



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ELICARLOS MARQUES NUNES

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DE GESTÃO DO TRATAMENTO
SUPERVISIONADO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**

CAMPINA GRANDE - PB

2014

ELICARLOS MARQUES NUNES

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DE GESTÃO DO TRATAMENTO
SUPERVISIONADO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de Concentração Saúde Pública.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. TÂNIA MARIA RIBEIRO M. DE FIGUEIREDO

CAMPINA GRANDE - PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na 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.

N972n Nunes, Elicarlos Marques.

Aspectos epidemiológicos e de gestão do tratamento supervisionado no controle da tuberculose [manuscrito] / Elicarlos Marques Nunes. – 2014.

89 p. : Il. Color.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, 2014.

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

1.Saúde Pública. 2.Serviços de Saúde. 3.Tuberculose. 4.Terapêutica. I.Título.

21. Ed. CDD 616.995

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mestrando: Elicarlos Marques Nunes

Título: Aspectos Epidemiológicos e de Gestão do Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose.

Orientadora: Profª Drª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de Concentração Saúde Pública.


Aprovada em 28/04/14

Banca Examinadora




Profª Drª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Prof Dr Edwirde Luiz Silva

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Universidade Federal da Pelotas - UFPel

*Dormir como se não houvesse o amanhã;
Na única esperança de poder voar e nesse voo esquecer cada problema e cada aflição;
E querer acordar como se nunca tivesse dormido,
Como se nunca tivesse tido cada desconforto e cada conflito;
Dormir, um verbo humano em que o próprio, ainda busca entendê-lo, Mas, para quê?
Talvez o sonho em seu apagar sendo descoberto e entendido perderá a graça e será sufocante
dedicar horas a uma prática desmistificada;
Sonhar e nada mais.....*

NUNES, Elicarlos M.

DEDICATÓRIA

Ah vida! Várias coisas que são importantes, o ato de estar vivo – poder vê, ouvir, sentir, cheirar, correr, parar, sorrir, ficar triste, cair, levantar, amar e ser amado, todas essas coisas fazem parte da vida de cada ser vivo, desde o dito Racional até o tachado Irracional, mas há uma única forma de viver melhor cada sentimento desses, está ao lado de quem verdadeiramente amamos e de quem verdadeiramente somos amados, Família e Amigos.

Em nome de Dona Josefa Marques Nunes, minha mãe, dedico esta obra a todos os meus familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de tudo à DEUS, pois até aonde eu tenha ido, ele tem estado comigo por todos esses caminhos, dando-me forças e coragem, não deixando com que eu fraquejasse.

A todos os meus fraternos docentes: do ensino alfabetização (na época chamada série fraca), quando chego a Conceição – PB e quando revejo dentre outros, Cleidiana Araújo, recordo-me que a mesma foi uma das primeiras docentes que tive e a que mais marcou.

Do ensino médio realizado em Cajazeiras – PB recordo-me das aulas de português e literatura, com a diva e grande mestra Célia Galdino, e em nome desta agradeço aos demais.

Da graduação em Enfermagem realizado em João Pessoa – PB recordo-me da grande personalidade mestra Cristiane Macedo, a mesma já dizia que eu não iria ficar na assistência, ela tinha certeza que eu iria passar em um mestrado público e que iria fazer história, pois bem, até aqui a mesma estava certa, rsrsrs, a segunda parte – história estou construindo pouco a pouco para que amanhã exista um historiador que repasse minha trajetória.

No momento Pós-Graduação agradeço enormemente a Prof^ª Dra Tânia Ribeiro, minha orientadora, pacificadora e amiga, que sempre esteve pronta para ouvir e para falar, foi certo que em momentos falhei assim como também reconheço que em outros acertei, a você quero expressar que aprendi muito e que desse muito irei fazer o possível para ser um ser humano cada vez melhor.

Agradeço ao ilustre Prof^º Dr Edwirde Luiz Silva pela contribuição prestada nesta obra.

Agradeço a Mayrla Pinto, Talina Carla e Thaíse Alves, minhas irmãs de tantas lamentações, lamentamos tanto, tanto e no fim vencemos juntos, vocês foram uma das melhores coisas que me aconteceu nesse mestrado, adoro vocês amigonas.

A Fernanda Darliane Tavares de Luna, meus eternos agradecimentos, por tudo que você tem feito, pegou em minha mão e não a largou em nenhum momento, obrigado.

Ah não posso já mais esquecer Nice Adriana, minha coordenadora, minha mãe Catoleense, obrigado por todo apoio e carinho.

Por fim, mais não menos importante aos meus adorados amigos Marcello Tomaz, Eloy Abreu, Heber Kennady, João Neto, Márcia Soares, Dedega, Dizinha, Dona Xiquinha, Seu Ivonaldo, Kallyane, Cássio, Clarisse, Leandro e todo amado Bernardo, o xodó de nós todos.

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”

(Paulo Beleki)

RESUMO

Nunes, E.M. **Aspectos Epidemiológicos e de Gestão do Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose.** [Dissertação]. Campina Grande – PB: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. 2014. 88p.

OBJETIVO: Avaliar a efetivação do tratamento supervisionado em relação aos aspectos epidemiológicos e da gestão da atenção à tuberculose nos municípios prioritários de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, no período de 2001 a 2012. **MÉTODO:** Estudo transversal de abordagem quanti-qualitativa realizado entre os meses de janeiro a dezembro de 2013, foram feitas coletas de dados secundários no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - net e entrevistas com seis coordenadores de ações de controle da tuberculose. **RESULTADOS:** Os municípios em estudo entre 2001 a 2012 apresentaram 8.066 casos de tuberculose, sendo 7184 casos da forma pulmonar e 882 casos da forma extra-pulmonar. João Pessoa apresentou a prevalência de 0,72%, Bayeux 0,58%, Santa Rita 0,41%, Campina Grande 0,50%, Patos 0,60% e Cajazeiras 0,66%. Os desfechos foram, Cura: João Pessoa 57,72%, Bayeux 74,15%, Santa Rita 76,44%, Campina Grande 63,00%, Patos 74,94% e Cajazeiras 79,26%. Abandono: João Pessoa 13,18%, Bayeux 9,90%, Santa Rita 4,15%, Campina Grande 12,88%, Patos 6,63% e Cajazeiras 4,34%. A proporção de óbitos: João Pessoa 10:100.000, Bayeux 3:100.000, Santa Rita 3:100.000, Campina Grande 1:100.000, Patos 3:100.000 e Cajazeiras 7:100.000. Os dados qualitativos apontaram que os coordenadores de ações de controle tem encontrado como dificuldades principalmente resistências por parte dos pacientes e dos profissionais em desenvolver o tratamento supervisionado, outro achado, é que nos discursos dos ficou nítido estar havendo falhas nos papéis dos gestores. **CONCLUSÃO:** Embora o Tratamento Diretamente Observado seja uma recomendação da Organização Mundial da Saúde / Ministério da Saúde, sua consolidação continua a ser identificado como principal dificuldade nas ações de controle da tuberculose; e por isso, o perfil de caracterização se manteve praticamente inalterados, com índices elevados, distantes da metas propostas. Esforços devem ser direcionados no sentido de reverter o quadro, mesmo naqueles não mais considerados prioritários. As dificuldades elencadas pelos gestores devem ser alvos de ações estratégicas; é necessário um trabalho de conscientização/educação sobre a importância da terapêutica da tuberculose.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Serviços de Saúde. Tuberculose. Terapêutica.

ABSTRACT

Nunes,E.M. **Epidemiological Characteristics and Management Supervised Treatment in Tuberculosis Control.** [Dissertation]. Campina Grande – PB: Post-Graduate program in public health. Universidade Estadual da Paraíba. 2014. 88p.

OBJECTIVE : Evaluate the effectiveness of supervised treatment in relation to epidemiological aspects and management of tuberculosis care in priority João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos and Cajazeiras in the period 2001-2012. **METHOD:** Cross-sectional study of quantitative and qualitative approach that purports the study of old and new cases of a disease in a specific time and space. It was conducted from January to September/ 2013. It was made a secondary data collection in the Information System of Reportable Diseases-net and interviews with six coordinators of tuberculosis control actions. **RESULTS:** The municipalities under study from 2001 to 2012 presented 8.066 cases of tuberculosis, being 7.184 pulmonary cases and 882 of extra-pulmonary cases. João Pessoa showed the prevalence of 0,72%, Bayeux – 0,58%, Santa Rita - 0,41%, Campina Grande - 0,50%, Patos - 0,60% and Cajazeiras - 0,66%. The outcomes were: Cure: João Pessoa 57,72%, Bayeux 74,15%, Santa Rita 76,44%, Campina Grande 63,00%, Patos 74,94% and Cajazeiras 79,26%; Abandonment: João Pessoa 13,18%, Bayeux 9,90%, Santa Rita 4,15%, Campina Grande 12,88%, Patos 6,63% and Cajazeiras 4,34%; The proportion of deaths: João Pessoa 10:100.000, Bayeux 3:100.000, Santa Rita 3:100.000, Campina Grande 1:100.000, Patos 3:100.000 and Cajazeiras 7:100.000. The qualitative data pointed that the coordinators of control actions has found as difficulties mainly, the resistance on the part of patients and professionals to develop the supervised treatment. Another found is that the use of drugs has hindered the therapy. **CONCLUSION:** Although the Directly Observed Treatment is a recommendation of the World Health Organization / Ministry of Health, consolidation continues to be identified as the main difficulty in efforts to control tuberculosis, and therefore, the characterization profile remained virtually unchanged, with high rates distant from the proposed targets. Efforts must be made to reverse the reality, even those no longer considered a priority. The difficulties pointed out by the managers should be targets of strategic actions; need an awareness / education on the importance of treatment of tuberculosis.

KEYWORDS: Public Health. Health Services. Tuberculosis. Therapeutic.

Sumário

CAPÍTULO I	19
INTRODUÇÃO	20
1.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	244
CAPÍTULO II	27
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
CAPITULO III	29
PERCURSO METODOLÓGICO	29
3.1 Tipo de Pesquisa	30
3.2 População	30
3.3 Critérios de Inclusão	30
3.4 Cenário de Estudo	30
3.5 Coleta de Dados	34
3.6 Instrumento de Coleta de dados	34
3.7 Tratamento dos Dados	35
3.8 Posicionamento Ético da Pesquisa	35
CAPÍTULO IV	366
RESULTADOS E DISCURSÕES	36
<i>Artigo 1</i>	37
O desempenho do Programa do Controle da Tuberculose em municípios prioritários do Estado da Paraíba no período de 2001 - 2012	Erro! Indicador não definido. 7
<i>Artigo 2</i>	53
O controle da Tuberculose: o trabalho dos gestores em pauta	Erro! Indicador não definido.
CAPITULO V	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
CAPITULO VI	70

REFERÊNCIAS	70
ANEXOS.....	74
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	75
TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO.....	76
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE	77
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - BAYEUX	79
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – SANTA RITA	80
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - CAJAZEIRAS	81
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – CAMPINA GRANDE	82
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - PATOS.....	83
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – JOÃO PESSOA	84
PARECER DO COMITE DE ETICA	85
FICHA TB SINAN.....	86
APÊNDICES	87
INSTRUMENTO A.....	88
INSTRUMENTO B	89

LISTA DE TABELAS

Artigo Um

O desempenho do Programa do Controle da Tuberculose em municípios prioritários da Paraíba no período de 2001 - 2012.

Tabela. 01:

Resultados de cura, abandono e óbito em municípios prioritários no PNCT do Estado da Paraíba/Brasil, 2001 – 2012.....43

LISTA DE FIGURAS

Artigo Um

O desempenho do Programa do Controle da Tuberculose em municípios prioritários da Paraíba no período de 2001 - 2012.

.

Figura 01:

Dendrograma das cidades conforme o critério Single Linkage (Ligação Simples).....42

Figura. 02:

Perfil epidemiológico da TB (cura) em municípios prioritários na Paraíba, 2001 - 2012.43

Figura. 03:

Perfil epidemiológico da TB (abandono) em municípios prioritários na Paraíba 2001 - 2012.
.....44

Figura. 04:

Perfil epidemiológico óbito por tuberculose em municípios prioritários pelo na Paraíba,
2001- 2012.....44

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BAAR	Bacilos Álcool-Ácido Resistente
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CGPNCT	Coordenação Geral do Programa Nacional do Controle da Tuberculose
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEVEP	Departamento de Vigilância Epidemiológica
DOTS	Directly Observed Treatment Shortcourse
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM-E	Índice de Desenvolvimento Humano Escolar
LACEN/PB	Laboratório Centro do Estado da Paraíba
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDR	Multidrogarresistência
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Proteína Purificada Derivada
PSF	Programa de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multirresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TS	Tratamento Supervisionado

APRESENTAÇÃO

No ano de 2010 a Secretaria Estadual de Saúde através da Coordenação estadual de Ações de Controle da Tuberculose do Estado da Paraíba realizou um levantamento epidemiológico e apontou as Macrorregiões de Saúde dentro do Estado com o menor número de cura, no mesmo ano foi ofertado uma atualização profissional para médicos e enfermeiros que atuavam na Atenção Primária a Saúde das referidas macrorregiões.

O interesse de se trabalhar a dissertação acerca da temática tuberculose e seu tratamento supervisionado, se pautou no baixo percentual de cura alcançados nos municípios paraibanos nos últimos cinco anos, e também, na necessidade de identificar fatores que vinham contribuindo para esta realidade.

O estudo foi desenvolvido por meio de coleta de dados de fonte primária e secundária. Ambos os resultado posteriormente foram comparados.

A Dissertação foi organizada da seguinte forma: parte pré textual, os capítulos da Introdução, Objetivos, Percurso Metodológico, Resultados e Discussão (substituídas por dois artigos intitulados: **O desempenho do programa do controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado da Paraíba no período de 2001 – 2012** e **O controle da tuberculose: o trabalho dos gestores em pauta** e Considerações Finais, Referência e parte pós textual.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A tuberculose - TB é a doença mais comum da humanidade¹, classificada como doença infecto-contagiosa de alta prevalência. A infecção causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* pode acometer qualquer órgão do corpo, como ossos, rins, laringe, pleuras e meninges entre outros, no entanto, os principais órgãos acometidos são os pulmões que caracteriza a infecção sob a forma clínica, TB pulmonar, que é a mais fácil de disseminação entre os indivíduos².

A Organização Mundial da Saúde estimou em 1990, que um terço da humanidade estava infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo oito milhões de novos casos e três milhões de mortes devidas a doença por ano. No mesmo ano, no Brasil, segundo a coordenação de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde, entre 35-45 milhões de habitantes estavam infectados pelo bacilo, sendo esperados 100.000 novos casos e cerca de 4.000 a 5.000 pessoas mortas pela doença. Atualmente, segundo o relatório anual da Organização Mundial da Saúde 2013, números encontrados foram 4.900 mil morte somente pela TB, 2.500 mil pela coinfeção TB/HIV-AIDS, prevalência de 120 /100,000, e incidência de 92% da Tuberculose em pleno ano de 2012, o que configura a TB como problema de saúde pública, no país³.

A tuberculose – TB esteve durante o século XX dentro dos maiores problemas de saúde pública brasileira, sendo conhecida como calamidade negligenciada e não solucionada no século XXI, apresentando-se como grande desafio a essa e as demais nações já que compartilham realidades semelhantes^{4:5:6}.

