbito da Proposta do PDR Estadual o município se apresenta como um importante pólo de assistência à saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (PMCG, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde trabalha com divisão territorial, cujos serviços de saúde são realizados em seis distritos sanitários. A rede municipal de serviços de saúde é formada por um conjunto de instituições públicas, privadas e filantrópicas, que desenvolve ações assistenciais desde o nível básico até o nível terciário, com a composição de sua rede ambulatorial de serviços (Quadro 1).

Como porta de entrada da APS, o município adotou a Estratégia Saúde da Família como modelo de organização da APS, possuindo 92 equipes, o que equivale a 77% de cobertura populacional. Conta também com 9 equipes de PACS. A maioria das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) é formada por 1(uma) equipe, todavia, algumas apresentam 2 (duas) equipes. Ressalta-se a participação do município em 1994 na experiência pioneira da ESF, que surgia em 14 municípios do país, e pelo início da implantação dos Distritos Sanitários em 1998.

**QUADRO 1: Rede Municipal de Serviços de Saúde, Campina Grande/PB, Out. 2009.**

<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF)</b>	92
<b>Unidades Básicas de Saúde (UBS)</b>	01
<b>Unidade Mista</b>	01
<b>Centros de Saúde</b>	06
<b>Policlínica</b>	01
<b>Unidade de Fisioterapia</b>	01
<b>Centro de Referência ao Portador de Necessidades Especiais (CRANESP)</b>	01
<b>Clínica de Psicologia</b>	01
<b>Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</b>	05
<b>Unidade de Referência de Saúde Mental</b>	01
<b>Residências terapêuticas de saúde mental</b>	06
<b>Farmácias Populares</b>	04
<b>Hospitais Públicos</b>	03
<b>Hospitais Filantrópicos</b>	02
<b>Hospitais Privados</b>	05
<b>TOTAL</b>	136

**FONTE: Secretaria Municipal de Saúde/ Relatório de Gestão 2009**

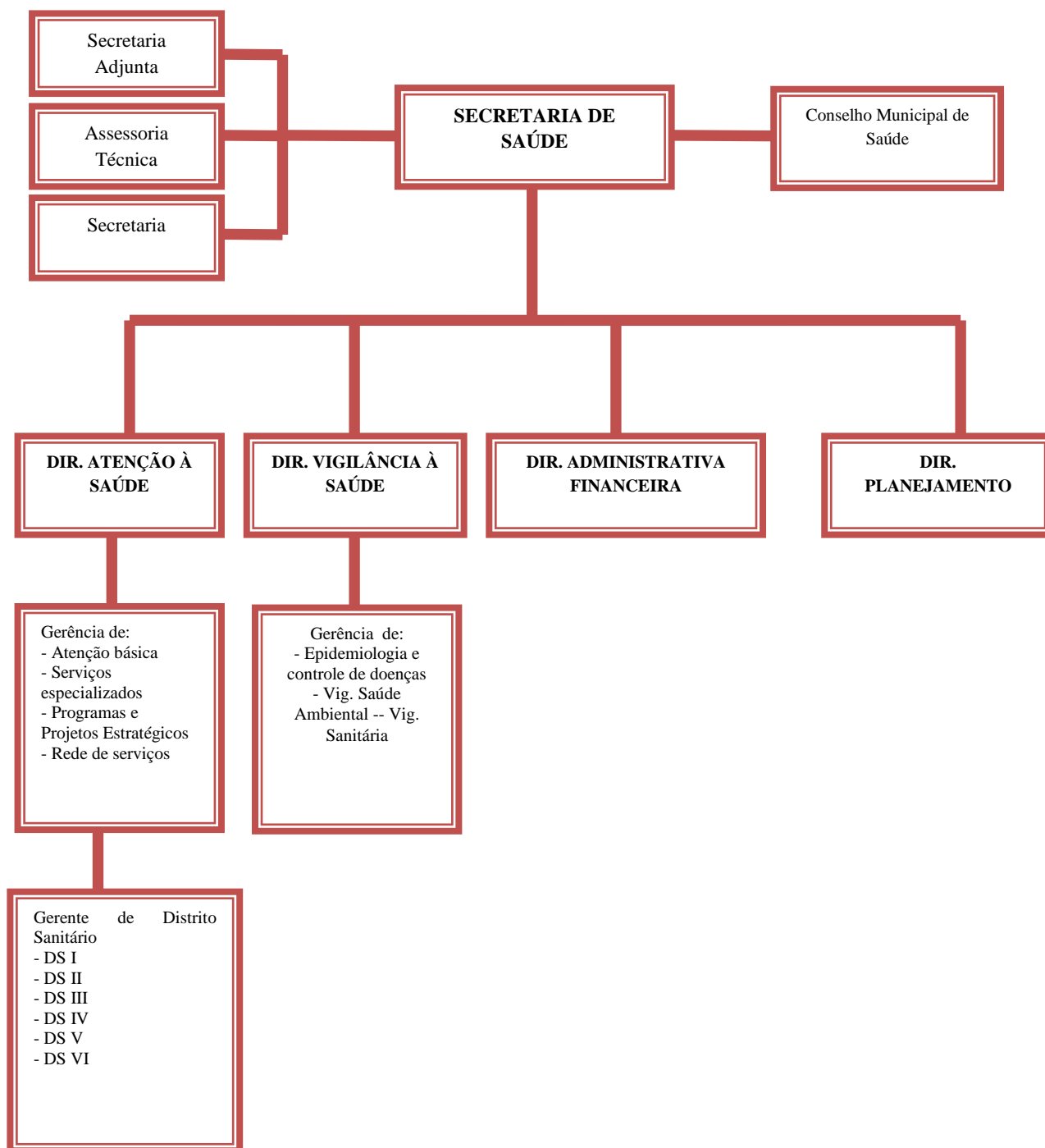
#### 4.5. O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB:

##### 4.5.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS:

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose foi implantado no município de Campina Grande-PB em 1998. No ano de 1999, ocorreu a implantação da Estratégia DOTS, articulada com a expansão da Estratégia Saúde da Família. As ações de controle da TB são desenvolvidas pelas ESF e pelo AMRTB. A referência estadual para encaminhamento de pacientes é o Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa, distando 120 km.

A Coordenação do PCT está subordinada à Gerência de vigilância epidemiológica e controle de doenças, por sua vez subordinada à Diretoria de Vigilância Sanitária e esta ao Secretário Municipal da Saúde (Figura 2).

**FIGURA 2: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde**



**FONTE: Secretaria Municipal de Saúde/ Relatório de Gestão 2009**

#### 4.5.2. OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TB

As UBSF funcionam nos dias úteis da semana, de segunda a sexta, nos horários de 7h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min, a equipe é composta pelos

profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Algumas unidades dispõem de profissionais odontólogos e assistente social. As ações de controle da TB são desenvolvidas basicamente pelos médicos, enfermeiros e ACS.

O AMRTB funciona durante cinco dias da semana, no período de segunda à sexta, no turno manhã. A equipe de saúde é composta por uma médica (pneumologista), uma enfermeira, uma assistente social, uma auxiliar de enfermagem, uma bioquímica, um técnico de laboratório e uma recepcionista. O atendimento médico é realizado em apenas três dias da semana.

## **DIAGNÓSTICO DE TB**

**Pelas equipes de Saúde da Família:** O doente com suspeita de TB procura a UBSF onde é atendido pela equipe, avaliado e encaminhado ao AMRTB para realização da baciloscopia e/ou raios X de tórax, quando necessário, mediante a solicitação feita pelo médico e/ou enfermeiro. A maioria das UBSF não realiza a coleta do escarro e o sintomático respiratório desloca-se até o ambulatório de referência para realizá-la. O tempo médio de recebimento do resultado é de 8 dias.

**Pelo AMRTB:** O sintomático respiratório tanto pode ser encaminhado pela UBSF para realização do diagnóstico, como também, pode procurar o serviço por demanda espontânea. A assistente social preenche um questionário com os dados sócio-econômicos do usuário e a enfermeira realiza a consulta de enfermagem, incluindo a solicitação da baciloscopia e/ou raios-X de tórax. O usuário já sai com a consulta médica agendada.

Ressalta-se que quando ocorre demanda espontânea do usuário ao AMRTB, se confirmado o caso de TB, o mesmo será encaminhado para acompanhamento pela equipe de saúde da família ou UBS na qual está cadastrado.

**Pelos hospitais do município:** Normalmente quando o sintomático respiratório procura esse serviço, os sintomas da doença já estão exacerbados e causando limitações no seu cotidiano. Após a confirmação do diagnóstico o caso é notificado e comunicado à Vigilância Epidemiológica, o doente inicia o tratamento no hospital e quando recebe alta é encaminhado à sua UBSF para acompanhamento do tratamento ou ao AMRTB.

## **TRATAMENTO DE TB**

Quanto ao tratamento, a maioria dos doentes que são acompanhados nas UBSF e no AMRTB faz tratamento auto-administrado. O Tratamento Supervisionado (TS) é desenvolvido por um pequeno número de ESF, sendo realizado na UBSF pelo (a) enfermeiro (a) e/ou no domicílio pelo ACS. Caso o doente não queira realizá-lo na UBSF será acompanhado pelo AMRTB, onde o TS é realizado pela assistente social e pelo grupo de pesquisa e extensão da UEPB. Um dos principais fatores relacionados a isso é o estigma originado pela doença, fazendo com que os doentes prefiram ser tratados fora da sua área de abrangência.

Quanto à medicação, uma viatura da Secretaria de Saúde faz o abastecimento das UBSF e do Ambulatório de Referência de acordo com a demanda exigida. Essa medicação será fornecida aos doentes durante a consulta. Vale salientar que em algumas UBSF, principalmente as da zona rural a equipe se responsabiliza pelo recebimento da medicação.

O acompanhamento nos casos de TBMR, co-infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), falência e intolerância, é realizados pelo AMRTB.

Ressalta-se que o doente de TB não recebe incentivos como cesta básica e café da manhã. Apenas ao doente que realiza tratamento supervisionado no AMRTB é disponibilizado vale-transporte, quando se desloca para consulta de controle mensal e/ou exames.

## **ABSTINÊNCIA**

Quando o doente não comparece para consulta de controle mensal, é realizada uma visita domiciliar pelo ACS ou outro membro da equipe, que normalmente é pelo enfermeiro. No caso dos doentes acompanhados no AMRTB a visita é feita pela assistente social.

## **ALTA E ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA**

Após a comprovação da cura do doente de TB, ele receberá alta a qual será informada à coordenação da Vigilância Epidemiológica para encerramento do caso. Vale ressaltar que, além do critério de alta por cura, existe alta por completar o tratamento, alta por mudança de diagnóstico, alta por falência do tratamento, alta por transferência e alta por óbito. Caso a alta seja por cura ou término do tratamento, o usuário é orientado a retornar ao



serviço de saúde após seis meses, para realização de baciloscopia de controle e raios-X de tórax.

#### 4.6. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por 116 doentes de TB, diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/2010, que estavam em tratamento supervisionado ou auto-administrado nas ESF, UBS e AMRTB.

Dos 116 doentes de TB, não participaram do estudo 23 indivíduos por se enquadrarem nos critérios de exclusão do estudo, 02 doentes que foram à óbito e 10 doentes que eram usuários de drogas ilícitas (não foi possível contactar). Portanto só foram entrevistados 81 doentes.

##### **Critérios de inclusão:**

- Doentes de TB pulmonar com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/2010, residentes no município de Campina Grande.

##### **Critérios de exclusão:**

- Doentes de TB sem condições de responder por si mesmos as questões abordadas;
- Presidiários portadores de TB.

#### 4.7. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento estruturado do estudo multicêntrico, componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade Johns Hopkins, por Starfield (2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) por meio da sua aplicação no município de Petrópolis/RJ e adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009), (Anexo – A).

A pesquisa do projeto multicêntrico “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil” inclui 89 questões sobre as oito dimensões essenciais da APS: Acesso-Porta de Entrada (*gatekeeper*); Vínculo (ou longitudinalidade); Elenco de serviços (*comprehensiveness*); Coordenação (ou integração dos serviços); Enfoque Familiar; Orientação para a comunidade; Formação Profissional.

Neste estudo serão apresentados os resultados referentes à dimensão da APS: “*Porta de Entrada e Acesso ao Diagnóstico*”.

As duas primeiras partes do questionário (partes A e B) referem-se às questões sobre informações gerais e sócio-demográficas do doente de TB, caracterizando o perfil sócio-demográfico da população estudada. A parte referente à dimensão Acesso ao Diagnóstico de TB (D-1) contempla as questões de numeração de 15 a 21.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas. A primeira variável relacionada às informações gerais (nº SINAN do entrevistado) foi coletada através do TAB-WIN. Os entrevistados responderam a cada pergunta do questionário segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foram atribuídos valores entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta não sei ou não se aplica e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações, correspondendo também ao número de vezes (%) que o evento aconteceu.

