



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ILLA DANTAS CIRINO

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: a visão do doente**

NATAL/RN
2011

Illa Dantas Cirino

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: a visão do doente**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito (parcial/EQ) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de pesquisa: Práticas assistenciais e epidemiológicas em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes

**NATAL/RN
2011**

Seção de Informação e Referência

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Cirino, Illa Dantas

As ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde: a visão do doente / Illa Dantas Cirino. – Natal, RN, 2011.

117 f.

Orientadora: Rejane Maria Paiva de Menezes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem – Dissertação. 2. Tuberculose – Dissertação. 3. Atenção primária a saúde – Dissertação. 4. Efetividade – Dissertação. I. Menezes, Rejane Maria Paiva de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: a visão do doente**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito (parcial/EQ) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em nove de dezembro de 2011, pela banca examinadora.

PRESIDENTE DA BANCA:

Professora Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

BANCA EXAMINADORA:

Professora – Dr. Érika Simone Galvão Pinto
1^a examinadora
(Universidade Potiguar - UNP)

Professora – Dr^a. Bertha Cruz Enders
2^a examinadora
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

Professor – Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
3^o examinador
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

Professora – Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes – Orientadora
4^a examinadora
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

Dedicatória

Dedico o fruto deste esforço aos meus pais, Geraldo e Reilta Cirino, meus exemplos de vida, em virtude do amor e apoio incondicional dedicados a mim, e por serem os verdadeiros responsáveis pela minha formação para os valores da vida. Obrigada por terem me incentivado e me apoiado sempre durante o percurso acadêmico e pessoal, mesmo diante dos desafios que foram se apresentando pelo caminho. As mais belas palavras ainda serão insuficientes para expressar o meu amor, a minha admiração e a minha gratidão por vocês dois.

Agradecimento especial

À Professora Rejane Maria Paiva de Menezes, minha orientadora desde o terceiro ano de graduação em enfermagem, pela oportunidade ofertada para buscar o conhecimento científico. Agradeço também pela confiança em mim depositada e por ter contribuído para a realização deste sonho que ora se concretiza.

Agradecimento especial

À Maria Concebida da Cunha Garcia, Concy, minha colega e grande amiga desde a graduação em Enfermagem, minha fiel companheira de tantos momentos importantes. As palavras são poucas para estimar a minha gratidão a Deus por colocar você no meu caminho para compartilhar junto comigo os passos rumo aos nossos objetivos. O mundo é pequeno para o que você ainda será capaz de conquistar e tenho certeza de que todo o esforço valerá a pena para nós. Que venham novos desafios!

Agradecimentos

A Deus, fonte de todas as bênçãos em minha vida, que sempre me guiou para escolher os caminhos mais benéficos, mesmo quando estes não estavam em meus planos; e que me amparou durante toda a vida.

Aos meus pais, que me apoiam incondicionalmente nas minhas escolhas e que me guiam, com as bênçãos de Deus, pelos caminhos mais serenos.

Ao meu filho Rodrigo, uma das minhas maiores fontes de força e de determinação, que incita em mim a vontade de perseverar e buscar ser sempre o melhor a cada dia.

Ao meu esposo Danilo, com quem escolhi compartilhar este e tantos outros momentos que estiverem por vir. Tenho certeza que ainda realizaremos juntos muitos dos nossos sonhos.

Aos meus irmãos, Bruno e Diego, que sempre me incentivaram no dia a dia da convivência, na maioria das vezes não com palavras, mas com atitudes. Obrigada por tantas vezes terem me proporcionado condições de estudar e produzir.

À minha “grande família”: meus avós, meus tios, tias e primos. Obrigada por serem sempre presentes, mesmo quando eu estive ausente. O laço que nos une é maior que qualquer distância.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pela contribuição à minha formação durante o mestrado.

Aos professores Erika Simone Galvão Pinto, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda e Bertha Cruz Enders, por aceitarem participar e contribuir e abrilhantar este trabalho.

A Bertha Cruz Enders, a quem ousou denominar minha “coorientadora” durante todo este processo de busca do conhecimento. A senhora é um dos maiores exemplos de docente, enfermeira e amante do que realiza, exemplo este que procurarei seguir durante a minha vida.

Ao Professor Francisco Arnaldo, meu tutor como bolsista REUNI, com quem pude trilhar os primeiros passos para a formação docente. Obrigada por me apoiar durante este período e pela

confiança depositada em mim. Nunca esquecerei as manhãs e tardes de aprendizado durante as práticas supervisionadas para a graduação em Enfermagem.

Aos Professores Ricardo Arcêncio e Rosana Vilar, pelas contribuições e sugestões feitas para o meu projeto de dissertação.