Diferente do que se imaginou nas décadas de 60 a 70, de que, com a conquista de uma potente quimioterapia, a doença tenderia a um efetivo controle, a tuberculose recrudescceu em todo o mundo. Este recrudescimento foi facilitado por suas relações com a pandemia do HIV, pela ampliação da miséria das populações mais desfavorecidas, a progressiva diminuição dos investimentos no setor de saúde e a deterioração dos serviços de assistência pública³.

No Brasil, os casos de TB também estão relacionados ao fenômeno do movimento das populações. O aumento da circulação das pessoas tendo como base o êxodo rural nas nações tem proporcionado ao surgimento dos aglomerados humanos, que em suas totalidades são insalubres e até impróprio para suas sobrevividas, faltando-lhes os serviços mais básicos, tais como infra-estrutura, rede de esgoto e abastecimento de água e coleta de subprodutos.

Atualmente 22 países concentram 80% de todos os casos da doença no mundo. A tuberculose continua sendo um problema mundial de saúde pública, onde as taxas de mortalidade e morbidade continuam a subir. O *Mycobacterium tuberculosis* infecta

aproximadamente um terço da população do mundo e permanece como a principal causa de morte por doença infecciosa no mundo³.

Apresentando magnitude no sentido de doença de larga distribuição epidemiológica, transcendência por está presente na sociedade desde os primórdios e vulnerabilidade por se caracterizar como doença de fácil disseminação⁶. E apesar de amplo conhecimento técnico – científico sobre a doença, o aumento da prevalência e incidência da referida patologia está intimamente associada a pobreza, desnutrição, conglomerados, alojamentos em condições deficientes, co-infecção com HIV e cuidados de saúde inadequados^{7,8}.

Estudos evidenciaram que a resolutividade da tuberculose – TB é mais complicada por causa do tratamento que é prolongado e que pode desencadear no acometido resistência a adesão adequada, uma menor eficácia de drogas de segunda linha anti-TB associados aos diversos efeitos colaterais existentes⁹. Estudo realizado em 134 nações da América, África, Ásia e Europa mostrou que a taxa de incidência da referida patologia estava declinando mais rapidamente em países desenvolvidos, esses por sua vez apresentavam maiores Índices de Desenvolvimento Humano, menores taxas de mortalidade infantil e detinham melhores acessos aos serviços de saneamento básicos e o inverso foi identificado em nações em desenvolvimento¹⁰.

Em 1993 a OMS declara a TB como uma emergência mundial e aponta a DOTS como o meio mais eficaz para alcançar as metas preconizadas^{11;12;13}. O Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração - DOTS pautada em cinco pilares: a Detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; o Tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução (DOTS ou tratamento supervisionado); o Fornecimento regular de medicamentos; um Sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento¹¹, elementos estes, destinados a obtenção de cerca de pelo menos 70% detecção de todos os casos de tuberculose e 85% de taxa de cura com até 5% taxa de abandono. Essa estratégia passa a ser um pilar fundamental da nova estratégia Stop TB anunciado em 2006^{3;9;11}.

Com a implantação e expansão da estratégia DOTS proposta pela OMS identificou-se pontos positivos em nações que seguiram as recomendações, a referida estratégia chegou a cobrir cerca de 83% de todos os casos de tuberculose – TB de toda a população mundial.

O sucesso do tratamento do DOTS chegou a cobrir 1,7 milhões de pacientes em 2003 cerca de 82%, em média, próxima da meta de 85% estabelecida para 2005. O sucesso do tratamento foi abaixo da média em regiões Africanas (72%), o que pode ser parcialmente atribuído à ocorrência de co-infecção HIV e, em regiões

Europeias (75%), em parte devido à resistência aos medicamentos. A resistência às drogas é uma séria ameaça para a saúde pública em todos os países, especialmente na Rússia, onde as maiores taxas de multirresistência são presentemente acompanhado por um aumento rápido da infecção pelo HIV⁹.

A implementação da estratégia DOTS na África do Sul desde 1996, tem vindo a melhorar a disponibilidade de medicamentos, o diagnóstico bacteriológico e o acompanhamento do programa¹⁴.

A República da Moldávia passa adotar a estratégia DOTS em 2001 empenhada em alcançar as metas preconizadas pela OMS, paralelamente iniciou reformas internas no sistema de saúde, principalmente na reorientação da assistência primária à saúde – APS. Os números de casos notificados aumentaram em 50% no período de 2001 a 2005. Melhorias na rede laboratorial, na vigilância, treinamento do pessoal médico e sensibilização do público foram pontos que contribuíram para o aumento da detecção de casos¹⁵.

Em 1991 o governo chinês introduz para o controle da TB o DOTS recomendada pela OMS. Sendo implantada inicialmente em 12 províncias cobrindo uma população de 573 milhões, aproximadamente 50% da população da referida nação e outros anos de expansão da estratégia foram 1992, 1993 e 1994¹⁶.

A referida nação no período de 1991 a 1995 passa a expandir DOTS rapidamente passando a cobrir mais de 90% da população-alvo em diversos municípios. “Durante a implementação do DOTS, o percentual de casos previamente tratados diminuiu entre todos os casos com baciloscopia positiva e os resultados do tratamento melhorou”. E apesar dessas conquistas, a taxa de detecção de novos casos com baciloscopia positiva foi estimado em “apenas 54% em 1998 e 41,2% dos municípios tinham um nível abaixo da média ou detecção de casos com variação substancial entre as províncias¹⁶”.

A expansão geográfica da DOTS, o fortalecimento da mesma e a colaboração farmácia hospitalar-TB foram as principais tomadas de decisões do governo chinês para o controle e combate a doença, mesmo assim, o país continua entre os 22 países que apresentam maior carga da doença, devido a pobreza e exclusão social¹⁷.

Ainda em relação a outras nações, estudos apontaram que embora a DOTS tenha proporcionado elevadas taxas de detecção de casos e de cura, a Índia, que é uma nação asiática tem apresentado uma tecnologia fragilizada e na maioria das vezes uma infraestrutura de saúde pública inadequada. O sucesso do controle da tuberculose – TB na referida nação está longe de ser alcançado e a literatura tem mostrado que há um enfrentamento de vários desafios importantes para o referido país. O maior deles é sem dúvida continuar uma

expansão eficaz de modo a cobrir a metade restante do país, onde muitas das quais tem apresentado uma infra-estrutura de saúde pública mais fragilizada do que em áreas já cobertas¹⁸.

No Brasil, a DOTS foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da TB - PNCT no ano de 1998^{12;19}. E no ano de 2006 foi criado o Pacto pela Saúde constituído por três pilares: o Pacto em defesa do Sistema Único de Saúde – SUS, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto pela Vida que estabelece entre outros, o controle de doenças reemergentes, dentre elas, a tuberculose – TB por meio do fortalecimento da capacidade do sistema de saúde em dar resposta imediata¹¹.

Após a implantação da DOTS no Brasil, no ano de 2005 como resultados positivos encontrados foram: a detecção de 73,5% dos casos estimados da doença, uma taxa de cura de 69,3% de todas as formas de TB e 71,3% somente da forma pulmonar bacilífera. Neste mesmo ano, também foi registrada uma redução de 5,7% no coeficiente de incidência da patologia. E com isso, corroborou-se que *“com a utilização da DOTS registra-se queda da taxa de abandono e o acesso garantido aos medicamentos, incluindo os casos de tuberculose multirresistente – TBM³”*.

No panorama atual do Brasil mostra que as metas estabelecidas para o controle da TB mantém índice indesejável, o que configura um grande impasse e desafio para os gestores no tocante ao enfrentamento da patologia²⁰.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN em 2008 foram registrados 85.000 mil casos ao ano, e desses, 71.000 mil são notificados como casos novos. Em 2009, aproximadamente 6.000 mil pessoas/ano morriam no país. O percentual de cura chegava somente 72,2% e a de abandono chegava a 11,7%, podendo atingir em algumas capitais brasileiras, os valores de 30 a 40%. Em 2010, o número de óbitos caiu para 4,5 mil/ano, taxa de incidência de 37,1% e taxa de mortalidade de 2,4%¹¹. Esses dados representam um ponto positivo para o país embora ainda persista um desafio para o controle da TB.

Ainda em relação aos casos de óbitos, evidencia-se que quando são ocasionados por TB, no Brasil, acabam recebendo sua notificação por doenças paralelas que acometiam ao indivíduo, não se sabe o porquê que não houve uma investigação apurada, autópsia ou se houve manipulação de informações, mas há hipótese, que talvez seja por não ter sido diagnosticado precocemente o que contribui para as subnotificações.

No Estado da Paraíba, o DOTS foi implantada oficialmente no ano de 1999 em dez municípios, sendo eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Sapé, Campina Grande, Monteiro, Patos, Pombal, Sousa e Cajazeiras todos com população igual e/ou maior que 50 mil habitantes²¹, passando a ser inserida diretamente dentro do antigo Programa de Saúde da Família – PSF¹⁹, atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família – ESF, regulamentada pela Portaria Ministerial de nº 2.488 de 21 de outubro de 2011¹¹. Essa portaria também estabelece que é na Atenção Primária à Saúde em que se encontrada a principal porta de entrada para o atendimento à TB, e assim, desta forma ocorre a transferência de responsabilidades entre os níveis de atenção à saúde na esfera municipal e passa-se a exigir do mesmo, maior responsabilização na implementação de ações de controle de agravos da doença.

Estudos realizados no Estado paraibano apontaram que nos municípios onde aconteceram as primeiras implantações da estratégia do tratamento da tuberculose apresentaram resultados positivos, e a partir de então se observou uma larga expansão da mesma concomitantemente com a Estratégia de Saúde da Família¹².

Atualmente a Paraíba é dividida geopoliticamente em 223 municípios e dos 10 que foram declarados prioritários apenas 06 continuaram como foco de intensificação das ações de controle da TB, com criação e publicação da nota técnica nº 15 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS de 2011, baseando-se em critérios de população acima de 100.000mil habitantes, cidades sedes dos Estados, incidência da doença, número de óbitos por tuberculose – TB e a presença de rede laboratorial especializada para referência¹¹.

Com a publicação da nota técnica, os municípios excluídos foram: Bayeux, Patos e Cajazeiras, permanecendo como prioritários para o controle da TB, João Pessoa, Santa Rita e Campina Grande. Em 2011, o Estado paraibano registrou 1.419 casos de TB sob todas as formas. Em relação ao tratamento o Estado mostrou cura de 59,33% (842 casos) muito abaixo da meta nacional. Abandono de 13,66% (194 casos) taxa acima do recomendado, óbitos 3,52% (50 casos) e 23,47% de outros, transferência e co-infecção TB/HIV-AIDS (333 casos)¹¹.

1.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Atenção à tuberculose está organizada sob a óptica de hierarquia de serviços. Caracterizada por uma rede de infraestrutura desde os serviços mais básicos, como a simples

identificação de casos, até os mais complexos como a oferta de serviços especializados entre eles, a presença de uma rede laboratorial para agilizar a um diagnóstico laboratorial e que possa dar uma resposta em tempo ágio. Dessa forma, a concepção da avaliação desses serviços em saúde está centrada na relação da necessidade real da população, o tipo de serviço prestado, a sua eficiência e efetividade, visando produzir dados reais acerca dos problemas de saúde para que se possam fortalecer as políticas de ações melhorando-as em seus desempenhos¹².

Neste sentido, a avaliação dos serviços de ações de controle da tuberculose – TB está relacionada às respostas dadas pelos serviços e também a outros fatores relacionados ao indivíduo como, a capacidade de identificação e captação precoce com diagnóstico dos casos, condições da oferta da adesão ao tratamento adequado e pelo tipo de desfecho final do mesmo que está relacionado entre outros fatores, à capacidade da criação ou não do vínculo da pessoa com TB ao serviço. O vínculo explanado tem que ser do tipo bidirecional, doente-equipe de saúde²¹.

Por meio do vínculo é possível de medir o nível de satisfação e esta pode “*contribuir para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços além de ser uma ferramenta para o controle social*”²². A terapêutica da TB exige primordialmente o envolvimento da pessoa com TB e sem a participação deste, o tratamento poderá estar comprometido, não se faz tratamento apenas por uma das partes envolvidas no processo do tratamento.

A avaliação de serviços de ações de controle da tuberculose é complexa, os segmentos usuários, familiares, estrutura física, corpo profissional, a gestão e as ações dispensadas todos devem interagir. Dessa forma, afere-se o quanto é complexa a avaliação desses serviços dentro do próprio contexto.

O desenvolvimento técnico-científico e as transformações político-econômicas, que marcam as sociedades capitalistas ocidentais, não só têm trazido consigo uma crescente valorização da saúde como dimensão nuclear para o bem estar individual e coletivo como também levam à constituição de sistemas de atenção à saúde cada vez mais amplos e complexos²³.

Os serviços estão centrados e orientados no sentido da necessidade real e potencial de saúde da população ao qual os mesmos estão sendo ofertados, analisa-se também esse tipo de serviços, sua eficiência, eficácia e efetividade, dessa forma, a compreensão sobre os serviços de saúde e em especial os que estão direcionados a terapêutica da TB passa a assumir grande

relevância, pois se volta para a criação de conhecimentos sobre os próprios serviços podendo orientá-los perante as políticas existentes e podendo melhorar seu desempenho, suprimindo as necessidades da população²³.

Nesse contexto, a avaliação dos serviços de saúde se torna essencial, considerando que a avaliação passa a se constituir como instrumento para tomada de decisão, “*apesar disso, o seu uso ainda é pouco utilizado por parte da gestão para aferir um melhoramento dos mesmos*”²⁴. A avaliação da terapêutica da TB é ampla, começa durante a parte mais simples do primeiro contato, através da busca ativa dos sintomáticos respiratórios e dos contatos destes, em relação a busca, entende-se que a mesma está dentro dos papéis de ações de todos os membros da estratégia de saúde da família e condizem com o princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde, depois pela adesão ao tratamento da pessoa com TB.

Recomenda-se que o tratamento supervisionado seja posto em prática como forma de assegurar uma eficácia e eficiência na terapêutica (em termos de medicamentos). Sabe-se que, por meio do mesmo a chance de um desfecho final positivo é maior, ou seja, a cura da doença e diminuindo a chance do abandono, o que pode levar a um quadro de multirresistência e por fim, o óbito, que aqui pode ser entendido como insucesso do tratamento¹¹.

Os serviços de atenção a TB almejam a conquista da cura do doente, nesse processo, vários contextos são envolvidos, além do compromisso do doente com o tratamento, aponta-se a efetivação do tratamento supervisionado pela equipe de saúde. Entende-se aqui por efetivação, o processo que funcione, a ação ou efeito de efetivar, tornar efetivo²⁵.

CAPÍTULO II

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Avaliar a efetivação do tratamento supervisionado em relação aos aspectos epidemiológicos e de gestão da atenção à tuberculose nos municípios prioritários de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, no período de 2001 a 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ investigar os resultados de cura, abandono e óbito nos municípios em estudo;
- ✓ verificar as taxas de prevalência da tuberculose nos municípios em estudo;
- ✓ analisar as facilidades e dificuldades apontadas pela gestão do Programa de Controle da Tuberculose na implementação do tratamento supervisionado nos municípios.

CAPITULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Pesquisa

Estudo transversal de abordagem quanti-qualitativo que se propõe estudar casos antigos e novos de uma patologia (tuberculose) em determinado tempo e espaço.