Os entrevistadores explicaram para cada entrevistado as diferentes opções de resposta. O número 1 da escala era a resposta que representava a situação que pior indica o acesso ao diagnóstico e o número 5 a situação que indica o melhor acesso ao diagnóstico.

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

#### 4.8. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do questionário utilizadas no estudo foram:

**QUADRO 2: Variáveis relacionadas ao estudo.**

<b>VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.</b>	1. Endereço do entrevistado
	2. Unidade de saúde que diagnosticou o caso
	3. Sexo
	4. Faixa etária
	5. Escolaridade
	6. Tipo de moradia
	7. Número de cômodos da moradia
	8. Número de residentes no domicílio

<b>VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO: ACESSO AO DIAGNÓSTICO.</b>	1. Frequência com que procurou o serviço de saúde antes do diagnóstico (Q 15)
	2. Grau de dificuldade para deslocamento até o serviço de saúde (Q 16)
	3. Frequência de perda de dia de trabalho para consulta na unidade de saúde (Q 17)
	4. Frequência de uso de transporte motorizado para ir à unidade de saúde (Q 18)
	5. Frequência de gasto com transporte para ir à unidade de saúde (Q 19)
	6. Frequência com que conseguiu consulta médica para descobrir a doença em 24 horas (Q 20)
	7. Procura pela unidade de saúde mais próxima de sua casa (Q 21).

#### 4.9. PERÍODO COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de maio a outubro de 2010.

#### 4.10. PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Antes de iniciar a coleta dos dados foi realizado treinamento com a equipe de pesquisadores para apropriação do instrumento, possibilitando o estabelecimento de estratégias para a coleta. Esta equipe foi formada por enfermeiros e alunos do curso de enfermagem da UEPB.

Por meio de contato pré-estabelecido com os profissionais de saúde das UBSF e AMRTB, foi apresentado e discutido o projeto a ser desenvolvido, bem como o agendamento das entrevistas com os doentes de TB.

Os dados secundários foram fornecidos pela Coordenação do PCT da Secretaria Municipal de Saúde através do TAB-WIN.

Para facilitar o processo de entrevista, os doentes que tinham consulta agendada no AMRTB eram entrevistados no próprio serviço, enquanto aguardavam o atendimento. As entrevistas eram realizadas em um ambiente o mais reservado possível.

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

Ao chegar ao AMRTB ou no domicílio, 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 (TCLE) – Apêndice A, antes de responder às questões.

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

#### FACILITADORES

- A parceria com os serviços de saúde locais (profissionais de saúde, gerente da vigilância epidemiológica e entrevistadores) para o planejamento da coleta de dados (fornecimento de mapas das unidades UBSF/PACS, número de prontuário dos doentes, identificação do doente de TB e agendamento prévio das entrevistas);
- Disponibilidade do ACS em acompanhar 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 com o agendamento feito para a entrevista, não se apresentando no horário agendado ou estando 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 da Estratégia Saúde da Família, por um período aproximado de dois meses.

## 4.11. ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi realizada em três etapas: Análise de frequência, Análise de variância e Análise da confiabilidade dos dados.

### 4.11.1. ANÁLISE DE FREQUÊNCIA:

Os métodos usados para análise de dados requereram a criação de um banco para armazenamento dos dados obtidos via questionário. Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2007 e, posteriormente, foram transferidos para a Tabela de Entrada de Dados do Software *Statistica* 8.0 da *Statsoft*.

Foram construídas tabelas de frequências para quantificar os resultados observados e verificar possíveis inconsistências no banco de dados, como erros na entrada de dados ou omissão de respostas pelos respondentes. Em seguida foram construídos gráficos para cada variável com o objetivo de expressar as frequências relativas de cada resposta fornecida pelos doentes.

O acesso ao diagnóstico dos doentes de TB no município de Campina Grande foi analisado através das questões 15 a 21 do instrumento de coleta de dados (quadro 6). As variáveis foram tabuladas em percentual de respostas nas categorias escolhidas e estão apresentadas em gráficos de frequências relativas para melhor visualização. Também foram estimadas as medidas descritivas centrais e de variabilidade (média, mediana e desvio padrão).

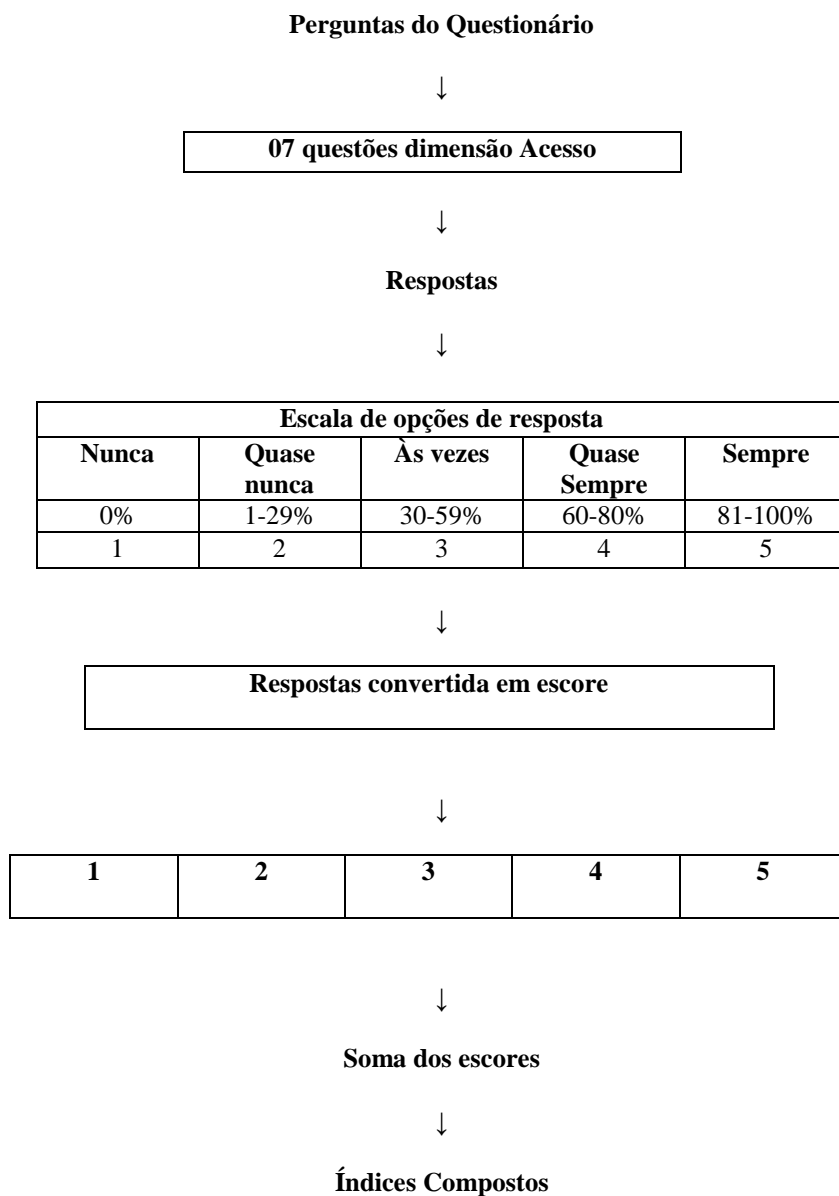
### 4.11.2. ANÁLISE DE VARIÂNCIA

Todos os dados coletados e pertinentes ao trabalho foram montados em uma planilha do programa Excel for Windows 2007 para posterior análise estatística. As questões 15 a 21 do instrumento de coleta de dados, referentes ao acesso ao diagnóstico de tuberculose em Campina Grande foram tabuladas em percentual de respostas nas categorias escolhidas e estão apresentadas em gráficos de frequências relativas para melhor visualização. Foram estimadas em medidas descritivas centrais e de variabilidade (média, mediana e desvio padrão).

Também foi realizada análise e comparação das respostas obtidas por meio dos dados primários das diferentes fontes (usuários do AMRTB e UBSF e UBS).

As respostas obtidas foram somadas e o valor médio destas representou um índice composto, utilizado para verificar o desempenho dos serviços no que concerne à dimensão acesso (Figura 3).

**Figura 3 - Síntese esquemática da construção dos índices compostos**



**Fonte: Adaptado de Almeida e Macinko (2006).**

Foi considerado como níveis favoráveis para o acesso ao diagnóstico quando o índice composto apresentou valor maior ou igual a 4 (quatro), regulares abaixo de 4 e acima ou igual a 3 (três) e não-favoráveis se escores abaixo de 3.

A parametricidade dos dados foi testada através do teste de normalidade K-S e os dados que não se adequaram foram analisadas através de teste de comparação e correlação não-paramétricos (ZAR, 2009).

Para as análises que indicaram violação dos critérios para o uso de ANOVA, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis – Teste H (ANOVA não-paramétrica) para comparar as respostas das questões 15 a 21 e verificar diferenças significativas entre elas. Para as variáveis em que o teste H apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), foi usado o teste de comparação múltipla, método de Dunn (z-prime) para verificar quais são as diferenças entre as variáveis (CALLEGARI-JACQUES, 2003). O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5%.

#### 4.11.3. ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO

A confiabilidade dos itens do questionário de acesso ao tratamento foi analisada através da técnica estatística de Alfa de Cronbach (padronizado) para verificar a confiabilidade ou validade interna dos dados. A idéia principal da medida de consistência interna é que os itens individuais da escala devem medir o mesmo objeto e, assim serem altamente correlacionados. Quanto maior o valor melhor a interação dos itens para medir essa dimensão (MANGIN; MALLOU, 2003).

A equação do teste é a seguinte:

$$\alpha = \frac{k \text{ cov/var}}{1 + (k - 1) \text{ cov/var}}$$

**Onde:** **k** = número de variáveis consideradas

**cov** = média das covariâncias

**var** = média das variâncias

O teste assume ainda valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas. Trata-se 0,7 como o valor mínimo ideal, mas pode-se aceitar o valor 0,6 em pesquisas exploratórias (HAIR et al., 2005).

#### 4.12. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este 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 do Conselho Nacional de Saúde.

O questionário respondido pelo doente de TB continha informações sócio-econômicas, de saúde, sua percepção em relação à sua experiência com a utilização dos serviços de APS do Sistema Único de Saúde/SUS e perguntas específicas sobre dimensões essenciais da APS adequadas para as ações de controle de TB.

Cada entrevistado leu e assinou o 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.

Não houve fornecimento de benefícios aos entrevistados, bem como risco de discriminação ao participar da pesquisa. Puderam os mesmos se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger sua identidade, os entrevistados não foram identificados. O local escolhido para a realização da entrevista foi o de maior privacidade possível dentro da unidade de saúde ou domicílio do entrevistado. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial, de acesso somente à pesquisadora.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor interpretação na análise dos dados, são apresentados, a seguir, os resultados referentes às três etapas metodológicas: Análise de frequência, Análise de variância e Análise da confiabilidade dos dados.

### 5.1 - ANÁLISE DE FREQUÊNCIA

#### 5.1.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram do estudo 81 doentes de TB do município de Campina Grande-PB. Os dados indicam que a maioria da população estudada é do sexo masculino (64,2%), em relação à idade 89% estão em idade produtiva, havendo uma maior concentração de pessoas entre 18 e 60 anos. Na análise da variável escolaridade, foi verificado que 43,2% dos doentes possuíam baixa escolaridade (Tabela 4).

**TABELA 4: Características sócio-demográficas dos doentes de TB diagnosticados no período de janeiro de 2009 a maio de 2010, Campina Grande/PB.**

VARIÁVEIS		N	%
<b>SEXO</b>	Feminino	29	35,8
	Masculino	52	64,2
	<b>TOTAL</b>	81	100
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	18 – 30 anos	29	35,8
	31 - 40 anos	18	22,2
	41 – 50 anos	15	18,5
	51 – 60 anos	10	12,3
	➤ de 60 anos	9	11,2
	<b>TOTAL</b>	81	100
<b>ESCOLARIDADE</b>	Sem escolaridade	12	14,8
	Ensino fundamental incompleto	35	43,2
	Ensino fundamental completo	14	17,3
	Ensino médio incompleto	6	7,4
	Ensino médio completo	7	8,6
	Ensino superior incompleto	4	4,9
	Ensino superior completo	3	3,8
	<b>TOTAL</b>	81	100

Com relação à situação sócio-econômica, foi observado que 100% dos doentes residem em casa de alvenaria e destes, 60,5% possuem moradia com 5 cômodos ou mais. Quanto ao número de moradores no domicílio cerca de 59,2% tinham 4 ou mais pessoas (Tabela 5).