A todos os colegas de mestrado da turma 2010, por compartilharem deste sonho junto comigo. Em especial, à Concebida, Mayana, Tatiana, Isabelle, Silvana, Fernanda, Magna, João Mário, Débora, Jaqueline, Karol, Mirna, Vivianne, Dulce e Luciana. Sempre lembrarei de vocês com muito carinho e tenho certeza de que ainda nos encontraremos, e de que nunca vou esquecer do sentimento construído nesta etapa de nossas vidas.

Aos meus colegas de mestrado e companheiros de prática supervisionada para a graduação, João Mário e Sâmia Dutra. Tenho certeza de que ainda nos encontraremos pelos caminhos da vida e da docência.

Às minhas amigas de graduação Suzana, Concebida, Mayana, Isabelle, Natália, Karol, Patrícia, Débora e Dulce, pela amizade construída durante os anos de graduação. Permanecer com vocês, mesmo passado o tempo, é uma experiência dignificante.

Em especial, à Suzana, madrinha de Rodrigo e a irmã que a vida me concedeu, pelo apoio e amizade incondicional, ainda que a distância. Continuo a afirmar que nenhuma distância geográfica tem capacidade de nos separar, estamos sintonizadas em pensamento.

À enfermeira e mestrande Ana Angélica Rêgo de Queiroz, amiga conquistada durante a iniciação científica, que sempre compartilhou das minhas angústias e alegrias, que cresceu comigo nos primeiros contatos com o conhecimento científico em enfermagem.

À Professora Luciane Oliveira, pela amizade construída como bolsista de iniciação científica. Vínculo este permanente até hoje. Saiba que sempre torço pela sua felicidade e pelo seu sucesso; e que nunca esquecerei dos nossos momentos de crescimento coletivo.

À enfermeira e mestrande Rayssa Lopes, pela amizade conquistada durante o mestrado e vivência de Grupo de Pesquisa.

À Luciana Ribeiro Melo, mestre em Enfermagem e amiga que conquistei já na pós-graduação. Obrigada pelas palavras em tantos momentos difíceis e por sempre contribuir quando mais precisávamos.

Aos meus queridos amigos Bárbara, Sâmela, Flávia, Éricka, Vitor, Ana Paula, Camila e Aline, que me apoiaram e ouviram meus anseios, sempre com muita paciência.

Às bolsistas de iniciação científica Renata, Débora, Dândara e Marcela, pelo apoio e pelas contribuições fornecidas durante a coleta de dados.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFRN, em especial, Sebastião, Célia, Dona Graça, Cida e Breno, por estarem sempre dispostos a colaborar diante das necessidades apresentadas. A Stefanie, bolsista da PGENG, por estar sempre disposta a ajudar.

A Jairo, Mirtes e João, por estarem sempre presentes e dispostos a ajudar.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGENF) da UFRN, pela oportunidade e pela bolsa concedida durante o mestrado.

Ao Grupo GEOTB, por proporcionar a oportunidade de desenvolver um estudo voltado para as pessoas que sofrem com a tuberculose e que vivenciam tantas dificuldades.

A Marta Santos, responsável pela coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose, pela atenção e apoio oferecidos quando solicitamos.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma maneira, fizeram-se presentes e contribuíram para a concretização deste tão sonhado objetivo. A todos vocês, o meu sincero “Muito Obrigada”!

Agir

“Agir, eis a inteligência verdadeira.

Serei o que quiser.

Mas tenho que querer o que for.

O êxito está em ter êxito,

e não em ter condições de êxito.