3.2 População

A população do estudo foi composta por 8.166 casos de tuberculose diagnosticados e notificados nos municípios de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras o que corresponde a 50,93% do total dos casos diagnosticados e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN-net. O Estado da Paraíba no intervalo de 2001 a 2012 apresentou em números 16.003 mil casos de TB que foram notificados no Sistema, correspondendo a 100% de todos os casos existentes no Estado,

3.3 Critérios de Inclusão

Municípios que foram declarados pelo Ministério da Saúde – MS como prioritários para o PNCT, no Estado da Paraíba de 1999 a setembro de 2012;

Casos confirmados e notificados no SINAN no período de 2001 a 2012;

Casos confirmados e notificados no SINAN e que residam nos referidos municípios em estudo.

3.4 Cenário de Estudo

O estudo teve como cenário os seguintes municípios do Estado da Paraíba: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Cajazeiras e Patos.

João Pessoa, capital do estado, localizada na mesorregião da zona da Mata apresenta 211, 474 km² da unidade territorial. Classifica-se como cidade de grande porte, sua população é de 742. 478 habitantes, com densidade demográfica de 3.421,30 hab/km², IDH de 0,783 (sendo o maior do Estado) e 0,885 de índice de educação IDHM-E, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE²⁶.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS até dezembro de 2013 (última atualização), o município de João Pessoa tinha credenciados 1.809 Agentes Comunitários de Saúde – ACS e cadastrados e implantados no sistema 1.434 ACS cobertura populacional de 100%; 181 Equipes de Saúde da Família – ESF credenciadas, cadastradas e implantadas 176 ESF, mais a existência de 08 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, com cobertura populacional estimada em 81,78%²⁷. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por (46) ESF mais 04 (quatro) Equipes PACS, o Distrito II é formado por 39 (trinta e nove) ESF mais 01 (uma) Equipe PACS, o Distrito III é formado por 53 (cinquenta e três) ESF mais 03 (três) Equipes PACS, o Distrito IV é formado por 26 (vinte e seis) ESF e o distrito V é formado por 18 (dezoito) ESF.

Bayeux, município localizado na mesorregião da zona da Mata fazendo parte da grande João Pessoa, apresenta 31, 973 km² da unidade territorial. Classifica-se como município de médio porte, sua população é de 100.543 habitantes, com densidade demográfica de 3.118,76 hab/km², IDH de 0,689 (sendo o quinto maior do Estado) e 0,798 de índice de educação - IDHM-E²⁶.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS até dezembro de 2013 (última atualização), o município de Bayeux tinha credenciados 224 ACS, cadastrados 223 ACS e implantados 216 ACS com cobertura populacional de 100%. Credenciadas 37 ESF, cadastradas 28 ESF e implantadas 27 ESF, com cobertura populacional estimada em 92,65%²⁷. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por 06 (seis) ESF, o Distrito II é formado por 06 (seis) ESF, o Distrito III é formado por 06 (seis) ESF, o Distrito IV é formado por 06 (seis) ESF e o Distrito V é formado por 04 (quatro) ESF.

Santa Rita, município localizado na mesorregião da zona da Mata fazendo parte da grande João Pessoa, apresenta 726, 843 km² da unidade territorial. Classifica-se como município de grande porte, sua população é de 121.994 habitantes, com densidade demográfica de 165,52 hab/km², IDH de 0,659 (sendo o décimo quinto maior do Estado) e 0,722 de índice de educação - IDHM-E²⁶.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS até dezembro de 2013 (última atualização), o município de Santa Rita tinha credenciados 251 ACS,

cadastrados no sistema 226 ACS e implantados 205 ACS com cobertura populacional de 96,62%. Credenciadas 40 ESF, cadastradas 35 ESF e implantadas 32 ESF com cobertura populacional estimada em 90,50%²⁷. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por 13 (treze) ESF, o Distrito II é formado por 13 (treze) ESF e 01 (uma) âncora, o Distrito III é formado por 13 (treze) ESF e 01 (uma) âncora.

Campina Grande, município localizado na mesorregião da Borborema apresenta 594, 179 km² da unidade territorial. Classifica-se como município de grande porte, sua população é de 389.995 habitantes, com densidade demográfica de 648,31 hab/km², IDH de 0,721 (sendo o terceiro maior do Estado) e 0,844 de índice de educação - IDHM-E²⁶.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS até dezembro de 2013 (última atualização), o município de Campina Grande tinha credenciados 646 ACS, cadastrados e implantados 595 ACS cobertura populacional de 87,73%. Credenciadas 100 ESF, cadastradas e implantadas 91 ESF, com cobertura populacional estimada em 80,50%²⁷. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por 15 (quinze) ESF, o Distrito II é formado por 17 (dezessete), o Distrito III é formado por 14 (quatorze) ESF, o Distrito IV é formado por 16 (dezesesseis), o distrito V é formado por 19 (dezenove) ESF e o Distrito VI é formado por 26 (vinte e seis) ESF.

Patos, município localizado na mesorregião do Sertão apresenta 473, 054 km² da unidade territorial. Classifica-se como município de grande porte, sua população é de 102.020 habitantes, com densidade demográfica de 212,82 hab/km², IDH de 0,678 (sendo o nono maior do Estado) e 0,768 de índice de educação - IDHM-E²⁶.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS até dezembro de 2013 (última atualização), o município de Patos tinha credenciados 237 ACS, cadastrados 235 e implantados 230 ACS cobertura populacional 100%. Credenciadas 39 ESF, cadastradas 38 ESF e implantadas 37 ESF com cobertura populacional estimada em 100%²⁷. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por 09 (nove) ESF, o Distrito II é formado por 10 (dez) ESF, o Distrito III é formado por 09 (nove) ESF e o Distrito IV é formado por 10 (dez) ESF.

A Rede de atendimento a tuberculose municipal apresenta como porta de entrada e vigilância as ESFs, apresentando um laboratório municipal para realização das BAARs (baciloscopia) a referida unidade hospitalar é também referencia para outros municípios da microrregião de Patos, o tempo previsto para entrega dos resultados é de até 5 (cinco) dias, as culturas são todas referenciadas para o Laboratório Centro do Estado da Paraíba localizado no município de João Pessoa – PB e também para o Hospital Hélio Fraga localizado no município do Rio de Janeiro – RJ.

Na Atenção Secundária o município conta com a Policlínica Frei Damião, de forma complementar ao SUS municipal e com o Hospital Regional Janduir Carneiro para atendimento aos casos de complicação e em caráter Estadual a referência do município é o Complexo Hospitalar Clementino Fraga sediado em João Pessoa - PB.

Cajazeiras, município localizado na mesorregião do Sertão apresenta 565, 896 km² da unidade territorial. Classifica-se como município de médio porte, sua população é de 59.130 habitantes, com densidade demográfica de 103,28 hab/km², IDH de 0,685 (sendo o sétimo maior do Estado) e 0,755 de índice de educação - IDHM-E²⁶.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS até dezembro de 2013 (última atualização), o município de Cajazeiras tinha credenciados 145 ACS, cadastrados e implantados 143 ACS cobertura populacional 100%. Credenciadas 24 ESF, cadastradas e implantadas 18 ESF com cobertura populacional estimada em 100%²⁷. A rede de Atenção Primária a Saúde não está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos e sim ao tradicional sistema das equipes ligadas diretamente a Coordenação de Atenção Primária.

A Rede de atendimento a tuberculose municipal apresenta como porta de entrada e vigilância as ESFs, apresentando um laboratório municipal para realização das BAARs (baciloscopia) que está localizado na Policlínica Orcino Guedes, o referido laboratório é também referencia para outros 14 municípios da microrregião de Cajazeiras, o tempo previsto para entrega dos resultados é de até 3 (três) dias, as culturas são todas referenciadas para o LACEN, localizado no município de João Pessoa – PB. Para atendimento aos casos de complicação a referência do município é o Complexo Hospitalar Clementino Fraga também localizado em João Pessoa - PB.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos:

Fonte Secundária

1º momento: os dados secundários foram coletados junto ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN-net.

No primeiro momento foram coletados número de casos de tuberculose pulmonar e extra-pulmonar para levantamento da taxa de incidência e prevalência da situação atual de encerramento da TB: cura, abandono e óbito.

Fonte Primária

2º momento: os dados primários foram coletados através de instrumento semi - estruturado (roteiro), que foi aplicado sob a forma de entrevista gravada, sendo transcritas. Essas entrevistas foram realizadas junto aos coordenadores das ações de controle de tuberculose dos municípios.

Respeitando a Resolução 466/2012 do CNS/MS, as entrevistas foram realizadas mediante informações sobre a pesquisa, aceitação para participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

3.6 Instrumento de Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados primários semi – estruturado foi formulado em duas partes, a primeira contendo quesitos sobre informações pessoais para identificação dos sujeitos, e a segunda parte formulada de questões subjetivas;

O instrumento de coleta de dados secundários está formulado por questões que foram baseadas nos indicadores (período disponível, município de diagnóstico e residência, tipo de tuberculose, tipo de classificação do caso, faixa etária das pessoas com TB e situação de encerramento) do sitio SINAN-net, conforme a necessidade dos objetivos traçados.

3.7 Tratamento dos Dados

Para tratamento dos dados primários foi utilizada a técnica da análise de conteúdo²⁸, enquanto que para o lapidar dos secundários foi utilizado o programa R versão R 2.15.1, sendo utilizada a técnica de análise de agrupamento (conglomerado), e a do método de ligação simples.

3.8 Posicionamento Ético da Pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba em 08 de março de 2013 com CAAE nº 15221113.6.0000.5187, PARECER nº 311.065, a mesma seguiu todas as recomendações da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCURSÕES

O desempenho do Programa do Controle da Tuberculose em municípios prioritários do Estado da Paraíba no período de 2001 - 2012

Elicarlos Marques Nunes¹

Edwirde Luiz Silva²

Maria Aparecida Alves Cardoso³

Roxana Isabel Cardozo Gonzales⁴

Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁵

RESUMO

A Tuberculose tem sido um grande problema de saúde pública ao longo de todo o séc. XX e persistindo no XXI. O estudo teve como objetivo investigar os resultados de cura, abandono e óbito em municípios paraibanos prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PNCT-MS). Estudo transversal de abordagem quantitativa. Fizeram parte do estudo casos antigos e novos de tuberculose referentes a seis municípios. O estudo apontou que a tuberculose pulmonar correspondeu a 50,30%, a prevalência teve poucas variações, apresentou médias das taxas de cura de 70,05%, de abandono 8,51% e óbito 0,84%. A faixa etária de 45–54 registrou o maior número de casos.

¹Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande (PB), Brasil; Enfermeiro assistencial da Estratégia de Saúde da Família no município de Catolé do Rocha /PB/Brasil.

²Doutor em Estatística e Investigação Operativa pela Universidade de Granada/Espanha. Docente do Departamento de Estatística da Universidade Estadual da Paraíba - Campina Grande/PB/Brasil.

³Pós-Doutorado pela Universidade de Leiden, Holanda; Docente do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande/PB/Brasil.

⁴Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil; Docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas/RS/Brasil.

⁵Pós-Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) – São Paulo/SP/Brasil; Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB – Campina Grande/PB/Brasil.

Autor para correspondência: Elicarlos Marques Nunes, Rua Domitila Cabral de Castro s/n. CEP 58.429-570. Bairro Universitário (Bodocongó). Campina Grande – PB.
elicalosnunes@yahoo.com.br / arlos_pb@hotmail.com

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse.

A pesquisa foi financiada com recursos próprios.

Conclui-se que as metas propostas pelo PNCT-MS para a situação de encerramento dos casos, não foram atingidas pelos municípios, o que contribui para a manutenção da incidência elevada da doença.

DESCRITORES: Serviços de Saúde; Tuberculose; Cura, Abandono, Óbito.

ABSTRACT:

Tuberculosis was a major public health problem over the 20th century and still persistent on the 21st century. This work aimed to investigate the cure, abandoning and death results in high-priority municipalities from the state of Paraíba – Brazil considered as high-priority by the Health Office National Program for Tuberculosis Control (PNCT-MS). Quantitative transversal study. New and old tuberculosis cases from six municipalities were part of the analysis. The work pointed out that pulmonary tuberculosis comprehended 50.30%, the prevalence presented little variation, with average rates of 70.05% for cure, 8.51% for abandoning e 0.84% for death. The 45-54 age group registered the highest number of cases. It can be concluded that the goals, proposed by the PNCT-MS regarding the cases closure, were not achieved by the cities, which contributes to the maintenance of a high disease prevalence rate.

Descriptors: Health services; Tuberculosis; Cure, Abandonment, Death.

RESUMEN

La tuberculosis ha sido un importante problema de salud pública en todo el siglo. XX y XXI cumplen. El estudio tuvo como objetivo investigar los resultados de la curación, el abandono y la muerte en prioridad para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud (PNCT-MS) paraibanos municipios. Estudio transversal, con abordaje cuantitativo. Los participantes del estudio antiguos y los nuevos casos de tuberculosis relacionados con seis municipios. El estudio encontró que la tuberculosis pulmonar representaron el 50,30%, la prevalencia tuvo pocas variaciones, mediante las tasas de curación de 70.05%, 8.51% el abandono y la muerte 0,84% presentado. El grupo de edad 45-54 registró el mayor número de casos. Se concluye que las propuestas del PNCT-MS para la situación de los casos de cierre, los objetivos no se cumplieron con los municipios, lo que contribuye al mantenimiento de la alta incidencia de la enfermedad.

Palabras clave: Los servicios de salud; Tuberculosis; Cura, abandono, muerte.

INTRODUÇÃO

O Brasil atualmente ocupa a 17ª colocação entre os 22 países que concentram cerca de 80% do total de todos os casos de Tuberculose no mundo. “*No ano de 2012, foram notificados no país 71.230 casos novos de tuberculose (71/100.000), sendo 40.152 (56%) com baciloscopia positiva e 4.900 mil óbitos (2,5/100.000) sob todas as formas da doença¹*”.

O único país da América Latina que está incluso entre as 22 nações com concentração de 80% de todos os casos no mundo, é o Brasil. Esse fator está relacionado ao número populacional na maioria em conglomerados associado às precárias situações de vida, serviços básicos ineficientes e até inexistentes e for fim uma má organização nos serviços de saúde voltados a terapêutica da tuberculose^{2;3}.

Há uma estimativa que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de Koch e, estima-se que os casos diagnosticados e notificados pelos serviços de saúde no Brasil podem representar apenas uma proporção dos casos existentes e que somente através a busca ativa e de um melhor comprometimento de gestores e profissionais da saúde se pode chegar a um número próximo do real e do desejado⁴.

O que se percebe em nações em desenvolvimento, inclusive no Brasil, é a baixa existência de recursos mínimos para controle da TB, e dessa forma, a maior prevalência e incidência da tuberculose – TB estão concentradas principalmente em áreas de pobreza, outra realidade é que “o diagnóstico, tratamento e controle da infecção e os serviços de saúde pública não atendem às necessidades para o controle das epidemias, apesar das grandes conquistas no tratamento tanto da TB como da AIDS^{5;6}”.

Atualmente, o conhecimento sobre a etiologia, o modo de transmissão, as manifestações clínicas, o tratamento e as medidas de controle para tuberculose estão muito bem estabelecidas na literatura⁷. Contudo, está havendo limitações no controle da tuberculose – TB.