**TABELA 5: Características sócio-econômicas dos doentes de TB diagnosticados no período de janeiro de 2009 a maio de 2010, Campina Grande-PB.**

	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>TIPO DE MORADIA</b>	<b>Alvenaria</b>	<b>81</b>	100
	<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	100
<b>NÚMERO DE CÔMODOS DA MORADIA</b>	<b>1 cômodo</b>	<b>3</b>	3,7
	<b>2 cômodos</b>	<b>6</b>	7,4
	<b>3 cômodos</b>	<b>9</b>	11,1
	<b>4 cômodos</b>	<b>14</b>	17,3
	<b>5 cômodos ou mais</b>	<b>49</b>	60,5
	<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	100
<b>NÚMERO DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA</b>	<b>1 pessoa</b>	<b>5</b>	6,2
	<b>2 a 3 pessoas</b>	<b>28</b>	34,6
	<b>4 pessoas ou mais</b>	<b>48</b>	59,2
	<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	100

A maior prevalência do sexo masculino na população estudada está em consonância com outros estudos realizados em diferentes países (SASSAKI, 2003; CHANG; ESTERMAN, 2008). Tal resultado pode relacionar-se a fatores de ordem biológica, estilo de vida e ao fato das mulheres, culturalmente, buscarem mais os serviços de saúde (PEREIRA, 2008).

De acordo com o MS, o Brasil apresenta uma proporção de acometimento de tuberculose de 2 homens para cada 1 mulher. Dos casos novos notificados, dois terços são do sexo masculino (BRASIL, 2010d).

De acordo com Souza (2008) o gênero, além de influenciar o risco para desenvolvimento da TB, define diferentes formas de enfrentamento e conseqüências sociais da doença, de maneira peculiar para homens e mulheres. Nesse sentido, o homem refuta mais o tratamento pela possibilidade de isolamento social ou em decorrência da perda salarial e do

emprego, por ser normalmente a única ou maior fonte de renda familiar. Fato que, além de acarretar sérios problemas sociais, contribui para a persistência da doença.

Com relação à faixa etária os dados encontrados são consistentes com outros estudos, confirmando que a TB acomete principalmente pessoas em idade produtiva, entre 15 e 59 anos (70%), característica peculiar aos países em desenvolvimento como o Brasil, conferindo assim, um caráter social à doença (SEVERO et al., 2007).

Outro fator relevante é a identificação do risco da doença em certos grupos etários, pois, uma vez infectado, a evolução progressiva da TB vai depender do grau de imunidade do indivíduo, bem como a predisposição ao desenvolvimento da enfermidade. Isto ocorre porque a idade pode condicionar a resistência natural ou adquirida do indivíduo, influenciando na patogenicidade da doença (RUFFINO-NETTO, 1991; OTT, GUTIERREZ, 1993).

Um estudo realizado em 2003 mostra que, nos últimos 20 anos, a incidência da TB aumentou entre as faixas etárias de 39 a 49 anos e acima de 60 anos, com média de idade de 41 anos. Fato relacionado ao processo de transição demográfica, no qual foi observado um aumento da população de adultos e idosos no país (VENDRAMINI, 2003).

No que diz respeito à escolaridade, os dados mostram que o baixo nível de escolaridade dos doentes investigados pode ter influenciado negativamente na percepção da doença e menor autocuidado, retardando a procura pelos SS, e, conseqüentemente, o diagnóstico e tratamento da TB, de maneira a estar fortemente associada à evolução para o óbito (RODRIGUES et al., 2008). Esse fato também foi observado por Santos (2007), ressaltando que a população de baixa escolaridade tende a apresentar maior incidência de casos de óbito, pois um melhor nível educacional favorece o acesso à informação e a possibilidade de beneficiar-se de novos conhecimentos.

O local e a condição de moradia do doente de TB são de fundamental importância para o controle da doença, visto que ambientes com espaços pequenos, pouca ventilação e famílias numerosas, são favoráveis à disseminação do bacilo (ALVES, 2000).

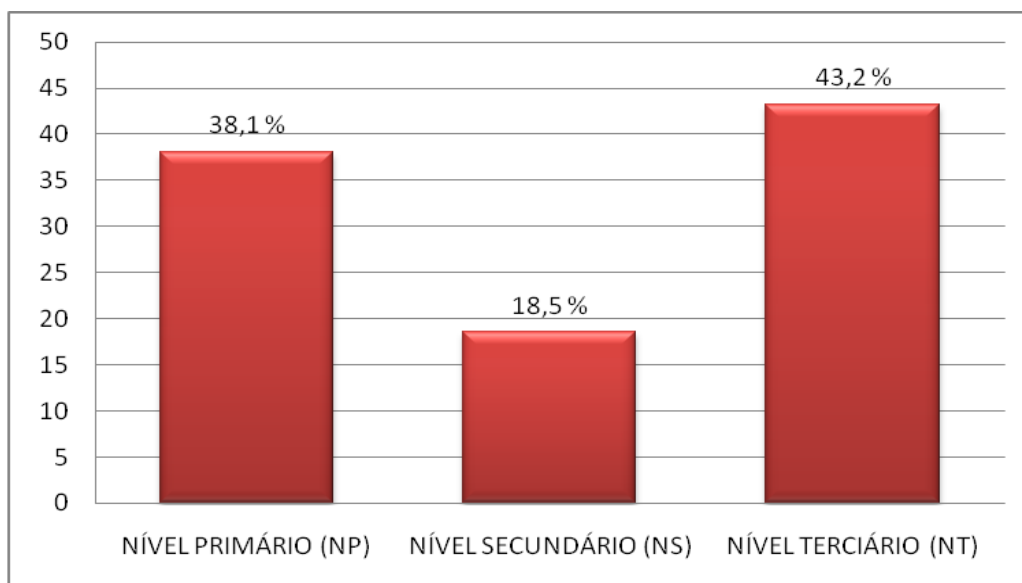
Pesquisa realizada por Menezes et al. (1998) evidenciou que o risco para desenvolvimento da TB em domicílios com mais de quatro pessoas foi considerado cerca de três vezes maior quando comparado com duas ou menos.

Vale ressaltar que o risco de adoecimento entre contatos de casos de TB depende do estado bacteriológico do caso-índice e do grau de convivência, calculado entre 200 e 300 horas, para a população geral, com muito menos tempo para os que apresentam deficiência em suas defesas imunológicas, os não infectados anteriormente e os não vacinados (BRASIL, 2005).

### 5.1.3. PORTA DE ENTRADA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

Embora o município de Campina Grande tenha uma cobertura de 88% da Estratégia Saúde da Família na zona urbana e 100% na zona rural (PMCG, 2009), os dados mostram que ao sentirem os primeiros sinais e /ou sintomas da tuberculose, 61,7% dos doentes procuraram os serviços de saúde de nível secundário e terciário para obtenção do primeiro atendimento, evidenciando atuação paralela dos serviços no município. Preferencialmente, a porta de entrada deveria ser a APS (Figura 4).

**FIGURA 4:** Níveis de atenção a saúde procurados pelos doentes no período de maio/2009 a junho/2010, ao apresentarem os primeiros sintomas da TB, Campina Grande/PB.



A procura espontânea por serviços especializados pode sinalizar deficiência na organização da rede de serviços. A estruturação da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada do sistema deveria incorporar cuidados básicos e especializados tendo como pressuposto o princípio da integralidade, mediada pelo fluxo de referência e contra-referência (BRASIL, 2006-d).

Considerando que um serviço é porta de entrada quando a população o reconhece como primeiro recurso de saúde a ser buscado de acordo com o surgimento de um problema de saúde (BRASIL, 2007), e que a acessibilidade é o grau de ajuste entre a oferta desse serviço e a necessidade do usuário (TRAVASSOS; CASTRO, 2008), devem ser consideradas as distintas conotações que influenciaram o doente de TB a demandar pelo atendimento em serviços de nível secundário e terciário, tais como, contexto histórico da política de saúde

brasileira, fatores sócio-culturais e a organização dos SS (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

A APS surge para reorganizar o sistema de saúde, baseada em uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Porém o processo de construção das políticas de saúde no nosso país, estruturado no modelo hegemônico e hospitalocêntrico, ainda influencia e está fortemente arraigado na oferta de serviços à população, gerando um sistema de saúde fragmentado, hierarquizado, de forma piramidal, organizado por níveis de complexidade crescente (MENDES 2002, STARFIELD, 2002).

Outra justificativa para demanda por atendimento em serviços especializados pode relacionar-se às características sócio-culturais do doente que o levam a procurar o serviço de saúde a partir do momento em que se percebe doente, ou seja, com sintomatologia avançada até que decisivamente limitem suas forças físicas, evidenciando que a consciência da necessidade na procura pelos SS relaciona-se à percepção que o doente tem da gravidade de sua enfermidade; outro fator relevante é o estigma e preconceito que envolvem a TB, levando a uma forte exclusão social, o que pode retardar a busca pelo atendimento (ARCÊNIO et al., 2007; ZERBINI et al., 2009; PROTTI et al., 2010).

Uma pesquisa realizada no Quênia (África) revelou que doentes com mais de três semanas de tosse persistente só buscaram o SS quando apresentaram dor no peito, dificuldade para respirar, inapetência e fadiga. Quando abordados a respeito do conhecimento sobre a TB, relataram que só procuraram assistência porque os sintomas estavam causando limitações no seu cotidiano (LEUNG, 2007).

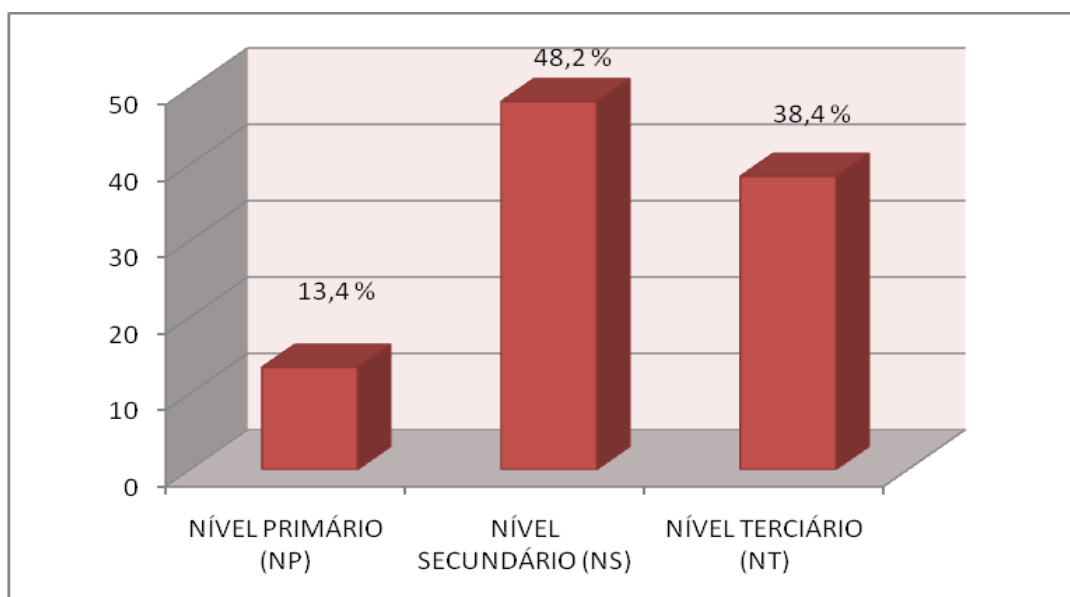
Em estudo realizado por Azevedo (2007), sobre a preferência da população pelo atendimento hospitalar, foi verificado que a APS idealizada como porta de entrada na hierarquia da rede assistencial, nem sempre responde às expectativas. Portanto, o que predomina na utilização dos serviços de saúde é a busca pelo mais completo e que lhe proporcione resposta imediata e eficaz, elencando o serviço hospitalar como tal.

Vale ressaltar que o acesso dos doentes de TB aos SS está relaciona-se com a forma como esses serviços se organizam, devendo-se considerar as peculiaridades importantes relacionadas com a distribuição e o volume dos recursos, bem como a predisposição, disponibilidade e necessidade da população na procura por atendimento, tais como: distância da unidade de saúde até o domicílio do doente, acesso à primeira consulta médica, a demora em suspeitar da doença, a disponibilidade de insumos para solicitação de exames, tempo

decorrido entre a realização dos exames e o seu resultado e tratamento adequado (PROTTI, 2010).

Neste estudo, foi observado que, com relação ao diagnóstico da TB os doentes procuraram preferencialmente por unidades de níveis secundário e terciário, perfazendo um total de 86,6%. A APS foi pouco representativa, com um total de apenas 13,5% dos casos de TB diagnosticados (Figura 5).

**FIGURA 5: Níveis de atenção à saúde procurados pelos doentes no período de maio/2009 a junho/2010, para realização do diagnóstico da TB. Campina Grande/PB.**



Embora as ações de controle da TB sejam descentralizadas a todas as UBSF, UBS e PACS do município de Campina Grande, os resultados mostram a contribuição inexpressiva da APS na realização do diagnóstico de TB. Os casos suspeitos de TB que deveriam ser captados, atendidos e vinculados à APS por meio da ESF, estão sendo direcionados aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, constituindo-se como uma das fragilidades de acesso ao diagnóstico da doença.