*Condições de palácio tem qualquer terra larga,
mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença de grande repercussão no contexto mundial atual. No Brasil, o controle da doença foi direcionado para a Atenção Primária à Saúde, em virtude da determinação do Ministério da Saúde de descentralizar as ações de saúde para a Atenção Básica. Dessa forma, desde então as ações de diagnóstico, controle e tratamento da doença devem acontecer nesse contexto, porém, ainda existem muitos entraves que podem dificultar a realização dessas determinações. Este estudo tem o objetivo analisar o desenvolvimento das ações de controle de TB desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, a partir da visão do doente. O estudo é descritivo, de corte transversal e quantitativo. A população é constituída por 517 doentes de tuberculose em tratamento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde no Município de Natal/RN; a amostra é formada por 93 doentes de TB. O instrumento de coleta é estruturado, baseado no The Primary Care Assessment Tool (PCAT), validado no Brasil e adaptado para avaliar a atenção à TB no Brasil, com modificações. Tal instrumento foi dividido em blocos: o primeiro correspondeu às informações sociodemográficas do doente de TB e o segundo às ações de controle, diagnóstico e tratamento de TB nos serviços de saúde (SS), e inclui questões relacionadas às dimensões da atenção primária: acesso, vínculo, elenco de serviços, coordenação da atenção, orientação à comunidade e enfoque na família. Para análise quantitativa, construíram-se indicadores para cada item do instrumento. Os padrões de respostas são seguidos de acordo com a escala de Likert, à qual se atribuiu um valor entre 1 e 5, que significaram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações. Os valores entre 1 e 3 foram considerados insatisfatórios para o indicador; entre 3 e menores que 4, regulares; e, entre 4 e 5, satisfatórios. Os resultados indicam que 62,37% dos doentes eram homens, 27,96% com faixa etária de 41 a 50 anos, sendo 34,41% desempregados, de baixa escolaridade e baixa renda familiar. Verificou-se que os serviços hospitalares de referência são a porta de entrada para o doente (59,14%), e também os locais de diagnóstico da doença (72,04%). Sobre o acesso, as condições encontradas foram satisfatórias quanto: ao número de vezes em que precisavam buscá-lo até o atendimento ao problema de saúde, à marcação e à facilidade para conseguir consulta no SS, à realização do atendimento sem prejuízos ao comparecimento do indivíduo ao trabalho, e às facilidades referentes à proximidade entre a residência e os serviços; foram consideradas insatisfatórias as condições relacionadas ao deslocamento até o SS, e sobre horário e dias de funcionamento dos serviços. No que se refere ao elenco de serviços, foram satisfatórias ou regulares as ações relacionadas à solicitação de exames até a sua viabilização no primeiro SS, à disponibilização de pote para realização de baciloscopia e de medicamentos para o tratamento, além da realização de consultas de controle e recebimento de informações sobre a doença e o tratamento realizado; considerou-se insatisfatórias a realização de atendimento domiciliar ao doente de TB por parte do SS que atua como porta de entrada, a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO), de visitas domiciliares durante o tratamento, de oferta de auxílio-transporte ao doente e de existência de grupos para doentes de TB. Em relação à coordenação da atenção, resultou em regular a ação de encaminhamento do doente a outros SS para obtenção de exames; e como insatisfatório o encaminhamento para obtenção de medicamentos. Já as relações de vínculo entre doente e equipe de saúde foram consideradas em sua maioria satisfatórias ou regulares. Quanto ao enfoque familiar e comunitário, foi satisfatório apenas o indicador referente aos questionamentos dos profissionais ao doente sobre a existência de sintomáticos respiratórios na família. Considera-se que há necessidade de maior compromisso dos agentes governamentais

para com os incentivos obrigatórios ao controle da TB, assim como da disponibilização dos insumos necessários e capacitação dos recursos humanos que atuam na APS, na contínua busca de fortalecimento da atenção primária, como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato do usuário com as ações e os profissionais de saúde. Recomenda-se a adoção de mecanismos de gestão possíveis de ampliar a capacidade resolutiva da APS, promovendo a prestação dos serviços ao usuário e assegurando a atenção à saúde da população.

Palavras-Chave: Enfermagem; Tuberculose; atenção primária à saúde; efetividade.

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease of great impact on the world context today. In Brazil, the disease management was directed to the Primary Health Care, due to the determination of the Ministry of Health to decentralize health actions for primary care. Thus, since the actions of diagnosis, treatment and control of the disease should happen in this context, however, there are still many barriers that may hinder the realization of these determinations. This study aims to analyze the development of tuberculosis control activities conducted in the services of primary health care from the patient's vision. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study. The population consists of 517 tuberculosis patients treated in units of Primary Health Care in the city of Natal-RN; the sample consists of 93 TB patients. The collect instrument is structured, based in The Primary Care Assessment Tool (PCAT), validated in Brazil and adapted to assess attention to TB in Brazil, with modifications. This instrument was divided into blocks: the first one describes the socio-demographic information of patients with TB and the second one describes the health services working in control, diagnosis and treatment of TB, and includes issues related to the dimensions of primary care: access, bond, services, coordination of care, guidance to the community and family focus. For quantitative analysis, were built indicators for each item of the instrument. The response patterns are followed according to the Likert scale, which was assigned a value between one and five meant that the degree of preference relation (or agreement) of the statements. Values between 1 and 3 were considered unsatisfactory for the indicator, between 3 and less than 4, regular, and between 4 and 5, satisfactory. The results indicate that 62.37% of patients are male, 27.96% aged 41 to 50 years old, and 34.41% unemployed, with low education and low family income. It was found that the reference hospital services are the front door to the patient (59.14%), and are also the local diagnosis of the disease (72.04%). On access, the conditions satisfactory found are: the number of times the patients need to pick up the health care issue, the marking and the facility to get a consultancy in the HS, assistance provided without harm to the individual's attendance labor and facilities related to the proximity between the residence and services; were considered unsatisfactory conditions related to travel to the HS, and on hours and days of operation of services. As for the cast of services were satisfactory and regular actions related to the request for examination to become viable in the first HS, the availability of pot to perform smear and medicines for the treatment, as well as consultations control and receiving information about the disease and the treatment performed; it is considered unsatisfactory the performance of the home care for patients with TB by the HS that acts as a front door, for implementation of the Directly Observed Treatment (DOT), home visits during treatment, the provision of transportation allowance to the patient and the existence of groups for TB patients. Regarding the coordination of care, resulted in regular the action of referring the patient to other HS to obtain examinations, and as unsatisfactory referral to obtain medications. The relationship bond between patient and health team were considered satisfactory in the majority or regular. As for the family and community focus, is satisfactory only the indicator relating to questions from professionals to the patient about the existence of respiratory symptoms in the family. It is considered that there is need for greater commitment from government entities to the incentives required to TB control, as well as the availability of necessary inputs and training of human resources working in the PHC in the ongoing quest to strengthen primary care, as a place of broader host needs to contact the user with the actions and health professionals. It is recommended the