Nessa perspectiva a Estratégia do Tratamento Diretamente Observado – DOTS criada em 1993 pela Organização Mundial da saúde – OMS surge como um marco na abordagem da terapêutica da TB e se mostra como a forma mais eficiente e eficaz na tríade pessoa com TB/patologia/profissional. A terapêutica está estruturada em 5 (cinco) componentes básicos e basilares, sendo eles: a detecção de casos por baciloscopia dos sintomáticos respiratórios da demanda espontânea e por meio da busca ativa, o que gera a demanda agendada, tratamento padronizado de curta duração – TDO, fornecimento farmacológico regular, sistema de registro

e informação assegurando a avaliação da assistência, e por fim, um compromisso ético-político do governo assumindo o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde. “Em recentes fóruns nacionais e internacionais reconhece-se a importância do controle social e da organização dos serviços que, uma vez aliados aos cinco pilares, potencializam as ações para conter o avanço da TB^{3;8;9}”.

Através da busca de casos novos e antigos e com a utilização da DOTS registra-se queda da taxa de abandono e o acesso garantido aos medicamentos, incluindo os casos de tuberculose multirresistente – TBMR^{9;10}.

Estudo realizado no Estado da Paraíba mostrou que há uma ligação direta entre a expansão da Estratégia de Saúde da Família e a ampliação da DOTS, essa união fez com que entre os anos de 1999 a 2004 um percentual de cura atingissem 92% associado a uma baixa queda da taxa de abandono para 2%, o recomendado é de até 5%¹¹.

Estudos apontam que a incidência da tuberculose – TB no mundo foi observada no século XX, mais precisamente na década de 90. E também teve outro grande pico em 2004, mas, logo após, foi seguido de queda gradual chegando a obter taxa de cura de 85% de todos os casos notificados em quase todos os países que adotaram a DOTS, estabelecida em 1993¹².

O fator de Índice de Desenvolvimento Humano - IDH considerado bom ou excelente conferiu a algumas nações industrializadas uma progressiva queda da taxa de incidência da tuberculose - TB, o que se percebeu nesses países foram diminuições das mortes infantis e melhores prestações de serviços básicos de saneamentos, mas, a incidência da tuberculose - TB voltou a aumentar conforme os números de HIV/AIDS foram progredindo^{13;14}.

O Brasil, no ano de 2007, chegou a apresentar uma taxa de incidência de 62/100.00 habitantes,¹⁶. Em 2011 chegou a apresentar Coeficiente de Incidência de 36/100.000 habitantes,²² esse resultado positivo retirou o país da 15ª para 17ª colocação entre as 22 nações. Contudo, uma expectativa de erradicação da doença seria quase impossível, pois o desenvolvimento social do país reflete a situação atual da tuberculose – TB onde os determinantes sociais e o quadro da saúde tem desencadeado a apresentação da referida patologia¹⁵.

Para o estadiamento e efetivo controle da tuberculose – TB o que se percebe no contexto da referida moléstia é que os papéis dos gestores do campo da área da saúde: secretários, coordenadores e profissionais tornam-se importantíssimo desde que esses, assumam suas responsabilidades e que as atividades estabelecidas tais como a busca ativa, a identificação precoce de novos casos, uma rápida intervenção em grupos de maior risco, com

a adesão adequada ao tratamento se possa prevenir os óbitos, também é imprescindível que seja mantido um sistema de monitoramento constante¹⁶.

Neste sentido, o estudo objetivou investigar a situação de encerramento de cura, abandono e óbito por tuberculose em municípios paraibanos prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, no período de 2001 a 2012.

METODOLOGIA

Estudo transversal de abordagem quantitativa, de avaliação de serviços de saúde que teve como cenário de estudo seis municípios prioritários para o PNCT/MS do Estado da Paraíba: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Cajazeiras e Patos.

João Pessoa, capital do estado, localizada na mesorregião da Zona da Mata. Classifica-se como cidade de grande porte, sua população é de 723.515 habitantes. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por (46) ESF mais 04 (quatro) Equipes PACS, o Distrito II é formado por 39 (trinta e nove) ESF mais 01 (uma) Equipe PACS, o Distrito III é formado por 53 (cinquenta e três) ESF mais 03 (três) Equipes PACS, o Distrito IV é formado por 26 (vinte e seis) ESF e o distrito V é formado por 18 (dezoito) ESF¹⁷.

Bayeux, município localizado na mesorregião da Zona da Mata fazendo parte da grande João Pessoa. Classifica-se como município de médio porte, sua população é de 90.716 habitantes. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por 06 (seis) ESF, o Distrito II é formado por 06 (seis) ESF, o Distrito III é formado por 06 (seis) ESF, o Distrito IV é formado por 06 (seis) ESF e o Distrito V é formado por 04 (quatro) ESF¹⁷.

Santa Rita, município localizado na mesorregião da Zona da Mata fazendo parte da grande João Pessoa. Classifica-se como município de grande porte, sua população é de 120.310 habitantes. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por 13 (treze) ESF, o Distrito II é formado por 13 (treze) ESF e 01 (uma) âncora, o Distrito III é formado por 13 (treze) ESF e 01 (uma) âncora¹⁷.

Campina Grande, município localizado na Mesorregião da Borborema. Classifica-se como município de grande porte, sua população é de 385.213 habitantes. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é

formado por 15 (quinze) ESF, o Distrito II é formado por 17 (dezesete), o Distrito III é formado por 14 (quatorze) ESF, o Distrito IV é formado por 16 (dezesesseis), o distrito V é formado por 19 (dezenove) ESF e o Distrito VI é formado por 26 (vinte e seis) ESF¹⁷.

Patos, município localizado na mesorregião do Sertão. Classifica-se como município de grande porte, sua população é de 100.674 habitantes. A rede de Atenção Primária a Saúde está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos: o Distrito I é formado por 09 (nove) ESF, o Distrito II é formado por 10 (dez) ESF, o Distrito III é formado por 09 (nove) ESF e o Distrito IV é formado por 10 (dez) ESF¹⁷.

Cajazeiras, município localizado na mesorregião do Sertão. Classifica-se como município de médio porte, sua população é de 58.446 habitantes. A rede de Atenção Primária a Saúde não está organizada sob a óptica de Distritos Geo-Administrativos e sim ao tradicional sistema das equipes ligadas diretamente a Coordenação de Atenção Primária.

A população do estudo foi composta por 8.166 acometidos pela tuberculose referentes aos municípios de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras o que corresponde a 50,93% de todos os casos do Estado da Paraíba.

Utilizou-se como critério de inclusão, todos os casos de TB diagnosticados e notificados no período de 2001 a 2012 no SINAN, residentes nos Municípios declarados pelo PNCT-MS como prioritários para a tuberculose no Estado da Paraíba, no período de 1999 a setembro de 2012.

Foram coletados número de casos de tuberculose pulmonar e extra-pulmonar para levantamento da taxa de prevalência da doença de cada município em estudo. Investigou-se também a situação de encerramento (cura, abandono e óbito), no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2012.

Para coleta de dados utilizou-se um instrumento estruturado para levantamento dos dados de situação de encerramento dos casos de TB (cura, abandono e óbito), município de diagnóstico e residência, tipo de classificação do caso e faixa etária.

Os dados foram digitados no programa R versão R 2.15.1 e processados. Para a combinação dessas informações, o método utiliza o conceito de distâncias entre as cidades e também entre os anos de 2001 a 2012, gerando uma matriz de similaridade em ambos os casos. Essa matriz é calculada através de várias medidas de distância, neste caso é utilizada a euclidiana, que é uma distância geométrica no espaço multidimensional gerando semelhanças entre observações. Depois de definidas as distâncias entre as variáveis, o passo seguinte no procedimento da análise de agrupamento foi caracterizar os mesmos em grupos baseados nas

suas distâncias. Há vários métodos que realizam esse processo. O método proposto neste estudo foi o agrupamento hierárquico do vizinho mais próximo. A validação da análise de agrupamento foi realizada através do coeficiente de correlação cofenético. Este coeficiente mede o grau de preservação das distancias emparelhadas pelo dendrograma resultante do agrupamento em relação às distancias originais¹⁹.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS com CAAE nº 15221113.6.0000.5187.

RESULTADOS

A Paraíba no período de 2001 a 2012 registrou 16.033 casos (100%) de TB diagnosticados e notificados no SINAN-net, desses 14.280 casos (89,07%) foram diagnosticados TB pulmonar e 1.753 casos (10,93%) da TB extra-pulmonar. A distribuição por faixa etária correspondeu a: 696 casos (0-14anos), 2.680 casos (15-24anos), 3.688 casos (25-34anos), 5.863 casos (45-54anos), 1.618 casos (55-64anos) e 1.488 casos (acima dos 65 anos).

CASOS NOVOS

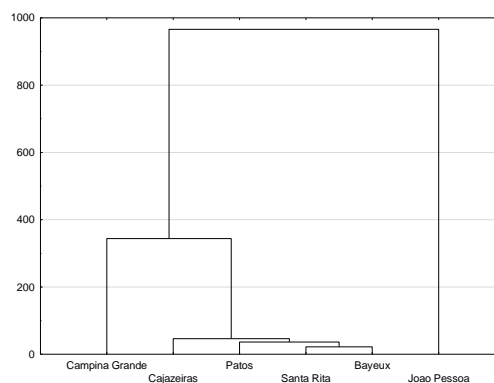


Figura 01. Dendrograma das cidades conforme o critério *Single Linkage* (ligação simples)

Os municípios em estudo apresentaram 8.166 casos de TB, o que corresponde a 50,93% do total. Desses, 7.234 (45,12%) foram diagnosticados TB Pulmonar e 932 (5,81%)

TB extra-pulmonar. No período estudado, os municípios apresentaram respectivamente as seguintes taxas de prevalência: João Pessoa, em 2009, apresentou maior prevalência (0,72%), Cajazeiras, em 2006 (0,66%), Bayeux, em 2004 (0,58%), Patos em 2005 (0,60%), Campina Grande em 2005 (0,50%) e Santa Rita, em 2008 (0,41%).

Tabela. 01: Resultados de cura, abandono e óbito em municípios prioritários no PNCT do Estado da Paraíba/Brasil, 2001 – 2012.

ENCERRAMENTO				
MUNICÍPIOS	CASOS ACUMULADOS (2001 – 2012)	CURA %	ABANDONO %	ÓBITO %
João Pessoa	4.915	57,72%	13,18%	1,46%
Bayeux	414	74,15%	9,90%	0,72%
Santa Rita	433	76,26%	4,14%	0,69%
Campina Grande	1.638	63,00%	12,88%	0,24%
Patos	467	74,94%	6,63%	0,64%
Cajazeiras	299	79,26%	4,34%	1,33%

Fonte: (SINAN, 2013)¹⁹

CURA

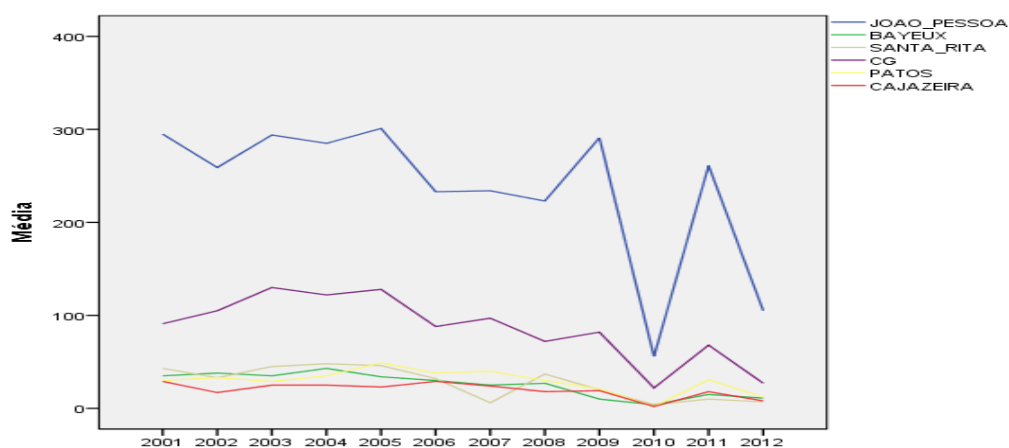


Figura. 02: Perfil epidemiológico da TB (cura) em municípios prioritários na Paraíba 2001 - 2012. Fonte: (SINAN, 2013)¹⁹

Observou-se a formação de três grupos distintos, João Pessoa se destacou do primeiro ao último ano abordado, Campina Grande apresentou-se em segundo lugar, enquanto que os municípios Bayeux, Santa Rita, Patos e Cajazeiras juntos praticamente formaram um terceiro grupo, embora analisando detalhadamente os números difiram, essa diferenciação pode ser comprovada com observação da figura 01, 02, 03 e 04.

Em relação a essas taxas aferi-se que no somatório dos 12 anos, apenas um município conseguiu atingir os 85% recomendados. João Pessoa apresentou cura dos casos: 301 em 2005 (72,70%), 295 em 2001 (77,22%), 294 em 2003 (80,10%), seguido por Campina Grande com 130 casos em 2003 (82,80%), 128 em 2005 (71,50%) e 122 em 2004 (79,73%), e Patos foi o único do Estado, com 49 casos em 2005 (89,00%), 40 em 2007 (97,56%) e 38 em 2006 (92,68%).

ABANDONO

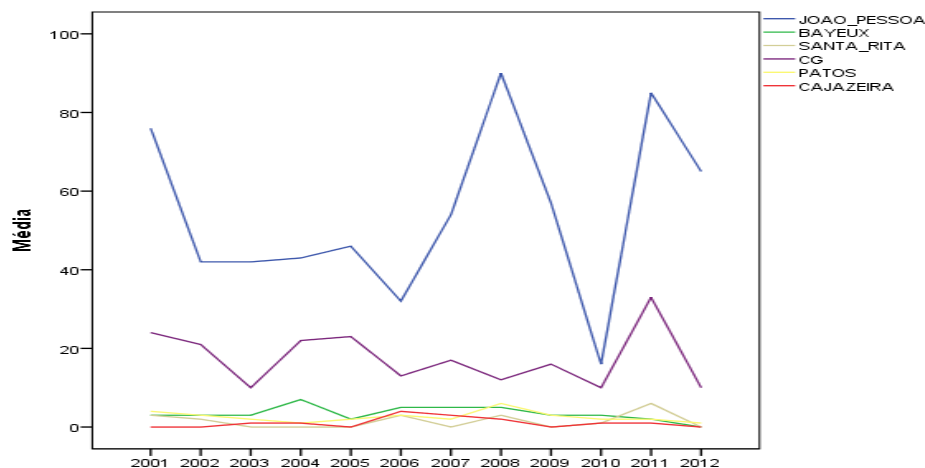


Figura. 03: Perfil epidemiológico da TB (abandono) em municípios prioritários na Paraíba 2001 - 2012. Fonte: (SINAN, 2013)¹⁹

João Pessoa apresentou casos de abandono de 90 em 2008 (20,55%), 85 em 2011 (19,45%) e 76 em 2001 (19,89%), seguido por Campina Grande com 33 em 2011 (22,44%), 24 em 2001 (20,00%) e 23 em 2005 (12,84%), Bayeux em terceira colocação com 07 casos em 2004 (13,72%), 05 casos no ano de 2008 (11,36%) e 03 casos no ano de 2003 (7,89%).