A baixa resolutividade da APS em diagnosticar os casos de TB, também foi observada em Ribeirão Preto entre os anos de 2000 e 2006, pois o percentual de baciloscopia efetuadas variou de 15% a 26% em relação à quantidade esperada, sugerindo que os serviços de APS estão deixando de pesquisar os sintomáticos respiratórios nas comunidades, mesmo sendo considerada a porta de entrada para o serviço de saúde (LUCCA et al., 2008).

O PNCT preconiza que a APS deve ser a principal porta de entrada do doente de TB, sendo proposto que os SS se organizem para incorporar no desenvolvimento de suas

atividades cotidianas a busca pelos SR, a realização de exames de diagnóstico, o tratamento e prevenção da TB, visando à melhoria do acesso da população às ações de controle da doença (BRASIL, 2010b). Entretanto, observa-se que mesmo com a responsabilização dos municípios pelas ações do programa, não há garantia de sua execução e implementação, na prática, persistindo uma situação na qual o doente de TB não encontra espaço para o encaminhamento de suas demandas (GAZETTA, 2004).

O diagnóstico de TB pulmonar é um exame simples de ser executado, no entanto, verifica-se, ainda, que grande parte dos casos de TB é diagnosticada em hospitais. Em 2001, no estado de São Paulo, aproximadamente um terço dos casos foram diagnosticados durante a internação hospitalar, e, no município de São Paulo, 58% dos casos foram diagnosticados em hospitais ou em prontos-socorros (GALESI, 2007).

Apesar do diagnóstico precoce e tratamento específico serem prioridades no controle da TB, algumas fragilidades identificadas na APS corroboram para que muitos casos não sejam diagnosticados, dentre elas destacam-se: a predominância do modelo biomédico; a falta de acesso aos serviços de saúde; a deficiência de estruturação da rede de serviços de saúde no atendimento à demanda gerada pelas ESF; a falta de suporte gerencial e técnico nos municípios para as equipes e a falta de envolvimento, sensibilização, conscientização e habilidade técnica dos profissionais (MONROE et al., 2008; MUNIZ et al., 2005; CONASS, 2004).

Em estudo realizado por Gazetta et al. (2007) na cidade de São José do Rio Preto (SP) foi evidenciado que o doente de TB precisou recorrer várias vezes à unidade de saúde até obter o diagnóstico e iniciar o tratamento da doença. Em outra pesquisa conduzida na Espanha, foi identificado que um dos fatores que contribuíram para a demora do diagnóstico da TB estava relacionado ao fato do doente ter procurado a unidade de APS com sintomas e o profissional de saúde não estar preparado para realizar o diagnóstico (DIEZ et al., 2005).

Vale ressaltar que alguns dos sintomas apresentados pelo suspeito de TB podem passar despercebidos pelo profissional de saúde, por não se caracterizar como um quadro agudo que necessita de intervenção imediata, na maioria das vezes é prescrita uma medicação e solicitado que o doente retorne se não houver melhora dos sintomas, determinando, assim, um prejuízo de atenção ao primeiro contato, pois várias hipóteses diagnósticas são cogitadas, mas não relacionadas à TB (HARRIES, 2003).

Tal situação evidencia que os serviços de APS estão organizados na lógica de funcionamento dos sistemas fragmentados, cuja atenção está centrada nos eventos agudos, não valorizando as ações de promoção e prevenção, enfatizando apenas as práticas curativas,



ficando relegada a segundo plano a assistência às condições crônicas, o que não deveria acontecer, pois essas representam 75% das doenças que ocorrem no Brasil (OLIVEIRA, 2007; MENDES, 2002).

Estudo realizado em São José do Rio Preto apontou a baixa resolutividade na rede de APS com respeito à descoberta de casos de TB, visto que apenas 10,7% dos casos foram diagnosticados pelas UBSF, enquanto que uma grande parcela (54%) ainda estavam sendo diagnosticados em hospitais (GAZETTA et al., 2007).

Nesse sentido a busca ativa do SR pelas equipes de Saúde da Família, deve ser uma prática permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os profissionais da equipe, não esperando apenas que o indivíduo com suspeita de TB procure pelo SS ao perceber algum sinal ou sintoma da doença, visto que:

... as ações para procura de casos devem estar voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar TB. Deve-se realizar busca ativa de casos entre: [...] sintomáticos respiratórios, ou seja, pessoas acima de 15 anos que procuram os serviços de saúde por qualquer motivo e apresentam queixa de tosse e expectoração por três semanas ou mais; [...] contatos de casos de TB – toda pessoa parente ou não que coabita com um doente de TB; [...] população com maior risco de adoecimento: os residentes em comunidades fechadas como presídios, manicômios, abrigos e asilos, os indivíduos etilistas e usuários de drogas, mendigos, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras e ainda os trabalhadores em situações especiais que mantêm contato com doente de TB pulmonar bacilífera (BRASIL, 2010c).

Muitas vezes o intervalo entre o surgimento dos primeiros sintomas e a necessidade que o doente apresenta em procurar o SS, pode demandar um longo período de tempo, contribuindo para o atraso do diagnóstico e, conseqüentemente, demora no início do tratamento, agravando a doença em indivíduos sintomáticos, aumentando o risco de morte por TB e disseminando a doença na comunidade (GOSONI, 2008).

Portanto, a identificação do SR é uma ação complexa, requerendo do profissional de saúde o entendimento de que o processo de “sentir-se doente” perpassa por aspectos socioeconômicos e culturais, influenciando as atitudes humanas no enfrentamento da doença (SOUZA, 2008).

Em estudo realizado em Bangladesh e na Índia foi observado que a procura por curandeiros quando surgem os primeiros sintomas da TB, está associada com a demora na procura pelos serviços de saúde, apontando os determinantes sócio-econômicos e culturais com o atraso do diagnóstico oportuno (GOSONI et al., 2008).

Assim, indivíduos em condição socioeconômica desfavorável e de baixo nível de escolaridade tenderão a demorar mais na procura pelo SS, e quando resolvem fazê-lo, se apresentam com formas clínicas graves e, nesses casos, o processo assistencial ocorre nas emergências ou pronto-atendimento, impossibilitando-o de ser diagnosticado e tratado na APS (DÍEZ, 2005).

Tal situação reflete o agravamento da TB e a deficiência de acesso do doente aos SS, mostrando a dificuldade em identificar e tratar oportunamente o doente na APS, fazendo com que os serviços de atenção secundária e terciária, cada vez mais, tornem-se locais de acesso ao diagnóstico da doença.

## 5.2. ANÁLISE DE VARIÂNCIA

### 5.2.1. AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

Para analisar as variáveis do acesso ao diagnóstico foi realizado o teste de Kruskal-Wallis visando comparar as categorias de repostas das questões (15 a 21). Os pacientes foram divididos em três grupos correspondentes ao nível de atenção à saúde procurado pelo doente para diagnóstico da TB: nível primário, secundário e terciário.

Segundo o resultado do teste  $H= 9,3$ ;  $gl= 2$ ;  $p<0,01$  houve diferença significativa entre os grupos em relação à questão 21 - “paciente teria procurado a unidade de saúde mais perto da sua casa quando sentiu os sinais/sintomas da TB”.

O teste a posteriori de Dunn mostrou diferença significativa ( $p<0,01$ ) entre os grupos oriundos do nível primário e terciário. Com relação às outras questões de acesso ao diagnóstico não houve diferença significante entre os grupos analisados (Quadro 3).

**QUADRO 3- Teste H para ANOVA NÃO PARAMÉTRICA, segundo o acesso ao diagnóstico de tuberculose. Campina Grande – PB, 2010.**

Variáveis	Níveis de Atenção à Saúde	Media	Desvio Padrão (DP)	p*
V15 – Quando o (a) Sr. (a) começou a ficar doente quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento ?	Primário	4.09	1.45	0.1582
	Secundário	3.47	1.56	
	Terciário	4.19	0.96	
	Total	3.91	1.40	
V16 - Quando o (a) Sr. (a) começou a ficar doente teve dificuldade de se deslocar até a unidade de saúde ?	Primário	3.73	1.55	0.9502
	Secundário	3.63	1.54	
	Terciário	3.59	1.45	
	Total	3.65	1.51	
V17 - Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho para consultar na unidade de saúde?	Primário	3.36	1.57	0.3511
	Secundário	2.77	1.76	
	Terciário	2.48	1.63	
	Total	2.87	1.65	
V18 - Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, precisou usar algum tipo de transporte motorizado para ir a unidade de saúde?	Primário	3.36	1.96	0.4284
	Secundário	2.63	1.86	
	Terciário	2.48	1.83	
	Total	2.68	1.86	
V19 - Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, gastou dinheiro com transporte para ir a unidade de saúde?	Primário	3.27	2.10	0.2083
	Secundário	3.00	1.91	
	Terciário	2.26	1.83	
	Total	2.84	1.94	
V20 - Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, conseguiu consulta na unidade de saúde no prazo de 24 horas?	Primário	4.09	1.37	0.3111
	Secundário	3.37	1.79	
	Terciário	4.07	1.21	
	Total	3.84	1.45	
V21 - Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, procurou a unidade de saúde mais perto de sua casa?	Primário	<b>4.45</b>	1.29	<b>0.001</b>
	Secundário	3.47	1.71	
	Terciário	<b>2.70</b>	1.73	
	Total	3.54	1.57	

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) – **Negrito** - aplicado o Teste de Dunn

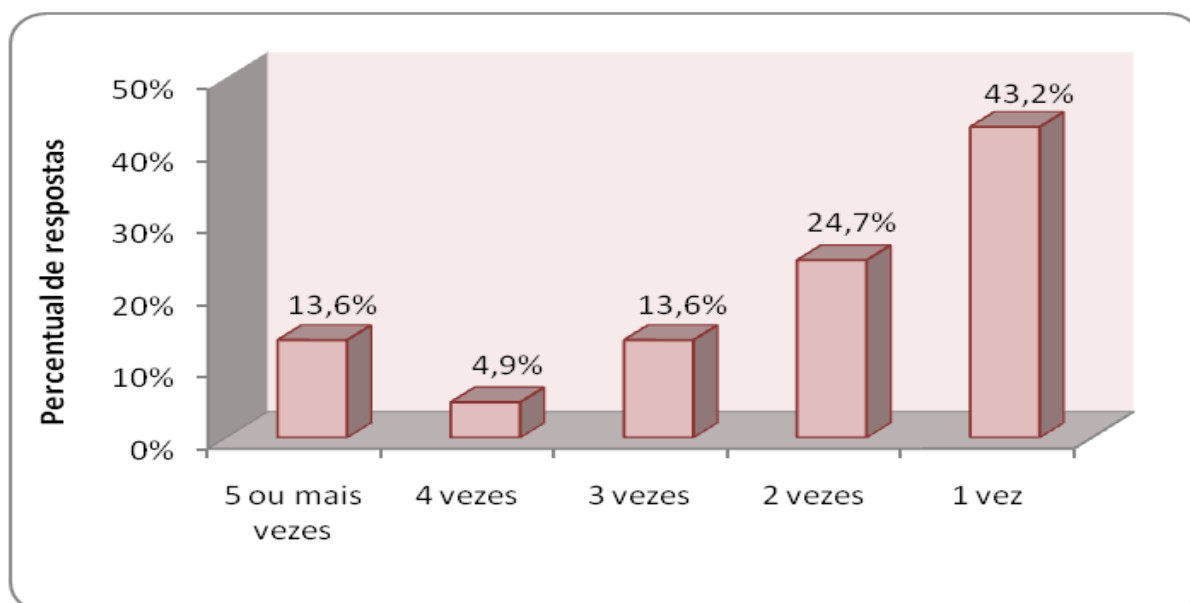
Com relação à variável 15, **Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?**, foi determinado que 43,2% dos doentes de TB não apresentaram dificuldades de acesso para conseguir atendimento, com uma média de resposta de 3,91; ( $\pm 1,40$ ), não havendo diferença significativa entre os níveis de atenção à saúde (Quadro 3).

A variável 20, **Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta na unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?**, confirma essa situação, ao mostrar que 49,4% dos doentes sempre conseguiram consulta médica no prazo de 24 horas para diagnosticar a doença (Figura 7), com média de resposta de 3,65; ( $\pm 1,58$ ), não havendo diferença significativa entre os níveis de atenção à saúde (Quadro 3).