ÓBITO

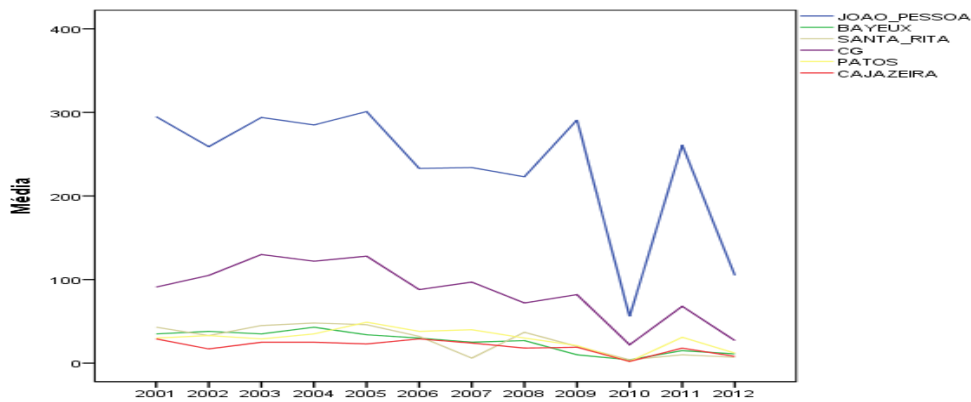


Figura. 04: Perfil epidemiológico óbito por tuberculose em municípios prioritários pelo na Paraíba, 2001-2012. Fonte: (SINAN, 2013)¹⁹

Campina Grande apresentou ao longo da série temporal a menor taxa de mortalidade sendo 0,24%, seguida por Patos com 0,64%, Santa Rita com 0,69%, Bayeux 0,72%, Cajazeiras 1,33% e João Pessoa com 1,46%. Esses valores corresponde ao somatório dos dozes anos em estudo.

DISCUSSÃO

Em 1994 foi implantado no Brasil o antigo Programa Saúde da Família (PSF), desde 1996 vem ocorrendo sua expansão e seus objetivos são pautados na Atenção Primária a Saúde – APS. Em 2006, o programa assumiu um caráter de política pública e passou a se chama de Estratégia de Saúde da Família - ESF, ainda nesse mesmo ano, foi criado o Pacto da Saúde e dentro de um dos seus pilares está o Pacto pela Vida²⁰, que trás entre outras patologias, a tuberculose (doença secular e negligenciada), tendo como meta, manter um controle para futuro estadiamento e erradicação da doença.

Os Estados e Municípios brasileiros através do pacto da saúde assumiram a responsabilidade do controle da tuberculose e as metas estabelecidas têm que ser alcançadas^{3;21}, essa é uma forma da qual os municípios paraibanos prioritários no PNCT-MS têm para conseguir atingir ao que lhes competem.

O que se evidencia ao longo da série temporal é que a implantação da ESF no Estado da Paraíba acontece de forma gradual, apenas os municípios mais populosos foram sendo

contemplados com a estratégia. O gerenciamento da ESF tinha como princípio, ser geridos pelos próprios municípios conforme a modalidade de habilitação dos mesmos, já aos municípios de pequeno e médio porte coube ao próprio Estado o gerenciamento, até que essas menores unidades federativas se habilitassem ao modelo conhecido como Gestão Plena de Sistema Municipal, e daí então, o Estado passou a ter cobertura ampliada²¹, esse processo também se evidenciou nos municípios em estudo.

Após a implantação da DOTS e transcorrido todo esse tempo, que se nota é que as taxas de prevalências nos municípios prioritários do PNCT do Estado da Paraíba praticamente mantiveram-se estável, não houve diminuição nem aumento significativo. Já por outro lado, estudos realizados em 134 nações da América do Norte, Ásia e Europa mostraram uma queda significativa das referidas taxas e o que ficou evidenciado nesses países é que em ambos apresentaram altos investimentos em serviços básicos e no campo da saúde¹³, embora se possa atribuir também a esses bons resultados, um compromisso maior na implantação e expansão da estratégia do tratamento diretamente observado – DOTS. Entende-se que aqui no Brasil poderemos ter bons resultados, desde que, também haja maiores investimentos no campo de serviços básicos e da saúde pública, fortalecendo principalmente a atenção primária a saúde com foco no tratamento supervisionado. Em parte é preciso maior sensibilidade por parte dos gestores.

Embora a implantação da DOTS na Paraíba tenha acontecido no ano de 1999¹¹ e depois de transcorrido todo esse tempo, os municípios prioritários ainda não conseguiram atingir as metas sugeridas pela OMS e MS, para o controle da tuberculose²¹.

A realização do estudo evidenciou que dos seis coordenadores atuais das ações de controle da TB, apenas dois eram coordenadores na gestão municipal anterior, outros quatro foram substituídos, e a instabilidade da permanência dos coordenadores repercute, porque na maioria das vezes os coordenadores novos que estão assumindo podem levar um período de tempo, até se acomodarem no cargo levam um período de improdutividade.

A população em estudo caracterizou uma predominância de doentes da TB no grupo dos adultos jovens²² o que representa a maior força do trabalho, esse fator torna-se significativo, pois, representar um futuro comprometimento da produtividade e vida ativa.

O estudo apontou que os acometidos por tuberculose da forma pulmonar dos municípios apresentou um predomínio de (50,30%), o que não difere da distribuição encontrada em outros estudos^{15;22}. A forma clínica da TB pulmonar no aspecto epidemiológico torna-se importante uma vez que é a forma que apresenta disseminação fácil

quando comparada a forma clínica extra pulmonar. A sua disseminação rápida e progressiva pode estar associada a determinantes sociais como apontam outros estudos¹⁵.

Os números brutos foram calculados de forma acumulada de 12 anos de estudos e embora acredite que esses casos tenha sido a demanda existente momentânea, entende-se que esses mesmos números expressos podem ser apenas uma representação de um montante.

A figura 01 trás em um dendrograma a representação do esquema de agrupamento dos municípios em estudo. Apresentando-se em uma escala que varia de 0 a 1000. Onde é possível visualizar os elementos de cada *cluster*, conforme o corte que se queira fazer, imaginando-se uma linha horizontal no dendrograma interceptando o eixo das coordenadas do ponto 300 a 350. Com base nessa figura, observa-se a existência de três (3) grupos distintos.

Os municípios de Bayeux, Santa Rita, Patos e Cajazeiras formam o grupo 1, Campina Grande forma o grupo 2 e João Pessoa forma o grupo 3. Observa-se que o grupo 2 apresenta similaridades com o grupo 1 enquanto que o grupo 3 por apresentar maiores similaridades se aproxima do grupo 2, nesse sentido Campina Grande em números de tuberculose chega a se aproximar de João Pessoa e essa por sua vez, se distancia dos demais. Após análise, foi constatado que o coeficiente cofenético foi relativamente alto ($cf = 0.9846$), podendo afirmar que a técnica de agrupamento dos municípios apresentou ótima qualidade.

Analisando a tabela 01 constatou-se que dos seis municípios em estudo na variável cura, enquanto que João Pessoa apresentou o pior resultado, Cajazeiras e Santa Rita foram os únicos que mais se aproximaram. Na figura 02 constata-se queda acentuada da cura em todos os municípios nos anos de 2002, 2004, 2006, 2008 e 2012, enquanto que no ano de 2007 registrou-se o menor número de cura nos municípios de Santa Rita e Campina Grande. Já os melhores resultados da cura foram registrados nos anos de 2003, 2005 e 2007 em todos os locais de estudo; e destacando-se em 2008, apenas Santa Rita apresentou pontos positivos.

Para fins de comparação, com taxa de cura inferior a 50%²³, após a sensibilização de gestores, a China é uma nação que passou a obter bons resultados, pois com a política adotada de expansão da estratégia DOTS chegou a curar mais de 80% de todos os acometidos por tuberculose que aderiram ao tratamento²⁴. Esse é um exemplo a ser seguido por parte dos municípios prioritários da Paraíba já que não têm apresentado bons resultados no tratamento da tuberculose, não chegaram a alcançar a meta de 85% de todos os casos. Falhas na busca ativa, captação precoce dos casos existentes e falhas na adesão ao tratamento supervisionado nos seis municípios podem estar contribuindo para esse resultado.

O abandono é caracterizado como o não cumprimento do tratamento por mais de trinta dias, estudos nacionais realizados no ano de 2010 apontaram que os índices de abandono no país podiam variar de 38% a 42%²³. Já conforme estudo realizado nos municípios prioritários do Estado da Paraíba e analisando a tabela 01 como resultados apontados foram que as menores taxas corresponderam aos municípios de Santa Rita com 4,14% e em Cajazeiras com 4,34%, abaixo do recomendado de 5%^{3;21} enquanto que as maiores taxas registradas foram de 12,88% em Campina Grande e 13,18% em João Pessoa, índices considerados altos, entretanto, muito abaixo de outros números de outras regiões brasileiras.

Na figura 03 nota-se nos anos de 2002 e 2004 um estadiamento, ou seja, os números de abandono permanecem praticamente iguais em João Pessoa, enquanto que nos anos de 2001, 2003, esse processo acontece nos municípios de Santa Rita, Patos e em Bayeux, as maiores taxas de quedas em todos os municípios foram registradas nos anos de 2003 e 2006 enquanto que seus maiores picos foram em 2004, 2005, 2007, 2009 e 2011.

Estudos têm demonstrado que a mortalidade por consequência do acometimento por tuberculose ainda é expressivo principalmente em nações em desenvolvimento¹⁵, isso se justifica no quesito vulnerabilidade, uma vez que é nesses países que se encontram as condições mais insalubres aonde lhes faltam até as condições mínimas de sobre vida. O Estado da Paraíba em relação a outras Unidades Federativas é considerado um Estado pobre, os seus municípios declarados prioritários conforme a tabela 01 apresentaram como taxas de mortalidade por tuberculose em números de percentuais diferentes, o município de Campina Grande apresentou o menor índice (0,24%) enquanto que João Pessoa apresentou o maior (1,46%).

Averiguando a figura 04 nota-se que as menores taxas de óbitos foram registrados em 2010 em todos os municípios, enquanto que em 2007 apenas Santa Rita obteve dados positivos, já em relação ao aumento dos casos de óbitos, foram identificados crescimento expressivo nos anos de 2003, 2005, 2009 e 2011 em todos os locais de estudos.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu compreender o panorama da problemática da tuberculose nos municípios paraibanos prioritários nas ações de controle da tuberculose do Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Estado da Paraíba, os resultados de cura, abandono e óbito não

estão condizentes com o que preconiza a Organização Mundial da Saúde e com o que foi pactuado pelo Ministério da Saúde para o controle da doença no Brasil.

Os números da prevalência da tuberculose nos municípios em estudo, praticamente se mantiveram estável nos mesmos. Mostrando que há a necessidade do fortalecimento das ações de controle da tuberculose em todos esses municípios, inclusive até nos que deixaram de ser considerados prioritários conforme critérios da Nota Técnica de nº 15/2011.

A distribuição da doença apresentou-se de forma diferenciada entre todas as faixas etárias, sendo que, a forma clínica pulmonar se expressou em maior número. E é justamente essa forma, que é a responsável pela transmissão do bacilo, configurando potencial risco dentro do campo da saúde pública e da coletiva, requerendo ações mais focadas para o controle da tuberculose.

Espera-se que o estudo, venha a contribuir como instrumento apontador da situação epidemiológica atual nos municípios e que esses resultados sirvam para tomada de decisões por parte dos profissionais e gestores, visando a melhoria nas ações de controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. Global Tuberculosis Report 2013. **The World Health Organization Monitors the Global Tuberculosis Epidemic in Support of National TB Control Programmes**. Geneva, 2013.
2. BARREIRA, Draurio; GRANGEIRO, Alexandre. **Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil**. *Rev. Saúde Pública*. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 4-8. ISSN 0034-8910.
3. **World Health Organization. The Global Plan To Stop 2006-2015: actions for life toward a world free of tuberculosis**. Geneva; 2006.
4. BRAGA, José Uelers. **Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003**. *Rev. Saúde Pública*. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 77-87. ISSN 0034-8910.
5. VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; et al. **Análise espacial da co-infecção tuberculose/HIV: relação com níveis socioeconômicos em município do sudeste do Brasil**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2010, vol.43, n.5, pp. 536-541. ISSN 0037-8682.
6. QUEIROZ, Elisangela Martins de; BERTOLOZZI, Maria Rita. **Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo**. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010, vol.44, n.2, pp. 453-461. ISSN 0080-6234.
7. BASTA, Paulo Cesar. **As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada**. *Cad. Saúde Pública*. 2006, vol.22, n.2, pp. 456-458. ISSN 0102-311X.
8. FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de; et al. **Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose**. *Rev. Saúde Pública*. 2009, vol.43, n.5, pp. 825-831. Epub Sep 18, 2009. ISSN 0034-8910.
9. RODRIGUES, Laura; BARRETO, Mauricio; KRAMER, Monica; BARATA, Rita de C. Barradas. **Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 1-2. ISSN 0034-8910.
10. SANTOS, Joseney. **Resposta brasileira ao controle da tuberculose**. *Rev. Saúde Pública*. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 89-93. ISSN 0034-8910.
11. SA, Lenilde Duarte de et al. **Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004)**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3917-3924. ISSN 1413-8123.
12. KRITSKI, Afrânio Lineu. **Emergência de tuberculose resistente: renovado desafio**. *J. bras. pneumol.* 2010, vol.36, n.2, pp. 157-158. ISSN 1806-3713.
13. DYE, C et al. **Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries**. *Bull World Health Organ* [online]. 2009, vol.87, n.9, pp. 683-691. ISSN 0042-9686.

14. **VINTE E DUAS COUNTRYES LIST TB. GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2013.** Disponível em: [HTTP // http: // www. who. Int / Tb / publications / global_report/gtbr13_annex_2_country_profiles.pdf?ua=1](http://www.who.int/Tb/publications/global_report/gtbr13_annex_2_country_profiles.pdf?ua=1), acessado em abril de 2013.

15. HINO, Paula; CUNHA, Tarcísio Neves da; VILLA, Tereza Cristina Scatena and SANTOS, Cláudia Benedita dos. **Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1295-1301. ISSN 1413-8123.

16. BIERRENBACH, Ana Luiza; DUARTE, Elisabeth Carmen; GOMES, Adriana Bacelar Ferreira; SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. **Tendência da mortalidade por tuberculose no Brasil, 1980 a 2004.** *Rev. Saúde Pública.* 2007, vol.41, suppl.1, pp. 15-23. ISSN 0034-8910.

17. **COBERTURA ESF / MS / SAS / Departamento de Atenção Básica – DAB.** Disponível em www.dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_s.php, acessado em 22 de fevereiro de 2014.

18. SOKAL, R.R.; Sneath, P.H.A. **Principles of numerical taxonomy.** London: Freeman, 1963.

19. **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – MINISTERIO DA SAUDE,** Disponível em <http://www.saude.gov.br/sinanweb> acessado de março a dezembro de 2013.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

21. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de Recomendações para Controle da tuberculose no Brasil.** Brasília/DF: 2011.

22. ARAUJO, Kleane Maria da Fonseca Azevedo et al. **Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010.** *Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.3, pp. 296-302. ISSN 1414-462X.

23. RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; MONTEIRO, Larissa Lima; PACHECO, Régia Hevelline Barros; SILVA, Sílvio Éder Dias da. **Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV.** *Rev. esc. enferm. USP.* 2010, vol.44, n.2, pp. 383-387. ISSN 0080-6234.