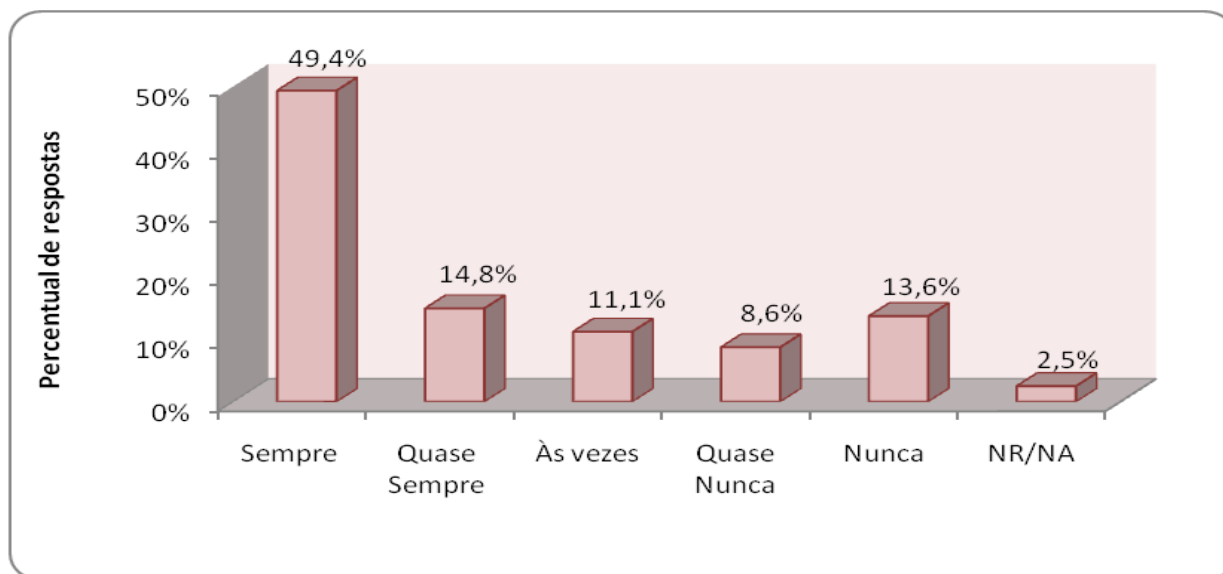
Esses dados evidenciam que apesar de uma parcela significativa dos doentes entrevistados estarem recebendo atendimento quando procuram a unidade de saúde, o serviço deixa a desejar quanto à realidade da TB, pois o PNCT recomenda que haja a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e que, com isso, seja feito o diagnóstico precoce da doença.

Neste estudo os resultados mostraram que a simples disponibilidade de serviços prestados nas unidades de saúde não implica acesso efetivo ao diagnóstico precoce, pois, muitas vezes o doente é atendido e não necessariamente a suspeita de TB é cogitada, contribuindo para o aumento da transmissão da TB na comunidade.

**FIGURA 6: Número de vezes que os doentes de TB procuraram atendimento na unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010, Campina Grande/PB.**



**FIGURA 7: Obtenção de consulta médica pelo doente no prazo de 24 horas para descoberta do diagnóstico, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010, Campina Grande/PB.**



A acessibilidade de um serviço de saúde está diretamente relacionada às características dos usuários e à capacidade do serviço em se adequar a elas, facilitando a chegada do mesmo e, no caso de uma doença crônica como a TB, a continuidade do uso, uma vez que o acesso resulta da interação complexa de fatores individuais, sociais e organizacionais (DONABEDIAN, 1973; TRAVASSOS et al., 2004).

Estudos revelam a dificuldade de acesso aos SS ao destacar a ausência de ações voltadas para o acolhimento à demanda espontânea e lista de espera nas UBS (CUNHA; SILVA, 2010). Essa situação também é referida em outras pesquisas, onde foi apontado o fato de o paciente ter que recorrer às unidades de saúde várias vezes até conseguir chegar ao diagnóstico e tratamento (GAZZETA et al., 2004; HANE, 2007).

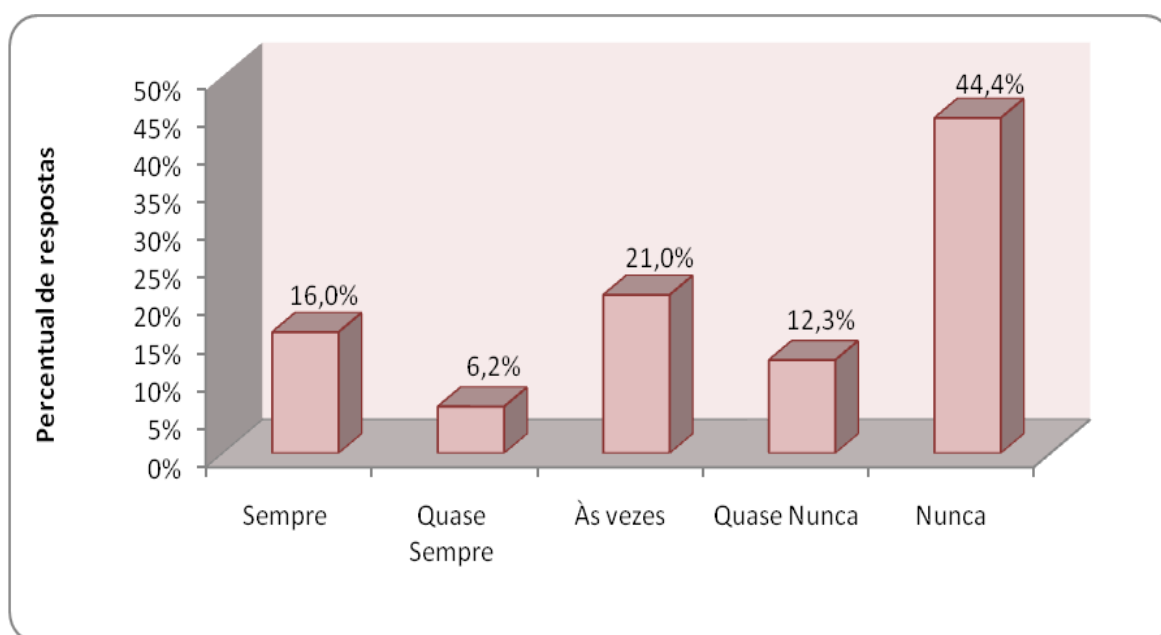
Portanto, os serviços devem ser disponíveis, seguindo uma lógica de atendimento de caráter contínuo, oportuno e organizado. Pois um dos principais fatores que influencia o sucesso das ações de controle da TB é o diagnóstico precoce e tratamento adequado, exigindo um sistema em que a porta de entrada possa estar situada tanto em um nível de menor ou de maior complexidade, contanto que assegure o direito do doente de ser assistido, respondendo às suas necessidades reais (BRASIL, 2000; ALMEIDA, 1998).

No que concerne à variável 16, **Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar à unidade de saúde?**, foi evidenciado que, dos doentes entrevistados, 56,7% “nunca” ou “quase nunca” tiveram dificuldade de deslocamento até a

unidade de saúde (Figura 8), com uma média de resposta de 3,65; ( $\pm 1,50$ ), não havendo diferença significativa entre os níveis de atenção à saúde (Quadro 3).

Estudo demonstra que o acesso aos cuidados de TB em diferentes ambientes sugere que a procura dos SS pelo doente e o acesso são influenciados por diversos fatores, tais como: baixo conhecimento sobre a tuberculose, pobreza, distância entre o domicílio e esses serviços, custo diretos e indiretos de acesso ao cuidado, tempo gasto de deslocamento, necessidade de uso de transporte motorizado, exclusão social, estigma e marginalização (ASCH et al., 1998).

**FIGURA 8: Dificuldade de deslocamento até à unidade de saúde dos doentes de TB, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010, Campina Grande/PB.**



Pesquisa envolvendo a acessibilidade aos serviços de saúde realizada em Shandong na China constatou que as pessoas acometidas pela TB, em sua maioria, demoraram a procurar os SS por não ter conhecimento sobre a doença, possivelmente pelo seu menor nível de escolaridade e menor acesso à educação para a saúde (LONG et al., 2008).

A esse respeito Dimitrova (2006), refere que a baixa escolaridade é uma condição limitante para a efetiva utilização dos SS pela população, atuando como importante barreira sociocultural frente ao déficit de conhecimento e à falta de percepção do doente com relação ao seu problema de saúde, levando-o a ignorar os sintomas da TB por longo tempo.

Corroborando com estudo supracitado, outros autores destacam que a deficiência educacional associada à falta de recursos financeiros, faz com os doentes procurem por atendimento em serviços não convencionais e de fácil acesso, onde são medicados de forma

inadequada, desfavorecendo o acesso aos SS e, conseqüentemente, atraso no diagnóstico da TB (ENSOR E COOPER, 2004; MOTTA, 2009).

Diversos estudos apontam que a razão mais comum na escolha do local de primeiro contato é a proximidade do serviço com o domicílio do doente, uma vez que a maioria necessita caminhar até o local de atendimento por não ter condição financeira de custear o meio de transporte. Nesse sentido, é importante considerar o padrão de localização dos SS e a variação de distância que os indivíduos com problemas de saúde semelhantes devem percorrer para obter atendimento (MARTINS, 2006; SALANIPONI, 2000; SANOU et al., 2004).

Outro estudo realizado na África (Malawi e Burkina Faso) sobre barreiras de acesso enfrentadas pelos doentes de TB, revelou que a distância média do domicílio do doente até o serviço de saúde variava entre 8 e 16 Km, constituindo-se como uma significativa barreira de acesso geográfico, uma vez, que a debilidade física ocasionada pela doença impedia o doente de TB de caminhar até a unidade de saúde. Diante dessa situação surge a necessidade de buscar um meio de transporte motorizado para deslocar-se até o SS, o que acaba sendo adiado pela falta de condições financeiras. (SALANIPONI, 2000; SANOU et al., 2004; HANE, 2007).

A distância entre o SS e o domicílio do doente é diretamente proporcional ao gasto com transporte, tornando-se um peso importante na busca e utilização desses serviços, ou seja, os doentes necessitam dispor de estratégias para superar as barreiras geográficas e enfrentar outra de ordem econômica (HANE, 2007).

Portanto, distância e custos financeiros são problemas reais e recorrentes, configurando-se como barreiras de acesso aos SS, ainda mais se considerarmos que muitos doentes têm que retornar mais de uma vez a esses serviços para obter o diagnóstico da TB.

Nessa perspectiva, a estratégia saúde da família como ponto de primeiro contato, tem como finalidade trabalhar a área adscrita, facilitando o acesso da comunidade. Dessa maneira, os SS que se organizam a partir da APS são mais eficazes e de maior qualidade, estando, em muitos casos, associados com menores custos, maior satisfação da população e melhores níveis de saúde (MENDES, 2002). Sendo assim, espera-se que, com a efetiva descentralização das ações de controle da TB para a APS, seja viabilizado o diagnóstico precoce da doença para o usuário do SUS.

Vale ressaltar, que a procura por um serviço de saúde pela comunidade tem outras implicações além do acesso geográfico e econômico. É importante citar o acesso organizacional, que envolve o modo de organização dos recursos de atenção à saúde, tais como: a capacidade desses serviços em resolver os problemas de saúde, a forma como os

usuários são recebidos na unidade, a demora na obtenção de consulta, turnos de funcionamento, acolhimento e vínculo (FEKETE, 1996; TRAVASSOS E MARTINS, 2004; STARFIELD, 2002).

Em pesquisa que avaliou a “dimensão acessibilidade” realizada pelo Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, foi constatado que a localização das unidades, dias e horários de atendimento foi a que obteve menor grau de satisfação pelos usuários (IBANEZ et al., 2006). Essa dificuldade também foi encontrada em estudo realizado com usuários da ESF de cinco municípios baianos, referindo-se à necessidade de atendimentos em fins de semana e à noite (TRAD et al., 2002).

Diante desses obstáculos, o doente protela a procura pelos serviços de saúde, tornando-se necessária a compreensão dessas especificidades para que o acesso ao suspeito de TB seja viabilizado, envolvendo profissionais capacitados para o acolhimento e prestação de assistência por toda a equipe, com maior agilidade e resolutividade.

Com relação à variável 17, **Quando o (a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho para consultar na unidade de saúde?**, foi evidenciado que 44,5% dos doentes perderam “sempre” ou “quase sempre” algum dia de trabalho para se consultar (Figura 9), com média de 2,87; ( $\pm 1,69$ ), não havendo diferença significativa entre os níveis de atenção à saúde (Quadro 3).

Observa-se também, que os doentes oriundos dos níveis secundário e terciário, foram os que mais necessitaram perder dia de trabalho para ir até a unidade de saúde, fato que pode ser explicado pela distância geográfica entre o domicílio e o serviço de saúde procurado, já que o município de Campina Grande-PB apresenta uma boa cobertura populacional de ESF, a qual deveria ser, preferencialmente, o primeiro contato do indivíduo e atuar como um “filtro” para as demandas que necessitam de atendimento especializado.