24. XIANYI, Chen et al. **The DOTS strategy in China: results and lessons after 10 years.** *Bull World Health Organ* [online]. 2002, vol.80, n.6, pp. 430-436. ISSN 0042-9686.

25. R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. R foundation for statistical computing, Vienna, Austria. URL [HTTP: //WWW.R-project.org](http://WWW.R-project.org).

O controle da tuberculose: o trabalho dos gestores em pautaElicarlos Marques Nunes⁶Fernanda Darliane Tavares de Luna⁷Mayrla Lima Pinto⁸Maria Aparecida Alves Cardoso⁹Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo¹⁰**RESUMO**

O estudo objetivou avaliar as dificuldades e facilidades na adesão de usuários e profissionais ao Tratamento Supervisionado para Tuberculose na óptica dos gestores que atuam no controle da Tuberculose em municípios paraibanos prioritários pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Estudo avaliativo de abordagem qualitativa. Fizeram parte do estudo seis gestores. Resultados apontados: a gestão, falta de condição de trabalho, o descompromisso dos pacientes em aderirem ao tratamento supervisionado e a resistência dos profissionais em por em prática o tratamento supervisionado tem sido as principais dificuldades encontradas. Por serem as dificuldades mais expressivas do que as facilidades, as ações de controle da tuberculose sofrem limitações e não produzem resultados satisfatórios. Sugerindo a

⁶ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande (PB), Brasil; Enfermeiro assistencial da Estratégia de Saúde da Família no município de Catolé do Rocha/PB/Brasil.

⁷ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande (PB), Brasil; Enfermeira assistencial da Estratégia de Saúde da Família no município de Guarabira /PB/Brasil.

⁸ Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande (PB), Brasil.

⁹ Pós-Doutorado pela Universidade de Leiden, Holanda; Docente do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande/PB/Brasil.

¹⁰ Pós-Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) – São Paulo/SP/Brasil; Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande/PB/Brasil.

Autor para correspondência: Elicarlos Marques Nunes, Rua Domitila Cabral de Castro s/n. CEP 58.429-570. Bairro Universitário (Bodocongó). Campina Grande – PB.
elicalosnunes@yahoo.com.br

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse.

A pesquisa foi financiada com recursos próprios.

necessidade de fortalecimento da gestão e envolvimento dos sujeitos para o combate da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde; Organização/Administração; Tuberculose.

ABSTRACT

The study aimed to assess the facilities and difficulties in adhering to the Supervised Treatment for Tuberculosis in the perspective of managers who work in tuberculosis control in priority municipalities paraibanos by the National Tuberculosis Control Programme. Evaluative qualitative study. Participants were six managers. The management, poor working conditions, the disengagement of patients to adhere to treatment and supervised resistance of professionals into practice supervised treatment has been the main difficulties encountered. For being the most significant difficulties of the facilities, actions to control tuberculosis suffer limitations and do not produce satisfactory results. Suggesting the need for strengthening the management and involvement of subject to combat the disease.

Keywords: Health Services; Organization/Administration; Tuberculosis.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar las facilidades y dificultades para respetar el Tratamiento Supervisado de la Tuberculosis en la perspectiva de los coordinadores que trabajan en el control de la tuberculosis en municipios paraibanos prioritarias por el Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Evaluativa estudio cualitativo. Los participantes fueron seis gerentes. Los resultados indicaron: gestión, malas condiciones de trabajo, la separación de los pacientes para adherirse al tratamiento y la supervisión de resistencia de los profesionales a la práctica en el tratamiento supervisado han sido las principales dificultades encontradas. Por ser las dificultades más significativas de las instalaciones, los esfuerzos por controlar la tuberculosis sufren limitaciones y no producen resultados satisfactorios. Sugiere la necesidad de fortalecer la gestión y la participación de las personas para combatir la enfermedad.

Palabras clave: Los servicios de salud; Organización/ Administración; Tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), doença classificada como infecto-contagiosa, ao longo do século XX caracterizou-se como problema de saúde pública no mundo e no Brasil, e ficou conhecida como calamidade negligenciada das nações; ainda em pleno século XXI persiste como problema não solucionado e é grande desafio a ser enfrentado^{1:2}.

A tuberculose é doença re-emergente em países desenvolvidos, e mantém alta prevalência em nações em desenvolvimento. Estudos mostram que tem acontecido uma incidência de casos cada vez maior nas referidas nações. O que pode justificar essa situação são os baixos investimentos em serviços básicos de saúde, péssimas condições habitacionais, a má distribuição de renda e a falta de alimentação adequada entres os segmentos sociais^{3:4}.

Estudos mostram que o padrão de ocorrência da doença está relacionado aos determinantes sociais. Nos últimos tempos, “a situação da doença tem se agravado, em decorrência de políticas que vêm sendo adotadas, principalmente em países subdesenvolvidos, conforme se constata pelo incremento dos casos novos e número de mortes⁵”. Conforme o relatório da Organização Mundial da Saúde 2013, no Brasil foi registrado queda do número de óbitos por tuberculose associado a aumento da incidência da TB⁶.

Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*⁷. Em 2010 foram registrados no mundo 8,8 milhões de casos incidentes, 1,1 milhões de mortes por tuberculose, 350 mil mortes de pessoas com a co-infecção (TB/HIV-Aids positivo), e 500 mil casos de multidrogarresistência (MDR)⁸. A TB continua correspondendo aos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, caracterizando-se como problema de saúde pública.

O Brasil está dentro do grupo dos 22 países que juntos concentram 80% de todos os casos de tuberculose no mundo, e ocupa a 17ª posição em relação ao número desses casos, no ano de 2012 apresentou Coeficiente de Incidência de 72/100.000 habitantes. A doença se apresenta como a quarta causa de mortes por doença infecciosa e a primeira causa de mortes em pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida⁶.

Permanecendo como um dos problemas mundiais da saúde pública, a TB chega a matar cerca de 6 mil pessoas/ano somente no Brasil. Em 1993 a Organização Mundial da saúde (OMS) na tentativa de controlar a doença, propõe às nações, a Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS), atualmente conhecido como TDO (Tratamento Diretamente

Observado) com o intuito de atingir metas mínimas de 85% de cura, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono ao tratamento em até 5%^{9;10}.

No controle da TB, assim como em outros programas nacionais, o que se percebe é que existe uma dependência de gestão, os gestores precisam se sensibilizar e passar a realizar de maneira mais eficiente as ações já estabelecidas pelo OMS desde 1993, como identificação precoce dos casos novos, rápida intervenção em “grupos vulneráveis”³, adesão adequada e precoce ao tratamento e com a prevenção do óbito¹¹.

Os serviços de saúde como um todo, precisam estar sempre em auto-avaliação, seus objetivos, suas filosofias e seus públicos alvos devem ser levados em consideração, e dessa forma, é proposta uma organização holística dos mesmos. No Brasil, o tratamento da TB foi implantado na estratégia de saúde da família, exigindo das equipes, incorporações em suas atividades, a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença¹².

Nota-se respectivamente uma busca na melhoria dos serviços públicos de saúde no Brasil, buscando resultados como: melhoria de acesso a esses serviços independentemente da sua complexidade, manutenção na distribuição de fármacos antituberculose, recursos humanos treinados/capacitados para o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento adequado de pacientes com TB².

A OMS tem enfatizado que a dimensão organizacional juntamente com a de desempenho dos serviços de saúde são mais importantes do que as formas de detecção e de tratamento dos casos de TB. Esse pensamento é melhor compreendido quando enxergamos que “a referida estratégia DOTS não é simplesmente uma abordagem clínica, mas política para o controle da TB inserida no sistema de saúde¹²”.

A organização dos serviços de saúde em conformidade com os componentes da atenção primária à saúde requer, entre outros, a garantia dimensional do “acesso”. E é através deste, que se pode prever que “a avaliação dos serviços de saúde está centrada na relação necessidade da população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, visando produzir dados confiáveis aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho¹³”.

Por conseguinte, a avaliação dos serviços de saúde vem sendo vista sob a perspectiva transdisciplinar, utilizando “*teorias, conceitos e instrumentos de diversas outras áreas de conhecimento*”, tanto para indicar efetividade de uma intervenção, como contribuir na tomada de decisões para a reorganização das ações avaliadas¹². Dessa forma, o DOTS segue como foco orientador na tomada de decisão e encontra-se no Tratamento Diretamente Observado.

Por sua vez, a organização dos serviços de saúde de atenção à TB implica em disponibilizar elementos estruturais “(*capacitação das equipes, insumos e rede laboratorial para realização de exames diagnóstico, provimento e abastecimento regular de medicamentos*)” na perspectiva de aperfeiçoar o processo de trabalho e o desenvolvimento das competências individuais e institucionais e que possa contribuir na facilitação do tratamento supervisionado da tuberculose¹⁰.

Neste sentido, o estudo teve como objetivo avaliar as dificuldades e facilidades na adesão de usuários e profissionais ao Tratamento Supervisionado para tuberculose na óptica de gestores no controle da Tuberculose em municípios paraibanos prioritários pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT/MS.

METODOLOGIA

Estudo avaliativo, de abordagem qualitativa que se propõe avaliar aspectos de gestão tendo como cenário seis municípios prioritários para o PNCT/MS no Estado da Paraíba: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Cajazeiras e Patos.

João Pessoa, capital do estado, localizada na mesorregião da zona da mata, sua população é de 723. 515 habitantes, com densidade demográfica de 3.421,30 hab/km², IDH de 0,783 e 0,885 de IDHM-E¹⁴;

Bayeux, município localizado na mesorregião da zona da mata fazendo parte da grande João Pessoa, população de 90.716 habitantes, com densidade demográfica de 3.118,76 hab/km², IDH de 0,689 e 0,798 de IDHM-E¹⁴.

Santa Rita, município localizado na mesorregião da zona da mata fazendo parte da grande João Pessoa, população de 120.310 habitantes, com densidade demográfica de 165,52 hab/km², IDH de 0,659 e 0,722 de IDHM-E¹⁴.

Campina Grande, município localizado na mesorregião da Borborema, população de 385.213 habitantes, com densidade demográfica de 648,31 hab/km², IDH de 0,721 e 0,844 de IDHM-E¹⁴.

Patos, município localizado na mesorregião do Sertão, população de 100.674 habitantes, com densidade demográfica de 212,82 hab/km², IDH de 0,678 e 0,768 de IDHM-E¹⁴.

Cajazeiras, município localizado na mesorregião do Sertão, população de 58.446 habitantes, com densidade demográfica de 103,28 hab/km², IDH de 0,685 e 0,755 de índice de educação - IDHM-E¹⁴.

O município de Cajazeiras é considerado de médio porte e os demais são considerados de grande porte.

Neste estudo, estiveram envolvidos seis coordenadores de ações de controle da tuberculose. Para a garantia do sigilo dos sujeitos envolvidos, cada coordenador recebeu simbolicamente uma abreviação C (de coordenador) e um numerador que variou de um a seis (1 a 6) conforme a ordem em que as entrevistas foram feitas.

Os dados foram coletados através de instrumento semi-estruturado, aplicado sob a forma de entrevista gravada, que foram posteriormente transcritas. Foram elencadas duas questões norteadoras (Quais têm sido as facilidades? E quais tem sido as dificuldades para a implementação da DOTS?). Utilizou-se a técnica de análise do discurso de Bardin¹⁵, compreendendo que a mesma é fundamental quando se busca entender a posição ideológica do sujeito discursivo. Após a análise dos discursos, a formação de categorias de palavras (dificuldades e facilidades são as que foram trabalhadas) pode ser entendida. Quando se analisa vários discursos acerca da mesma temática, o esperado é que haja a aglutinação de palavras chave que nos remeta a compreensão alheia¹⁵.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS com CAAE nº 15221113.6.0000.5187. E todos os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos sujeitos envolvidos no estudo, cinco tinham pós-graduação lato sensu e um curso nível superior. Quanto à formação, cinco eram Enfermeiros e um Pedagogo. A média de idade foi de 35,6 anos, todas do sexo feminino, a média de tempo de trabalho exercendo a função de coordenação foi de 4 anos.

Após a análise dos discursos, algumas palavras chaves foram extraídas para facilitar a organização e a compreensão da explanação, as palavras foram: **condição de trabalho** para que o profissional possa desempenhar seu papel, **gestão**, o papel dos gestores frente ao tratamento supervisionado, **falta de compromissos** por parte dos envolvidos no processo do

tratamento supervisionado, **resistências dos profissionais** na implementação do tratamento supervisionado, **resistências dos pacientes** em aderirem ao tratamento, profissionais, atores fundamentais na terapêutica e **expansão ESF/TDO**, acordo firmado para busca de expansão da estratégia.

Dentro da palavra chave facilidades foi apontado por parte dos coordenadores de ações de controle da tuberculose a aceitabilidade dos profissionais na implementação do tratamento supervisionado. Apesar de historicamente ter sido construída a relação paciente-profissional de forma verticalizada, atualmente se percebe maior sensibilidade por parte do profissional. Ultimamente percebe-se também estar havendo mudanças nas grades curriculares de todos os cursos de graduações da área da saúde, com o intuito de se formar mais profissionais voltados a assistência em saúde pública, e junto a essa nova formação também há maior embasamento nos aspectos da ética e humanização. Quando indagado acerca da temática paciente/adesão/tratamento/profissional, um dos coordenadores apontou que a sua facilidade era:

[...] A minha equipe de trabalho, os profissionais são bem acessíveis em aderirem ao tratamento diretamente observado, eles fazem com facilidades, apesar de haver resistências dos pacientes (C1).

Sabe-se que para o alcance do sucesso do tratamento da tuberculose, é de grande importância a compreensão que antes de tudo, é preciso haver a aceitabilidade do profissional que irá dar o suporte durante todo o processo do tratamento. Compreende-se que através do tratamento supervisionado se pode manter um gerenciamento, acompanhamento e monitoramento. Percebe-se a política na ponta quando a mesma passa a ser exercida nas práticas profissionais.

Dentro da palavra chave “*facilidades*” e relacionado à palavra profissional, foi identificado no estudo, outras palavras: fármacos, busca ativa e exames, que nos remete a questão da gestão, embora não se possa esquecer que existem outros fatores associados ao processo do tratamento.

A disponibilização de fármacos antituberculose é um dos pilares dentro da DOTS, competindo às esferas federal, estadual e municipal gerenciar e proporcionar a manutenção regular, pois, uma vez iniciado o tratamento é imprescindível que o paciente não deixe de fazer a tomada dos fármacos diariamente. Logo, o fornecimento regular pode ser uma garantia que o paciente cumpra com o tratamento adequado. Quando indagado acerca do referido assunto se obteve:

[...] A aquisição da medicação da quimioprofilaxia pra tuberculose a gente tem facilidade no pedido e na chegada, quando nós pensamos em realizar intensificação para busca de casos, nós temos também facilidade com a secretaria municipal de saúde. Outra facilidade seria na referência dos exames, das BAARs [...] (C2).

Estudo realizado no município de Campina Grande apontou que 91,5% dos sujeitos envolvidos na pesquisa, nunca deixaram de receber regularmente seus fármacos antituberculose¹², esse fornecimento pode contribuir imensamente para um desfecho da cura. A oferta regular dos fármacos torna-se fundamental para que o paciente não falhe e ou tenha condição de realizar seu tratamento adequado.