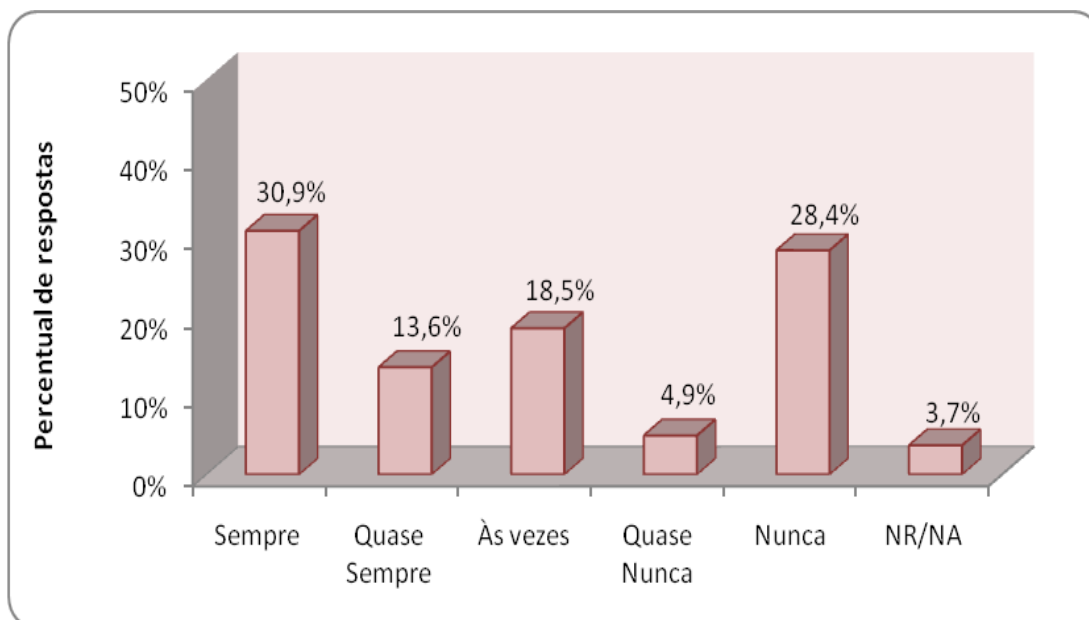
A maior parte dos problemas de saúde da população deveria ser resolvida na atenção primária à saúde, considerando o contexto onde a doença ocorre e no qual o paciente vive. Dessa forma, para que haja resolutividade dos problemas oriundos dos indivíduos acompanhados pelas ESF, faz-se necessária a reunião de esforços coletivos por parte de todos os atores envolvidos no serviço que dentro de suas atribuições deverão atuar em torno de um objetivo comum que é atender às necessidades de saúde da população (MUNIZ, 2004).

Estudos realizados nos municípios de Campina Grande-PB e Itaboraí-RJ mostraram que os doentes de TB “sempre” ou “quase sempre” perderam algum dia de trabalho para comparecerem à consulta médica (FIGUEIREDO, 2007; MOTTA, 2009).



Resultado similar foi evidenciado em Malawi, onde 75% dos doentes entrevistados tiveram que gastar dinheiro com transporte e perderam um dia de trabalho para irem ao SS, influenciando negativamente o acesso à maioria dos pacientes (SALANIPONI, 2000).

**FIGURA 9: Frequência com que os doentes de TB perderam um dia de trabalho para ir à unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB.**



Segundo Dimitrova (2006) os doentes empregados têm medo de perder o emprego por faltas e atrasos em decorrência do afastamento pela doença. A demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho fazem com que os mesmos deixem de procurar o SS quando os sintomas se agravam, e, ao invés de buscarem por serviços de APS, procuram por hospitais pela facilidade de atendimento em horário integral.

Estudo realizado em Petrópolis que avaliou o acesso aos serviços de saúde na APS evidenciou como uma das barreiras de acesso o horário de atendimento das unidades até às 18 horas (MACINCO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003) e, em Uberaba-MG, foi observado que os entrevistados enfatizaram a necessidade da disponibilidade do serviço funcionando durante 24 horas (MARTINS, 2006).

Percebe-se que a questão da limitação no horário da Estratégia Saúde da Família é uma dificuldade real que influencia o efetivo acesso à APS, sinalizando problemas de organização do processo de trabalho e configurando-se como fator dificultador para um diagnóstico precoce, tratamento adequado e cura do doente. Nesse sentido é necessário refletir sobre a criação de horários alternativos para o atendimento desses doentes, seja em serviços

de saúde de nível primário ou secundário, visando a ampliação da cobertura do atendimento de modo a garantir o acesso às ações de controle da TB.

As variáveis 18 e 19, respectivamente, **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?** e **Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com transporte para ir até a unidade de saúde?**, revelam que a utilização de transporte motorizado para deslocar-se ao SS, foi referida por 62,9% dos doentes de TB pelo menos uma vez e, 56,8%, alguma vez, tiveram que pagar pelo transporte (Figuras 10 e 11), com médias respectivas de 2,68 e 2,69; ( $\pm 1,86$  e  $1,93$ ), não havendo diferença significativa entre os níveis de atenção à saúde (Quadro 3).

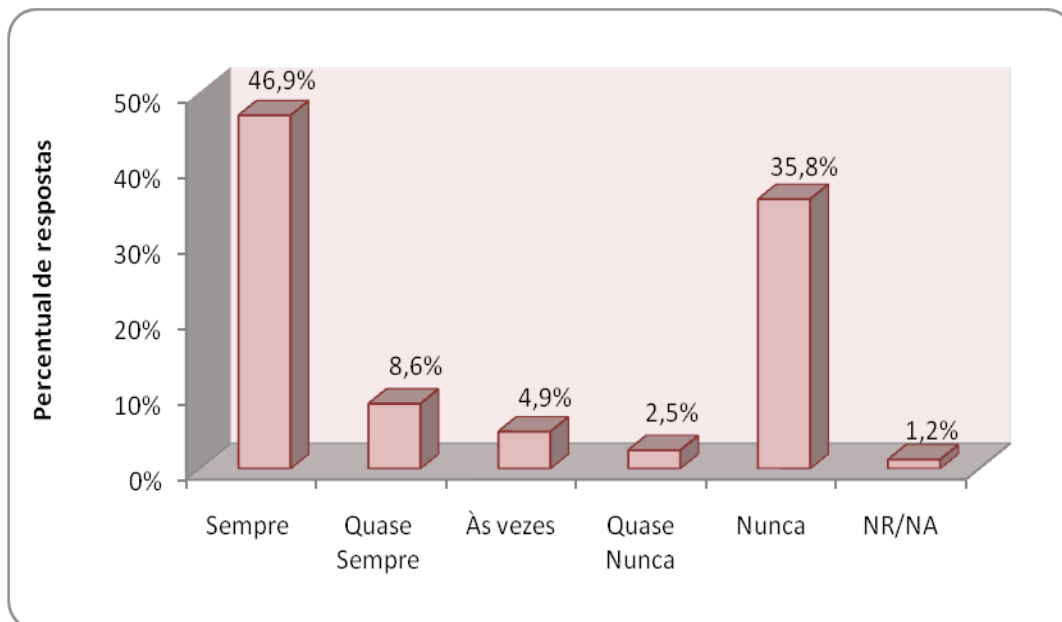
Observa-se que os resultados dessas variáveis apresentam similaridade, com a variável 17, pois os doentes oriundos dos níveis secundário e terciário, também foram os que mais utilizaram transporte motorizado e gastaram dinheiro para ir até a unidade de saúde.

O meio de transporte utilizado pela população para obtenção de cuidados é uma dificuldade estrutural que vai além da organização interna das unidades de saúde, dependendo da distância e/ou facilidade para a locomoção, podendo dificultar o acesso a esses serviços, principalmente se as horas gastas pelo paciente forem excessivas (GIROTI et al., 2010).

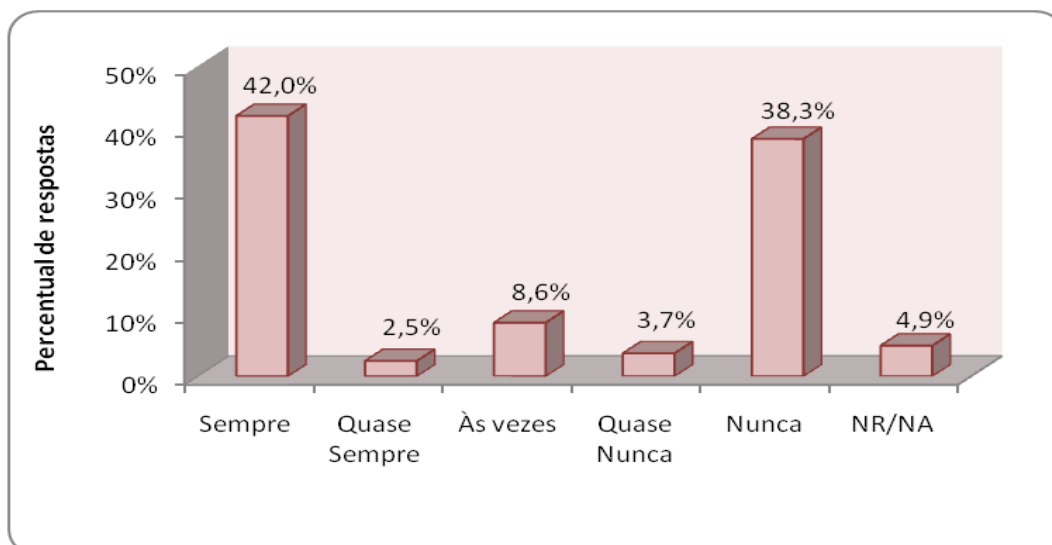
Vale ressaltar que cada despesa constituída pelo doente de TB, representa significativamente uma barreira econômica ao cuidado. Esses indivíduos geralmente apresentam debilidade física ocasionada pela doença, portanto são menos dispostos ao trabalho, repercutindo em diminuição da renda familiar (ZHANG et al., 2007).

Assim, os obstáculos enfrentados pelos doentes para obtenção do cuidado são agravados pelos custos envolvidos com o deslocamento, localização dos serviços e a distância, proporcionando impacto significativo sobre as populações economicamente menos favorecidas e aumentando os riscos em sua saúde. Portanto, todos os serviços de saúde deveriam favorecer um acesso adequado aos doentes, de modo que os pagamentos ou auxílios para utilização dos serviços não constituíssem obstáculos (STARFIELD, 2002).

**FIGURA 10: Frequência com que os doentes de TB utilizaram transporte motorizado para ir à unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB.**



**FIGURA 11: Gastos com dinheiro de transporte pelos doentes de TB para ir à unidade de saúde, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB.**



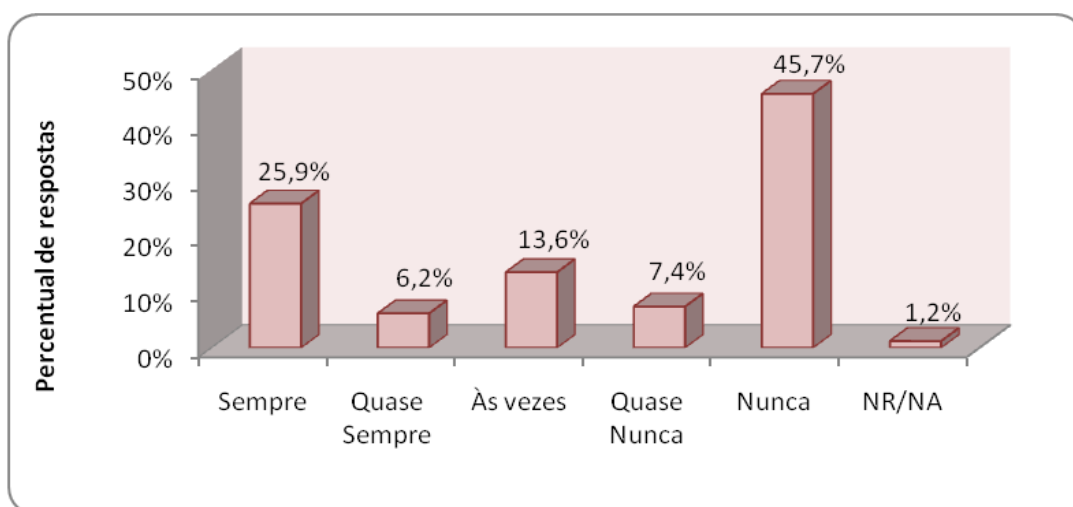
Verifica-se que, mesmo com o processo de descentralização das ações de controle da TB para a APS a população vem apresentando resistência à reorientação do modelo assistencial no que diz respeito à porta de entrada do sistema de saúde, fato que pode ser atribuído à percepção do usuário (aspectos sociais, econômicos e culturais) e à forma de organização dos serviços (aspectos geográficos e organizacionais).

A esse respeito, Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), referem que apesar do processo de descentralização dos serviços de saúde ter se efetivado no país, ainda não foi constituído um sistema integrado de saúde “hierarquizado e regionalizado” que facilite o acesso e permita a continuidade do cuidado garantindo atenção integral. Portanto, a consolidação da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada ao sistema de serviços de saúde implica em criar mecanismos de integração entre os serviços e maior resolutividade da atenção básica.

Nesse contexto, a natureza de conflitos entre oferta, demanda e necessidade, revela a importância de estratégias resolutivas, devendo ser compartilhadas com todos os atores envolvidos no processo de trabalho (gestores, profissionais de saúde e a comunidade), construindo, assim, um modelo mais equânime e adequado à realidade de cada localidade que venha a ampliar o acesso às ações de controle da TB.

Com relação à variável 21, **Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, procurou a unidade de saúde mais perto de sua casa?**, os resultados mostram que 53,1% dos entrevistados não procuraram a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio quando começaram a apresentar os primeiros sintomas da TB (Figura 12), reiterando os dados comentados no Figura 1. A média foi 3,35; ( $\pm 1,79$ ), apresentando diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ) entre o nível primário e terciário de atenção à saúde, ou seja, os doentes diagnosticados no nível primário (com média de 4,45) procuram a unidade de saúde mais próxima de sua casa com maior frequência do que os doentes do nível terciário (com média de 2,70) - Quadro 3.

**FIGURA 12 - Procura pelos doentes de TB por atendimento na unidade de saúde mais perto de sua casa quando apresentaram os primeiros sintomas da doença, no período de janeiro de 2009 a maio de 2010. Campina Grande/PB.**



É importante destacar que, apesar dos doentes diagnosticados no nível de atenção primária procurarem a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio (38,1%) ao apresentarem os primeiros sintomas da TB, 61,9% dos entrevistados buscaram por serviços especializados como primeiro contato. Tal situação pode ser justificada pela insuficiente organização desses serviços, implicando em fragilidades na descentralização das ações de controle da tuberculose.

O processo de descentralização elenca o município como principal cenário para gerenciamento das ações de saúde, devido à sua proximidade com a realidade da população, sendo responsável pelos recursos necessários à função de coordenação, planejamento, negociação, controle, avaliação e auditoria de saúde local (BRASIL, 2006d).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde ao preconizar a descentralização dos serviços de atenção primária, estabelece que as ações de diagnóstico e tratamento da TB sejam desenvolvidas na unidade de saúde mais próxima aos domicílios dos doentes, ficando os centros de referência para os casos que não sejam resolvidos em nível de atenção primária à saúde. Tal medida facilita o acesso e amplia a oportunidade de detecção precoce de casos da doença (BRASIL, 2000).

É válido acrescentar que a rede integrada de referência e contra-referência tem a finalidade de atender casos de difícil manejo diagnóstico/terapêutico como, por exemplo, diante de casos de multiresistência, co-infecção pelo HIV e reações adversas ao uso de drogas anti-tuberculose (BRASIL, 2002b).

Estudo realizado nos municípios prioritários do estado de São Paulo revelou que há uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica para as UBSF, tais como a entrega de medicamentos, tratamento supervisionado e busca ativa de sintomáticos respiratórios. Por outro lado, as ações de gerenciamento e as atividades de diagnóstico/tratamento se apresentam de forma centralizada e são desenvolvidas, principalmente, nas Unidades de Referência/Ambulatórios de Especialidades (BRASIL, 2011).

Em outras pesquisas realizadas no município de Ribeirão Preto/SP, foi observado que, 50% dos depoentes mencionaram que o atendimento e o acompanhamento dos casos de TB deveriam ser descentralizados para as unidades de saúde de nível primário, por facilitar o acesso, promover melhor monitoramento dos casos, estabelecimento de vínculo e, conseqüentemente, maior adesão medicamentosa (MUNIZ, 2004).

A APS tem papel fundamental na prestação direta de serviços de saúde, devendo viabilizar os fluxos estabelecidos entre os diferentes níveis de atenção. Ressalta-se que as ações de controle da TB devem ser apropriadas e compreendidas como sendo de responsabilidade das equipes de saúde, porém para que haja consolidação efetiva dessas ações, deve ser garantido aporte organizacional que viabilize uma atenção de qualidade (MENDES, 2002; MUNIZ, 2004).

Corroborando com essa afirmação, Arcêncio, Oliveira e Villa (2007), relatam que para a efetivação do processo de integração da TB com as ações de atenção básica, faz-se necessário um envolvimento de equipes qualificadas na prestação de assistência a essa clientela. Portanto, sensibilização e capacitação podem ser consideradas como o ponto-chave nesse processo, destacando a educação permanente como um importante requisito para o aprimoramento das equipes no desenvolvimento das ações de controle da TB.

A educação permanente é permeada por relações concretas e possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no trabalho. Insere-se em processos que vão do interior das equipes às práticas organizacionais institucionais e/ou setoriais, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, envolvendo as políticas de saúde (CECCIM, 2005).

Através do processo de capacitação os profissionais de saúde podem atualizar seus conhecimentos, ampliar o acesso a informações e refletir sobre a prática de trabalho desenvolvida no seu cotidiano, através de trocas de experiências e adesão a novas concepções. É fundamental que se trabalhe as habilidades básicas e específicas, ou seja, além de apreender conhecimentos, a pessoa deverá ser estimulada a exercitar suas competências básicas, que tratam de sua comunicação, relacionamentos interpessoais, e sua capacidade de participar do trabalho em equipe (GERMANO et al., 2005; SENA, 2007).

Dessa forma, descentralizar a atenção à saúde das pessoas com TB para serviços de APS pode contribuir no aumento do diagnóstico da doença e na qualificação do acompanhamento. No entanto, este processo requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema de porta de entrada capaz de assegurar o diagnóstico precoce dos casos e assistência qualificada, incluindo um sistema de referência que assegure fácil acesso a uma assistência de nível especializado, quando necessário (BRASIL, 2011).

### 5. 3. AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO

A consistência interna do questionário com relação às variáveis que avaliaram o acesso ao diagnóstico da tuberculose foi medida pelo teste de Alpha de Cronbach, cujo valor apresentado foi de 0,70.

O coeficiente *alpha* de Cronbach avalia a consistência interna ou homogeneidade dos itens, tratando 0,7 como mínimo ideal, mas pode aceitar o valor de 0,6 em pesquisas exploratórias. O teste de confiabilidade é imperativo e mede o desempenho de um instrumento em uma dada população evitando o agrupamento de questões aparentemente relevantes. A validade e a confiabilidade são requisitos essenciais para a medição do instrumento (HAIR, 2005).

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como estão organizados os serviços de atenção à tuberculose no município estudado, tem impactado o acesso ao diagnóstico precoce da tuberculose no âmbito da atenção primária à saúde. É possível inferir que os resultados encontrados correlacionam-se às fragilidades de acesso geográfico, econômico e principalmente ao acesso organizacional.

Destaca-se ainda que, apesar do município de Campina Grande-PB ter sido um dos pioneiros na implantação da Estratégia Saúde da Família e apresentar uma boa cobertura de ESF, a porta de entrada do sistema de saúde adotada pelos doentes não foi a atenção primária e a maior parte das ações de diagnóstico da tuberculose é realizada em serviços de nível secundário e terciário. Este fato pode comprometer toda a sua estrutura de organização e funcionamento, proporcionando barreiras de acesso e exclusão dos doentes de TB aos serviços de saúde.

Portanto, a existência de serviços, com ampla cobertura da atenção primária à saúde no município de Campina Grande-PB, não foi fator determinante para garantir o acesso ao diagnóstico precoce da tuberculose, apontando a fragilidade na descentralização das ações de controle da tuberculose para o nível primário.

Esse cenário reflete a necessidade de se acoplar novas estratégias intersetoriais que visem à promoção da saúde da população. Sendo necessária a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelas ações de controle da doença no sistema local de saúde, destacando-se o papel fundamental da sociedade civil na implementação e fortalecimento dessas ações, pilar fundamental para o controle da TB no Brasil.

Nessa perspectiva, é possível apontar recomendações para a superação desses problemas, tais como:

- Identificar os aspectos organizacionais que estão proporcionando obstáculos para efetiva incorporação das ações de controle da tuberculose na atenção primária;

- Envolvimento da comunidade em parceria com os serviços de saúde na tomada de decisões, a partir da identificação de suas necessidades sociais e econômicas, propondo e executando as ações de saúde não somente para a satisfação dessas necessidades, mas também para o plano no qual elas são produzidas.

- Implantação de horários alternativos para o atendimento dos doentes, seja na UBSF e/ou Ambulatório de Referência;



- Implementação da busca ativa de casos suspeitos de tuberculose, objetivando garantir o diagnóstico precoce da doença e reduzir a transmissão na comunidade;
- Garantia de continuidade da assistência de forma articulada entre os níveis de atenção à saúde ao caso suspeito ou com diagnóstico de tuberculose;
- Treinamentos em TB com os profissionais de saúde, bem como, abertura de espaços para reflexão sobre a prática cotidiana.
- Planejamento do processo de trabalho em parceria com o gestor municipal, gerentes de distrito, coordenação local do PCT, coordenação de vigilância epidemiológica e profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. S. et al. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v.1, 1998.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Série Técnica – Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde – 10, Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2006, 215p.
- ALVES, R.; SANTANNA C. C.; CUNHA, A. J. L. A. Epidemiologia da tuberculose infantil na cidade do Rio de Janeiro, R.J. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v. 34, p.409-410, 2000.
- ANDERSEN, R. M. **Revisiting the behavioral model and Access to medical care: does it matter?** Health Soc Behav, p. 1-10, 1995.
- ANDRADE, M. N. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba** [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2006.
- ARCÊNIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Interações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo (2004). **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n.2, p. 409-417, 2007.
- ASCH, S. et al. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? **American Journal of Respiratory Critical care Medicine**, v.157, p. 1244-1248, 1998.
- AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o psf como (estreita) porta de entrada (2007)**. [Dissertação] Recife (PE): Fundação Osvaldo Cruz, 2007.
- 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, 1999a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2002a**. Disponível em: <[http://agata.ucg.br/formularios/nepss/arqdoc/noas\\_sus2002.pdf#search=%20sus%202002%22](http://agata.ucg.br/formularios/nepss/arqdoc/noas_sus2002.pdf#search=%20sus%202002%22)>. Acesso em: 20 maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 816 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde no Brasil, 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, 22/02/2006. **Pacto da Saúde 2006**. Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica: **Protocolo de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Brasil reduz incidência da tuberculose e melhora posição na lista dos países com maior número de casos no mundo**, 2010d. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br> >. Acesso em: 20 maio de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **Strengthening the Foundation: The Role of the Physical in primary Health Care in Canada.** Ottawa: Ontario Canada Medical Association, 1994.

CHANG, C. T.; ESTERMAN, A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. **Rural and Remote Health.** v. 7, 2008. Disponível em: <[http://www.rrh.org.au/publichedarticles/article\\_printe\\_667.pdf](http://www.rrh.org.au/publichedarticles/article_printe_667.pdf)>. Acesso em: 23 setembro de 2010.

CALLEGARI-JACQUES, S. **Bioestatística: princípios e aplicações.** Editora Artmed, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.** v. 9, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CONASS, Conselho Nacional de secretaries de Saúde, **Atenção Primária- Seminário do CONASS para construção de consensos.** Brasília, 2004.

CONDE, B. M; MELO, A. F.; MARQUES, A. M .C. III Diretriz para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** Brasília, v.35, n.10, p.1018-48, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, V.26, n.4, p-725-737, 2010.

DÍEZ, M. et al. Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **European Journal Public Health,** v.5, n.4, p.343-49, 2005.

DIMITROVA, B. et al. Health service providers' perceptions to tuberculosis care in Rússia. **Health Policy and Planning advance.** V.21, n.4,p.265-274, 2006.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration,** Boston: Harvard University Press, 1973.

\_\_\_\_\_. **La calidad de la atencion médica: definicion y métodos de evaluación.** México-DF: La Prensa Médica Mexicana, S.A., p.194, 1984.

DUJARDIN, B. Tuberculosis control: did the programmer fail or did we fail the programme? **TROPICAL Medicine and Internacional Health,** Oxford, v.2, n.8, p.715-718, 1997.

ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: Influencing the demand side. **Health Police,** Londres, v.19, n.2, p. 60-79, 2004.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde. Texto de Apoio I, Brasília, 1996.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.11, n. 3, p. 553 – 563 2006.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 9, n.1, p.69-76, 2007.

FIGUEIREDO, T. M. R. **Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande-PB, 2007.** Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GALESI, V.M, ALMEIDA, M. M. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiologia**, 2007;10(1):48-55.

GAZETTA, C. E. Controle dos comunicantes dos doentes de tuberculose: ações realizadas no Programa de controle da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP, 2004. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GAZETTA, C. E. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998- 2003). **Jornal Brasileiro de Epidemiologia**. Brasília, v.23, n.2, p. 192-98, 2007.

GERMANO, R. M. et al. **Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade.** (Projeto). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2005.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; MENDONÇA, M. H. de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27. n. 65, p. 278-289, set/dez, 2003.

GIROTI et al., Perfil dos pacientes com tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento. **Revista Cogitare de Enfermagem** , Florianópolis, v. 15, n. 2, p.272-272, 2010.

GOSONI, et al. Gender and sócio-cultural determinants of delay to diagnosis of TB in Bangladesh, India and Malawi. . **Int J Tuberc Lung Disease**, França, v.12, n. 7, p.848-855, 2008.

HANE et al. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. **Int J Tuberc Lung Disease**, v.11, n.5, p.539-543, 2007.

HAIR, et al. **Análise multivariada de dados.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARRIES, A. D. et al. Defining and assessing the maximum number of visits patients should make to a health facility to obtain a diagnosis of pulmonary tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Disease**, França, v.7, n. 10, p.953-58, 2003.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.24, n.56, p. 57-66, set.dez., 2000.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciências e Saúde Coletiva**, rio de Janeiro: ABRASCO, v.11, p. 683-703, 2006.