A busca ativa pode ser entendida como o primeiro passo para o tratamento da tuberculose, pois é através desta que se pode identificar precocemente os casos de TB existentes, o que favorece para o início do tratamento o mais rápido possível, contribuindo na redução da cadeia de transmissão da doença.

A disponibilidade de exames para rastreamento e diagnóstico bacteriológico (baciloscopias) torna-se essencial, tanto é que um dos critérios apontados na Nota Técnica 15/2011, assim, o município tem que oferecer esse tipo de serviço para agilizar no fechamento do diagnóstico da TB.

Para que se possa alcançar sucesso no tratamento dos casos de TB, os coordenadores dos municípios em estudo assinalaram que na prática às vezes há necessidade de que a gestão ofereça algum incentivo, em forma de brinde, para os pacientes, como forma de estímulo, na tentativa de favorecer a adesão ao tratamento supervisionado.

Em um dos municípios foi identificado que a oferta do benefício do leite tem contribuído de forma significativa para melhorar a adesão à terapêutica. Entretanto, em um outro, foi constatado que os pacientes com TB inicialmente aderiam ao tratamento supervisionado para receber o auxílio da cesta básica, porém, quando a finalização do tratamento estava próxima, estes o abandonavam, com o intuito de iniciarem um novo esquema e assim, continuarem a receber o auxílio. Tal comportamento, avaliado como negativo frente ao controle da TB, fez com que o referido município suspendesse o fornecimento do incentivo alimentício e desde então não tem ofertado mais nenhum tipo de vantagens.

[...] Facilidade encontrada aqui no município para a adesão ao tratamento é o próprio benefício que o município oferece! Que é o leite. A gente sabe que os pacientes de TB

muitas vezes são desfavoráveis economicamente! Então esse benefício facilita sim. Muitas vezes o paciente faz o TDO somente por conta desse leite. (C5)

Para o coordenador local, há sensibilização por parte da gestão e que estão comprometidos com o tratamento supervisionado da tuberculose. Assim, para os coordenadores dos programas de controle da TB, uma das facilidades que podem ser encontradas para proporcionar a adesão ao tratamento supervisionado seria a oferta de benefício. Contudo, esse benefício é pensado no sentido de oferecer subsídios para que o doente em tratamento possa apresentar melhor resposta durante o mesmo, uma vez que contemporaneamente ainda existem pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza e que lhes faltam os alimentos mais básicos⁹.

Outra facilidade elencada pela coordenação de um dos municípios que não oferecem benefícios como instrumentos de troca foi:

[...] A estrutura em si da saúde do município que é quase 100% de cobertura programa saúde da família que tem favorecido o TDO. (C3)

A estratégia de saúde da família tem se apresentado como melhor forma de ofertar saúde e intervir no processo de saúde/doença da comunidade, a OMS recomenda e o MS incorporou em 2006 a estratégia DOTS dentro das metas pactuadas a serem cumpridas pela equipe de saúde, devido as facilidades em alcançar 100% de cobertura populacional por meio dessa pactuação, como também a união das duas estratégias. A descentralização das ações de controle da tuberculose para atenção primária se justifica pelo melhor alcance de bons resultados no tratamento supervisionado, pelo fato de favorecer o vínculo, o cuidado continuado, a busca ativa de casos, o controle de comunicantes, além de facilitar o acesso dos doentes para supervisão da tomada diária da medicação, uma vez que estas unidades de saúde ficam próximas ao domicílio do usuário^{7:16}.

A falta de condições de trabalho foi elencada por um dos gestores como entrave para o controle da tuberculose e maior efetividade na operacionalização do tratamento diretamente observado, como demonstrado em trecho do discurso:

[...] Resumindo, é que eu não tenho condições de trabalho, não tenho condições de trabalho, não tenho [...] (C1).

As condições de trabalho envolvem além de elementos estruturais, e relacionados ao trabalhador, que interferem na qualidade da assistência prestada. A forma de fazer saúde envolve além de outros aspectos, o próprio espaço físico, que representa parte do conjunto da

obra, é necessário um espaço que ofereça as condições mínimas de trabalho na perspectiva de aperfeiçoar o processo de trabalho e desenvolver as competências individuais e institucionais¹⁰, ambientes insalubres proporcionam cada vez mais insatisfação tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários.

É compreendido que a otimização e o gerir de recursos fazem parte de todos os atores envolvidos no tratamento da tuberculose, entendendo que o papel do gestor na abordagem da tuberculose torna-se fundamental, tendo que haver maior empenho nas ações de controle da doença. Quando indagados sobre o papel da gestão, um dos coordenadores explanou:

[...] Mas existe a questão maior, o entrave, é esse a questão da gestão, falta de laboratório e de materiais [...] o mês passado tive a falta de medicamentos [...] (C1).

A qualificação dos profissionais envolvidos na atenção a tuberculose, gerenciamento dos insumos necessários e o adequado suprimento da rede laboratorial para que haja continuidade e permanência na realização de exames diagnósticos¹⁰ são de fundamental importância para aperfeiçoar a organização da assistência prestada ao doente e favorecer a implementação da modalidade de tratamento recomendado para a tuberculose. A gestão necessita desse olhar diferenciado e maior sensibilização para colocar em prática cada tópico citado. Ainda em relação à gestão foi citado que:

[...] A gestão, é a engrenagem, e que para funcionar ela tem que tá toda encaixadinha, se não tá encaixada, não tá rodando, a minha maior dificuldade é essa, é um olhar... um olhar do gestor voltado para os problemas locais[...] (C1).

O controle da TB talvez não tenha sido encarado como prioridade para o gestor local ou seria apenas um despreparo do mesmo. Outro fator identificado como dificultador seria a rotatividade nos cargos, uma vez que os referidos são de caráter político. Nos seis municípios houve mudança de todos os secretários municipais de saúde e de quatro coordenadores de ações de controle da TB.

A colocação seguinte comprova fragilidade por parte da gestão:

[...] se você não tem um olhar da saúde, você não vai fazer saúde, porque existe recurso pra isso, recurso que você pode utilizar [...]. Como você não tem experiência tem medo da justiça, porque hoje em dia tudo é cadeia, então também não faço, eu não sei fazer e não faço, então não tem experiência [...] (C1).

Enfatizando as colocações anteriores compreende que a judicialização do Sistema Único de Saúde – SUS nos últimos tempos tem crescido cada vez mais, primeiro devido a uma demanda maior dos serviços de saúde, onde as necessidades individuais têm superado as

coletivas, e segundo, devido na maioria das vezes por terem a frente dos serviços, gestores adaptando-se para novas funções, aonde a utilização dos recursos podem estar sendo mal empregados. O amparo legal da judicialização, está garantido quando a Lei Orgânica da Saúde – LOS 8.080/90 trás em suas explanações que a saúde é um direito de todos e dever do Estado¹⁶, e esse, por sua vez, não pode abster-se. Dessa forma, entende-se que a regularidade na distribuição de insumos e medicamentos para tuberculose tem que ser mantida de forma regular, eficaz e eficiente para que se haja um controle da doença entre as populações

Uma ferramenta fundamental identificada pelos gestores foi o compromisso dos atores envolvidos no campo da saúde, instrumento este que possibilita para que haja maior participação e maior conquista no setor da saúde:

[...] Minha visão na saúde é a falta de compromisso, [...]! Vamos criar algum projeto pra beneficiar o nosso município! Mandar para o Ministério da Saúde. Qual é a minha maior necessidade? [...] Mais se nem eu e nem você não tem essa iniciativa de fazer, não tem o compromisso (C1).

Estudo realizado no Brasil deixou claro que é necessário um fortalecimento amplo de todo o sistema de saúde principalmente com participação ativa dos gestores, dos profissionais e da própria comunidade, não há como pensar em combater a tuberculose tendo em mente que a DOTS em seus cinco pilares juntos e sozinhos irão resolver a problemática da referida patologia³.

A Organização Mundial da Saúde através das metas estabelecidas expõe a todas as esferas de governo (Ministério da Saúde, Estado e Municípios) que todos devem trabalhar em conjunto permanente para fortalecimento das políticas do controle da tuberculose e da atenção primária à saúde^{10;17}.

Em continuidade, a resistência dos pacientes também foi citada como dificuldade para a consolidação das ações de controle da TB. Colocações de alguns coordenadores foram que:

[...] É difícil a gente conscientizar as pessoas, do paciente, da importância que é a medicação pra ele [...] (C6).

[...] Por parte dos pacientes seria a resistência a ter que se deslocar de sua casa para a unidade, não viam como facilidade, viam como exposição. [...] Estavam acostumados ao serviço oferecido/ofertado anteriormente. [...] No sistema anterior, eles saiam e iam para o lugar de referência para tomar a medicação, lanchavam e voltavam pra casa, ficavam como se ninguém soubesse que ele teria a doença. Já dentro da sua área de abrangência, na área

da sua residência, que seriam as unidades de saúde da família, eles achavam que estavam mais expostos [...] (C2).

Estudos realizados no Estado da Paraíba já tinham evidenciado a existência de forte pré-conceito por parte do paciente no processo da implantação do tratamento supervisionado – TS em municípios declarados prioritários; existiam muitas recusas de pacientes em aderirem ao TS em Equipe de Saúde da Família de suas áreas adscritas, como também expressavam o desejo de tratamento em outras equipes de áreas em que não se encontravam seus domicílios^{10;12}.

Em serviços destinados a atenção para tuberculose, o que se percebe ainda é que paralelamente existe também forte resistência por parte dos profissionais em efetivar o TDO. Em estudo realizado no Estado de São Paulo, o acesso aos serviços de saúde foi classificado como insuficiente, dimensão esta, inserida em um dos pilares mais estruturantes e complexos da atenção básica nos sistemas de saúde^{2;18}.

[...] Eu acredito que a maior dificuldade seja dos profissionais do próprio programa saúde da família, tem muita resistência – com relação a muitas vezes ter que ir na casa do paciente observar esse tratamento, então, essa é a grande dificuldade, muitas vezes eles dizem que vão e na verdade realmente, não é feito (C5).

[...] Eles são muito atribulado, tem muitas atividades, então é difícil pra gente fazer eles entenderem que o paciente, o ideal que seja feito o DOTS, que vá uma pessoa na casa dele todo dia assegurar que aquele paciente tá se tratando. É não sei se seria a motivação, num sei, eu entendo como conscientização (C6).

[...] Alguns profissionais tem resistência, assim, não conseguem, não aderem mesmo a proposta TDO, não conseguem fazer um vínculo com o paciente, para que o paciente faça isso, adira ao TDO, mais a gente tem unidades que fazem um excelente trabalho na questão do TDO (C4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do estudo ficou claro que os gestores que atuam no desenvolvimento de ações de controle da tuberculose dos municípios declarados prioritários pelo PNCT/MS, têm enfrentado diversos problemas em todos os aspectos, ao mesmo tempo em que não

reconhecem facilidades para implementação da modalidade de tratamento recomendada pela OMS/MS.

Os gestores elencaram muitas dificuldades, sendo a resistência em aderir ao TDO por parte dos profissionais e doentes a mais citada, fato este que contribui significativamente para que o controle da enfermidade nos municípios não seja mais efetivo, e favorece de certa forma para manutenção do quadro epidemiológico da doença, uma vez que incide significativamente nos indicadores operacionais de cura e abandono.

Dentre as facilidades encontradas, destacou-se a descentralização do tratamento atrelado a Estratégia de Saúde da Família, como também as suas altas coberturas populacionais, o que nos remete novamente a implementação e realização do TDO. Entretanto, de nada adianta o número de equipes se não conseguirmos modificar o pensamento dos profissionais que atuam nesses espaços, como também o modo em que estas estão organizadas.

A estratégia do Tratamento Diretamente Observado tem mostrado bons resultados nos países que conseguiram efetivar essa prática ao sistema de saúde e deve ser reconhecida e estimulada pelos gestores, tanto para os profissionais por meio de capacitações e sensibilizações acerca da importância dessa terapêutica, como para os doentes, por meio do oferecimento de incentivos sociais, os quais podem interferir, positivamente, minorando as demais dificuldades elencadas pelos sujeitos do estudo.

Espera-se que o produto da pesquisa possa reorientar as práticas de saúde e favoreça para tomada de decisões por parte dos gestores e profissionais, e que a partir desses, possa haver maior fortalecimento das ações de combate à tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. **O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 125-131. ISSN 0080-6234.
2. SCATENA, Lúcia Marina et al. **Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 389-397. Epub Apr 10, 2009. ISSN 0034-8910
3. HINO, Paula; CUNHA, Tarcísio Neves da; VILLA, Tereza Cristina Scatena and SANTOS, Cláudia Benedita dos. **Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1295-1301. ISSN 1413-8123.
4. RUFFINO-NETTO A. **Tuberculose: a calamidade negligenciada.** *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35(1):51-58.
5. MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly and BERTOLOZZI, Maria Rita. **Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.2, pp. 669-675. ISSN 1413-8123.
6. Global Tuberculosis Report 2013. **The World Health Organization Monitors the Global Tuberculosis Epidemic in Support of National TB Control Programmes.** Geneva, 2013.
7. World Health Organization. **Global tuberculosis control [Report serial].** Geneva; 2011 [cited 10 April 2012]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html.
8. ARAUJO, Kleane Maria da Fonseca Azevedo et al. **Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010.** *Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.3, pp. 296-302. ISSN 1414-462X.
9. BIERRENBACH, Ana Luiza; GOMES, Adriana Bacelar Ferreira; NORONHA, Elza Ferreira and SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. **Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 24-33. ISSN 0034-8910.
10. SA, Lenilde Duarte de et al. **Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004).** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3917-3924. ISSN 1413-8123.
11. BIERRENBACH, Ana Luiza; DUARTE, Elisabeth Carmen; GOMES, Adriana Bacelar Ferreira and SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. **Tendência da mortalidade por tuberculose no Brasil, 1980 a 2004.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 15-23. ISSN 0034-8910.

- 12.FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. **Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.5, pp. 825-831. Epub Sep 18, 2009. ISSN 0034-8910.
- 13.VIEIRA, E. M. **Avaliação de Serviços de Saúde.** In: Franco LJ, Passos ADC. *Fundamentos da Epidemiologia.* São Paulo: Manole; 2005. p.337.
- 14.IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: resultados definitivos, municípios da Paraíba, 2000 e 2010.** (Recenseamento Geral do Brasil).
- 15.BARDIN; Laurence. **Análise de Conteúdo.** Edições 70. Lisboa: 1977.
- 16.Brasil. Ministério da Saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Situação da Tuberculose no Brasil.** [internet]. [citado em 10 maio 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/AP>
- 17.World Health Organization (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO; 2005.
- 18.Ibanez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. **Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo.** *Cienc Saude Coletiva.* 2006;11(3):683-703. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300016.

CAPITULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desse estudo, ficou evidenciado que as práticas de ações de controle da tuberculose nos seis municípios envolvidos na temática, não vêm atingindo as metas estabelecidas pela OMS e pactuadas entre as esferas nacional, estaduais e municipais. E mesmo assim os municípios de Bayeux, Patos e Cajazeiras foram excluídos do grupo dos prioritários, por não corresponderem aos critérios da Nota Técnica nº 15/2011.