JACKSON, S.; SLEIGH, A. C.; WANG, G. F.; LIU, X-L. Poverty and the economics effects of TB in rural China. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 10, n.10, p: 1104-1110, 2006.

LEUNG, E. C. C.; LEUNG, C. C.; TAM, C. M. Delayed presentation and treatment of newly diagnose pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Medical journal**, v. 3, n. 3, p. 221-227, 2007.

LONG Q. et al, Barriers to accessing cough in Chongqing, china: A mixed methods study. **BMC Health Serv. Res**, v. 8, n.2, p.202, 2008.

LUCCA, M. E. S. de. **Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção HIV/TB, em Ribeirão Preto – SP**. 2008. 133f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 27, n. 65, p. 243 – 256, set.dez, 2003.

MACHADO, G. L. B. **Descentralização do Programa de Controle de Tuberculose em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande-PB**. 2007. 63f. Monografia. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande/PB.

MAGIN, J. P. L; MALLOU, J. V. **Análisis multivariable para las ciencias sociales**. Madrid. Pearson Prentici Hall, 2003.

MARTINS, G. P. **Avaliação dos serviços de atenção primária á saúde no município de Uberaba**: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006.150f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública, Ceará, 2002.

MENEZES, A. M. B. et al. Incidência e fatores de risco da tuberculose em Pelotas, uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.1, n.1, p.50-80, 1998.

MONROE, A. A. et al., Envolvimento de equipes de atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008.

MOTTA, M. C. S. et al; Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's of view. **Int J Tuberc Lung Disease**, v.13, n.9, p.1137-1141, 2009.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T.C.S. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.49-54, 2002.

MUNIZ, J. N. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na identificação do sintomático respiratório no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-São Paulo: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004, 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2004.

MUNIZ, J.N.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETO, A. Experiência de implantação do DOTS em Ribeirão Preto. In: Ruffino-Neto A, Villa TCS (Org). **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil**. Histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, p. 113-122, 2005.

NOGUEIRA et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v-9, n-1, p.106-118. Jan./abr., 2007.

OLIVEIRA, M. F. **A busca de sintomáticos respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo, 2004**. 105f. (Dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

OLIVEIRA, M. F. **Acesso ao diagnóstico de tuberculose em serviços de saúde no município de Ribeirão Preto, 2007**. 137f. (Tese). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasil. OMS/UNICEF, 1979.

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, p. 159-224, 1993.

PARAÍBA (Estado). **Relatório de Gestão**. Secretaria de Estado da Saúde. João Pessoa, 2001.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL CAMPINA GRANDE (PMCG). **Relatório de Gestão do município de Campina Grande**. Departamento de Atenção Básica. Campina Grande: Secretária Municipal de Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN**. Campina Grande: Secretária Municipal de Saúde, 2010.

PROTTI, S. T. et al. A gerência da unidade básica de saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, 2010.

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.805-825, 2008.

RUFFINO-NETO, A. Tuberculose. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, p. 225-240, out./-dez. 1991.

RUFFINO-NETO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situações atuais e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília-DF, v. 10, n. 3, p. 129-38, 2001.

RUFFINO-NETO, A. A carga da tuberculose: reflexões sobre o tema. **Editorial. Jornal Brasileiro de Epidemiologia**. Brasília, v.30, n.4, p.307-309, 2004.

STARFIELD, B. **Is primary-care essential?** *Lancet*, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.

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

SÁ, L. D; FIGUEIREDO, T. M. R. M; LIMA, D. S; ANDRADE, M. N. et al. **A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos**. In: Ruffino-Neto A, Villa TCS (Org). Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto: São Paulo, p.162-167, 2006.

SALANIPONI, F. M. L. et al. Care seeking behavior and diagnostic processes in patients with smear-positive pulmonary tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Disease**, v.4, n. 4, p.327-332, 2000.

SANTOS, M. A. P. S.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; XIMENES, R. A. A.; LUCANA-SILVA, N. L. P. L.; BRAGA, C.; CAMPELO, A. R. L.; DANTAS, O. M. S.; MONTARROYOUS, U.; SOUZA, W. V.; KAWASAKI, A. M.; RODRIGUES, L. C. Risk factors treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brasil. **BMC Public health**, v. 5, n. 5, 2005

SANTOS, M. L. S. G. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, V. 15, p. 762-67, set./out. 2007.

SANOUE, A. et al. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. **Int J Tuberc Lung Disease**, v.8, n. 12, p.1479-83, 2004.

SASSAKI, C. M. **Tempo de tratamento da tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP (1998-1999), 2003**. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SEVERO, N. P. F. et al. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. **Jornal. Bras. de Pneumologia**, São Paulo, v. 33, n.5, p. 565-571, 2007.

SENA, E. C. Capacitação profissional. Disponível em: [www.entreamigos.com.br/textos/trabalho/capacitacao.htm](http://www.entreamigos.com.br/textos/trabalho/capacitacao.htm). Acesso em: 10.03.2011.



- STARFIELD, B. Is primary-care essential? *Lancet*, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- SOUZA, R. M. **Representações sociais da tuberculose: Um estudo sócio-antropológico, 2008, 150f.** Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontífica Universidade Católica de São Paulo, 2008.
- TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M. de; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.7, n.3, p.581-589, 2002.
- TRAVASSOS, C.R.M.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. Et all. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: editor Fiocruz; 2008. P. 215-43.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services Access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, 2004.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n.6, p. 445-452, 1990.
- VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; GONZALES, R. I. C.; MONROE, A. A. Tuberculose no idoso: análise de conceito. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.1, p.96-103, 2003.
- VENDRAMINI, S. H. F; GAZETA, C. E; CURY, M. R. et al. Experiência de implantação do DOTS em José do Rio Preto. In: Ruffino-Neto A, Villa T. C. S. (Org). **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil**. Histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto - SP. 2006.
- VIEIRA, E. M. Avaliação dos Serviços de Saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos da Epidemiologia**. São Paulo: Mamole, 2005.
- VILLA, T. C. S; RUFFINO-NETO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.35, n.6, p.610-612, 2009.
- VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. **Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil**. Ribeirão Preto: MST - CNPq/MS-SCTIE-DECIT, 2007.
- WANG, W. et al. Barriers in accessing to tuberculosis care among non residence in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **European Journal of Public Health**. V. 15, n, 15, p. 419-423, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978.

\_\_\_\_\_. **What is dots?** A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva, Switzerland, 1999a.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de La Salud – OPAS. **Que és DOTS/ TAES?** San Salvador, El Salvador, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Global Tuberculosis Control**. WHO *Report*, 2002.

\_\_\_\_\_. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. Geneva: World Health Organization; 2005.

\_\_\_\_\_. Global tuberculosis control: key findings from the December. Geneva: World Health Organization, 2010.

ZAR, J. **Biostatistical Analysis**. Editora: Prentice Hall. 5 ed., 2009.

ZHANG, T.; TANG, S.; JUN, G.; WHITEHEAD, M. Persistent problems de access to appropriate, TB affordable services in rural China: experiences of different socio-economic groups. **BMC Public Health**, 2007.

ZERBINI, E. et al., Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *International of Journal Tuberculosis and Lung Disease*, v.12, n-1, p. 63-68, 2008.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### 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)

<p><b>Apresentação:</b>          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?.</p> <p><b>Observação:</b> 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.</p>
--

Atualizado em 15 de Março de 2010

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

Nome do Entrevistador:.....

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

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

<b>A. INFORMAÇÕES GERAIS.</b>			
1	Código identificador (Nº SINAM) do entrevistado		
2	Iniciais do entrevistado e Nº do Prontuário:	Iniciais:	
		Prontuário:	
3	Endereço completo do entrevistado		
4	Nome da Unidade de Saúde		
5	Endereço da Unidade de Saúde		
6	Tipo de Unidade		
	UBS/PACS	1 ( )	
	UBSF/PACS	2 ( )	
	Ambulatório de Referência	3 ( )	
7a	Unidade de saúde que encaminhou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
7b	Unidade de saúde que diagnosticou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
8	Faz Tratamento Supervisionado	Sim	Não
9	Co-Infestado TB/HIV		
10	Tratamento MDR		
11	Tempo de Tratamento		
12	Local de Atendimento		
12a	Consulta Médica de Controle	UBSF/PACS	1 ( )
		UBS/PACS	2 ( )
		Ambulatório de Referência	3 ( )
		Domicílio	4 ( )

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

**B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.**

13.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ( )
		Masculino	1 ( )
13.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ( )
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ( )
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ( )
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ( )
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ( )
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ( )
		Ensino superior (universitário) completo	6 ( )
13.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:		
	Própria	1 ( )	
	Alugada	2 ( )	
	Empréstimo	3 ( )	
	Instituição (asilar/ abrigo/outros)	4 ( )	
	Não tem moradia	5 ( )	
13.d	Tipo de Moradia		
	Alvenaria	1 ( )	

	Madeira	2 ( )		
	Material Reciclável	3 ( )		
	Outros	4 ( ) Especifique: _____		
13.e	O(A) Sr.(a) têm em sua moradia?			
		Sim	Não	
	Água Encanada			
	Geladeira			
	Telefone (Cel. Ou Fixo)			
	Carro			
	Luz Elétrica			
	Banheiro dentro casa			
	Rádio			
	Televisão			
13.f	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:			
	1 Cômodo	1 ( )		
	2 Cômodos	2 ( )		
	3 Cômodos	3 ( )		
	4 Cômodos	4 ( )		
	5 ou mais Cômodos	5 ( )		
	4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas	1 pessoa	
	1	2	3	
13.g	Número de pessoas residentes em sua casa?			
13.h	Número de adultos maiores de 60 anos?			
13.i	Número de crianças (menores de 12 anos)?			
<b>C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.</b>				

		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
14.a	De um modo geral, nos últimos 30 dias, como o(a) Sr.(a) considera seu estado de saúde ?					
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
14.b	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta do tratamento de TB?					
<b>D. ACESSO.</b>						
<b>D.1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.</b>						
		5 ou mais vezes	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1 vez
		1	2	3	4	5
15	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?					
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
16	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde?					
17	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consultar na unidade de saúde?					
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5



18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até a unidade de saúde?					
19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com o transporte para ir até a unidade de saúde?					
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
20	Quando o Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta na unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?					
21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou a unidade de saúde mais perto da sua casa?					

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

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

**D 2. ACESSO AO TRATAMENTO.**

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
22	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
23	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB, tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso?					

24	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?					
25	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?					
26	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?					
27	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?					
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
28	O profissional da unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia?					
29	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto da sua casa?					

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

**E. VÍNCULO.**

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

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

	que o atende?					
--	---------------	--	--	--	--	--

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

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

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

**G. COORDENAÇÃO.**

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
53	O profissional da unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a					

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

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

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

63	O profissional da unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?					
----	---	--	--	--	--	--

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

**H. ENFOQUE NA FAMÍLIA.**

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

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

**SAÚDE NA COMUNIDADE.****I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE**

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

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

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
77	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em dias					

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

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



## ANEXO B

Andamento do Projeto

[http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato\\_proje...](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

## ANEXO C

## II Congresso Internacional de Ciências da Saúde, Meio Ambiente e Educação

### Certificado

Certificamos que os(as) Srs(as):

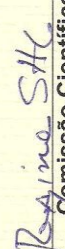
Valkênia Alves Silva, Sheylla Nadjane Batista Lacerda, Verônica Rangel Arruda, Flávia De Moraes Albuquerque,  
Julianny Rodrigues de Farias, Tânia Maria Ribeiro M. de Figueiredo

apresentaram no II Congresso Internacional de Ciências da Saúde, Meio Ambiente e Educação, realizado no período de 15 a 18 de janeiro de 2011, na Universidade Municipal de São Caetano do Sul – São Caetano – São Paulo – Brasil, o seguinte trabalho na categoria artigo:

### **AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS NO PERÍODO DE 2006 A 2009**

São Caetano do Sul, 18 de Janeiro de 2011

  
**Soraya Garcia Audi – Presidente**  
 CIEPESMA - Centro Internacional de Estudos e  
 Pesquisas em Educação, Saúde, Meio  
 Ambiente

  
**Rosine SAK**  
 Comissão Científica  
 CIEPESMA - Centro Internacional de Estudos e  
 Pesquisas em Educação, Saúde, Meio  
 Ambiente

# APÊNDICES

**APÊNDICE A****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – MESTRADO****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.*

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

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Análise espaço-temporal dos casos de tuberculose em municípios do Estado da Paraíba, pela técnica de geoprocessamento”, desenvolvido pela professora Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, pesquisadora do NEPE/UEPB (Núcleo de Pesquisa e Estudos Epidemiológicos da Universidade Estadual da Paraíba).

Campina Grande, 25/09/2009.

---

Elília Maria Pombo de Farias Santiago

Gerente de Vigilância Epidemiológica