Em números alarmantes, a tuberculose vem se mantendo com prevalência significativa. Afere-se que a situação é crucial, uma vez que a presença constante da doença está associada à disseminação dos bacilos. Ao mostrar o retrato do cenário, o estudo revela que, mesmo com a exclusão de alguns municípios como sendo prioritários, são exigidos de todos eles fortalecimento das ações de estratégias para o controle da TB.

O mesmo aconteceu com as variáveis de desfecho, os seis municípios apresentaram números totais brutos de cura, abandono e óbitos muito próximos dos números que desde 1993 já vinham apresentando, embora compreendamos que são cortes temporais distintos, não podemos negar que a situação ainda é crucial.

Na avaliação dos serviços de controle da tuberculose dos referidos municípios em estudo, além de todos os aspectos envolvidos, Foi entendido que mesmo com a expansão da ESF, a efetivação do tratamento supervisionado continua a ser uma das dificuldades para o sucesso no controle da TB, talvez porque o estabelecimento do vínculo dos profissionais da ESF com o usuário/doente não esteja acontecendo de forma eficiente, ou ainda porque ambos não reconhecem os benefícios e potencialidades da estratégia do TDO no cenário.

Outro fator contribuinte foi as falhas no compromisso por parte dos gestores, profissionais e doentes; sem o envolvimento desses diversos segmentos, não há como ter expectativas de reverter o cenário atual.

A realização deste estudo apontou a necessidade de um compromisso político maior na implementação e no processo de fortalecimento da estratégia do tratamento supervisionado.

O estudo denota uma grande contribuição social e induz despertar em todos os envolvidos no processo, uma maior sensibilidade, um olhar amplo e holístico fazendo com que haja a quebra do foco centrado apenas na doença ou apenas no corpo doente, entende-se que além da doença existe um ser humano que é membro de um núcleo familiar, detentor de laços e que está integralmente envolvido nas relações inter-sociais.

CAPITULO VI

REFERÊNCIAS

1. VERONESI, R; FOCACCIA, R. TRATADO DE INFECTOLOGIA. 4ª Ed. 2010. Atheneu.
2. **TUBERCULOSE** disponível na Biblioteca Virtual da Saúde – <http://www.bvs.org.br>, acessado em 2012.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2010.
4. HIJJAR, Miguel Aiub; GERHARDT, Germano; TEIXEIRA, Gilmário M; PROCOPIO, Maria José. **Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil**. *Rev. Saúde Pública*. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 50-57. ISSN 0034-8910.
5. RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; MONTEIRO, Larissa Lima; PACHECO, Régia Hevelline Barros; SILVA, Sílvio Éder Dias da. **Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV**. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010, vol.44, n.2, pp. 383-387. ISSN 0080-6234.
6. SCATENA, Lúcia Marina et al. **Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil**. *Rev. Saúde Pública*. 2009, vol.43, n.3, pp. 389-397. Epub Apr 10, 2009. ISSN 0034-8910.
7. SÁNCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. **Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários**. TEMAS LIVRES. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2):669-675, 2011.
8. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Instituto Clemente Ferreira, Coordenadoria de Controle de Doenças. **Desafios da tuberculose diante da resistência microbiana**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 997-1000. ISSN 0034-8910.
9. BLONDAL, Kai. **Barriers to reaching the targets for tuberculosis control: multidrug-resistant tuberculosis**. *Bull World Health Organ* [online]. 2007, vol.85, n.5, pp. 387-390. ISSN 0042-9686.
10. DYE, C et al. **Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries**. *Bull World Health Organ* [online]. 2009, vol.87, n.9, pp. 683-691. ISSN 0042-9686.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Manual de Recomendações para Controle da tuberculose no Brasil**. Brasília/DF: 2011.

- 12.FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro; et al. **Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.5, pp. 825-831. Epub Sep 18, 2009. ISSN 0034-8910.
- 13.MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. **O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1395-1402. ISSN 1413-8123.
- 14.LEWIN, Simon; DICK, Judy; ZWARENSTEIN, Merrick and LOMBARD, Carl J. **Staff training and ambulatory tuberculosis treatment outcomes: a cluster randomized controlled trial in South Africa.** *Bull World Health Organ* [online]. 2005, vol.83, n.4, pp. 250-259. ISSN 0042-9686.
- 15.SOLTAN, Viorel; HENRY, Asma Khalid; CRUDU, Valeriu and ZATUSEVSKI, Irina. **Increasing tuberculosis case detection: lessons from the Republic of Moldova.** *Bull World Health Organ* [online]. 2008, vol.86, n.1, pp. 71-76. ISSN 0042-9686.
- 16.XIANYI, Chen et al. **The DOTS strategy in China: results and lessons after 10 years.** *Bull World Health Organ* [online]. 2002, vol.80, n.6, pp. 430-436. ISSN 0042-9686.
- 17.WANG, Lixia et al. **Engaging hospitals to meet tuberculosis control targets in China: using the Internet as a tool to put policy into practice.** *Bull World Health Organ* [online]. 2010, vol.88, n.12, pp. 937-942. ISSN 0042-9686.
- 18.KHATRI, G.R. and FRIEDEN, Thomas R.. **Rapid DOTS expansion in India.** *Bull World Health Organ* [online]. 2002, vol.80, n.6, pp. 457-463. ISSN 0042-9686.
- 19.SÁ, Lenilde Duarte de et al. **Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004).** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3917-3924. ISSN 1413-8123.
- 20.TRIGUEIRO, Janaína Von Söhsten et al. **Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011, vol.19, n.6, pp. 1289-1296. ISSN 0104-1169.
- 21.RUFFINO-NETTO, Antônio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. **(Org.)TUBERCULOSE REDE TB: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – histórico e peculiaridades regionais.** Instituto Milênio. 2006.
- 22.BRANDAO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva; GIOVANELLA, Ligia and CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos**

brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 103-114. ISSN 141ISSN 1413-8123.

23. TRAVASSOS, Claudia; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. **Investigação e avaliação em serviços de saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, suppl.2, pp. S144-S145. ISSN 0102-311.

24. TANAKA, Oswaldo Yoshimi and TAMAKI, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 821-828. ISSN 1413-8123.

25. AURELIO, O mini dicionário da língua portuguesa. 4ª edição revista e ampliada do mini dicionário Aurélio. 7ª impressão – Rio de Janeiro, 2002.

26. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: Resultados Censo.** Brasil - Paraíba - Municípios. Rio de Janeiro: 2010.

27. **COBERTURA ESF / MS / SAS / Departamento de Atenção Básica – DAB.** Disponível em www.dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_s.php, acessado em 22 de fevereiro de 2014.

28. BARDIN; Laurence. **ANÁLISE DE CONTEÚDO:** Edições 70. Lisboa: 1977.

ANEXOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO – SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: Avaliação da efetivação e impactos da estratégia do tratamento supervisionado de tuberculose.

Eu, _____, Discente do Curso _____, da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG: _____ e CPF: _____._____._____-____ comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

LOCALIDADE, DATA

 Assinatura do Pesquisador
 Responsável



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO – SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: Avaliação da efetivação e impactos da estratégia do tratamento supervisionado de tuberculose.

Pesquisador: Elicarlos Marques Nunes.

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

LOCALIDADE, DATA

Assinatura do Pesquisador
Responsável



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO – SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**AValiação da Efetivação e Impactos da Estratégia do Tratamento Supervisionado de Tuberculose**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **avaliação da efetivação e impactos da estratégia do supervisionado de tuberculose** terá como objetivo geral avaliar a efetivação e os impactos da estratégia do tratamento diretamente observado em municípios das mesorregiões paraibanas com ênfase nos prioritários do programa nacional de controle da tuberculose.

Ao voluntário só caberá à autorização para **preenchimento do instrumento de pesquisa** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9961 - 0366 e/ou 8713 - 2539 com **Elicarlos Marques Nunes**, pesquisador responsável junto a **CONEP-PLATAFORMA BRASIL**.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX – PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CNPJ: 08924581000402
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
AV: LIBERDADE, 1973, SÃO BENTO, CEP: 58.305-006
(83) 3253 - 4093

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “avaliação da efetivação e impactos da estratégia do tratamento diretamente observado em municípios das mesorregiões paraibanas” desenvolvida pelo discente Elicarlos Marques Nunes do Curso de stricto-sensu em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dr^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

LOCALIDADE, DATA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Suzana Ribeiro
Secretária de Saúde

Assinatura e carimbo do responsável institucional

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA – PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CNPJ: 08694222000163
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
AV: FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO, CENTRO – CEP: 58.300-220
(83) 3229 - 1428

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**avaliação da efetivação e impactos da estratégia do tratamento diretamente observado em municípios das mesorregiões paraibanas**” desenvolvida pelo discente Elicarlos Marques Nunes do Curso de stricto-sensu em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dr^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

LOCALIDADE, DATA


Assinatura e carimbo do responsável institucional
Ana Cláudia S. de A. Tavares
Coordenadora Municipal de Controle da Tuberculose

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS – PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CNPJ: 11902878000139
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
RUA: ARSÊNIO ROLIM ARARUNA, 01, CEP 58.900-000
(83) 3531 - 4734

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**avaliação da efetivação e impactos da estratégia do tratamento diretamente observado em municípios das mesorregiões paraibanas**” desenvolvida pelo discente Elicarlos Marques Nunes do Curso de stricto-sensu em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dr^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

Cajazeiras 24/09/2012
LOCALIDADE, DATA

Rayla Cristina de Alencar Tomateo
COREN/PB: 4706-ENF-P

Rayla Cristina de Alencar Tomateo
Assinatura e carimbo do responsável institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Campina Grande, 28 de Setembro de 2012.

Estamos ciente da intenção da realização do projeto intitulado "AVALIAÇÃO DA EFETIVAÇÃO E IMPACTOS DA ESTRATÉGIA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB", desenvolvido pelo aluno Elicarlos Marques Nunes do curso de PÓS GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM SAÚDE PÚBLICA - UEPB, sob a orientação da Professora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

Atenciosamente,


Elívia Maria Pombo de Farias Santiago
Gerente de Vigilância Epidemiológica



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE PATOS

AUTORIZAÇÃO
PARA PESQUISA

Comunicamos que o estudante ELICARLOS MARQUES NUNES, do Curso de Mestrado Em Saúde Pública pela Universidade Estadual Da Paraíba, está autorizado a realizar pesquisa com o tema: *"avaliação da efetivação e impactos da estratégia do tratamento diretamente observado em municípios das mesorregiões paraibanas"* a ser realizada na Secretaria Municipal De Saúde No Setor De Epidemiologia.

Patos - PB, 13 de Novembro de 2012


EDNEUZA SANTANA DE OLIVEIRA RAMOS
Gerente Administrativa



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES**



João Pessoa, 15 de outubro de 2012

Processo: 18.513/2012

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA EFETIVAÇÃO E IMPACTOS DA ESTRATÉGIA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO EM MUNICÍPIOS DAS MESORREGIÕES PARAIBANAS", a ser desenvolvida pelo pesquisador ELICARLOS MARQUES NUNES, sob orientação do PROFª TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Rosane Gomes Sabir
Téc. da Gerência da
Educação na Saúde
Mat. 85.115-9

Gerência de Educação na Saúde
Colegiado Gestor

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



PARECER DO RELATOR: (19)

TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DA EFETIVAÇÃO E IMPACTOS DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO EM MUNICÍPIOS DAS MESORREGIÕES PARAIBANAS.

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 05 de junho de 2013.

Data da 2ª relatoria: 19/06/2013

Pesquisador(a) Responsável: ELICARLOS MARQUES NUNES.

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: *"AVALIAÇÃO DA EFETIVAÇÃO E IMPACTOS DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO EM MUNICÍPIOS DAS MESORREGIÕES PARAIBANAS"*. O presente estudo é para fins de elaboração da Dissertação de conclusão do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa: Tem como Objetivo Geral: *"Avaliar a efetivação e os impactos da estratégia do tratamento supervisionado em municípios das mesorregiões paraibanas com ênfase nos prioritários do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT"*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: De acordo com a intenção da pesquisa não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados. Por outro lado, do ponto de vista político, social e científico, vislumbramos várias perspectivas de benefícios que poderão advir a partir dos resultados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de estudo é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente Pesquisa de Iniciação Científica, estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Ciências da Saúde, dentre outras áreas afins do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

Situação do parecer: APROVADO

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

Profª Dra. Domílica Pedrosa de Araújo

TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.

Dados Gerais	1	2 - Individual		3	Data da Notificação	
	2	Agravado(a)		4	Código (CID10)	
	4	5		6	Código (IBGE)	
	5	Município de Notificação		7	Data do Diagnóstico	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		8	Código	
Dados do Paciente	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	11		12	13	
	14	15		16	17	
	18	19		20	21	
	22	23		24	25	
Dados de Residência	26	27		28	29	
	30	31		32	33	
	34	35		36	37	
	38	39		40	41	
	42	43		44	45	
Dados Complementares do Caso						
Dados Clínicos e Epidemiológicos	46	47		48	49	
	50	51		52	53	
Dados de Exames	54	55		56	57	
	58	59		60	61	
Dados de Laboratório	62	63		64	65	
	66	67		68	69	
	70	71		72	73	
Tratamento	74	75		76	77	
	78	79		80	81	
Investigação	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura	

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO – SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

Data: ___/___/___

INSTRUMENTO A

NOME: _____ **IDADE:** _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

PÓS-GRADUAÇÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO EM COORDENAÇÃO: _____

1 . Em qual ano foi implantada a DOTs neste município?

2. Foram ofertados treinamentos as Equipes de Saúde da Família? Se sim, quando?

3. Quais têm sido as dificuldades para implementação do DOTs neste município?

4. Quais têm sido as facilidades para implementação do DOTs neste município?

5. Quais as ações de controle da tuberculose tem sido realizadas para atingir as metas preconizadas pelo MS?

6. Quais as estratégias utilizadas para melhorar a adesão dos doentes ao TS?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO – SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

Data da Coleta: ____/____/____

INSTRUMENTO B

1.PERÍODO DISPONÍVEL

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2001 | <input type="checkbox"/> 2005 | <input type="checkbox"/> 2009 |
| <input type="checkbox"/> 2002 | <input type="checkbox"/> 2006 | <input type="checkbox"/> 2010 |
| <input type="checkbox"/> 2003 | <input type="checkbox"/> 2007 | <input type="checkbox"/> 2011 |
| <input type="checkbox"/> 2004 | <input type="checkbox"/> 2008 | <input type="checkbox"/> 2012 |

2.MUNICÍPIO DE DIAGNÓSTICO E RESIDÊNCIA

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BAYEUX | <input type="checkbox"/> PATOS |
| <input type="checkbox"/> CAJAZEIRAS | <input type="checkbox"/> SANTA RITA |
| <input type="checkbox"/> CAMPINA GRANDE | <input type="checkbox"/> JOÃO PESSOA |

3.FORMA

- PULMONAR
 EXTRA- PULMONAR
 PULMONAR + EXTRA-PULMONAR

4.TIPO DE ENTRADA

- CASO NOVO
 RECIDIVA

5.FAIXA ETÁRIA

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 a 14 anos | <input type="checkbox"/> 45 – 54 anos |
| <input type="checkbox"/> 15 – 24 anos | <input type="checkbox"/> 55 – 64 anos |
| <input type="checkbox"/> 25 – 34 anos | <input type="checkbox"/> 65 e mais |
| <input type="checkbox"/> 35 – 44 anos | |

6.SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO

- CURA
 ABANDONO
 ÓBITO POR TUBERCULOSE