adoption of management mechanisms possible to expand the capacity of the health PHC, promoting the service delivery to the user and ensuring attention to population health.

Keywords: Nursing; Tuberculosis, primary health care; effectiveness.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente comunitário de saúde
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DOTS – Directly Observed Therapy Short-Course
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HIV – Human immunodeficiency virus
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT – The Primary Care Assessment Tool
PNCT – Programa de controle de tuberculose
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da família
PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose
SIAB – Sistema de Informação da Atenção básica
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR – Sintomático respiratório
SS – Serviço de saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO – Tratamento Diretamente Observado
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF – Unidade de Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Indicadores para análise das ações de controle de tuberculose segundo as dimensões da Atenção Primária à Saúde. Natal/RN, 2011	54
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos doentes de tuberculose acompanhados nos serviços de APS, segundo o sexo. Natal/RN, 2011	60
Tabela 2. Caracterização socioeconômica dos doentes de tuberculose acompanhados nos serviços de APS, segundo o sexo. Natal/RN, 2011	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Síntese do processo de construção dos índices compostos	57
Figura 2. Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de tuberculose acompanhado nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Natal/RN, 2011	64
Figura 3. Acesso do portador ao SS que foi porta de entrada frente ao surgimento da sintomatologia de TB. Natal/RN, 2011	65
Figura 4. Componente elenco de serviços nos serviços de saúde primeiramente buscados pelos doentes de tuberculose. Natal/RN, 2011	67
Figura 5. Componente coordenação nos serviços de saúde primeiramente buscados pelos doentes de tuberculose. Natal/RN, 2011	68
Figura 6. Serviço de saúde em que foi realizado o diagnóstico de tuberculose. Natal/RN, 2011	69
Figura 7. Tempo (em dias) entre a busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico de tuberculose, a busca do primeiro serviço de saúde e o início de tratamento, e a média da diferença entre esses dias. Natal/RN, 2011	70
Figura 8. Transcurso (em dias) entre o diagnóstico e o início do tratamento de tuberculose, e a média da diferença entre esses dias. Natal/RN, 2011	71
Figura 9. Acesso do portador de tuberculose ao serviço de saúde no qual é realizado o tratamento para controle e cura da doença. Natal/RN, 2011	72
Figura 10. Componente Elenco de serviços no serviço de saúde em que é realizado o controle e tratamento para cura de tuberculose, sob a visão dos portadores da doença. Natal/RN, 2011	74
Figura 11. Componente Vínculo no serviço de saúde em que é realizado o controle e tratamento para cura de tuberculose, sob a visão dos portadores da doença. Natal/RN, 2011	76
Figura 12. Dimensões Enfoque na família e Orientação à comunidade nos serviços de saúde em que é realizado o controle e tratamento para cura de tuberculose, sob a visão dos portadores da doença. Natal/RN, 2011	77

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
2 OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo geral	34
2.2 Objetivos específicos	34
3 QUADRO TEÓRICO.....	36
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	36
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	49
4.1 Caracterização do estudo	49
4.2 Tipo de estudo	49
4.3 Caracterização do local do estudo	49
4.4 O Programa de Controle da tuberculose em Natal/RN	51
4.5 População e amostra	51
4.6 Instrumento de coleta de dados	53
4.7 Indicadores envolvidos no estudo para a análise das ações de controle de tuberculose na Atenção Primária à Saúde	56
4.8 Aspectos éticos	56
4.9 Procedimentos de coleta de dados	56
4.10 Processamento e análise de dados	56
5 RESULTADOS.....	60
5.1 Caracterização dos doentes de tuberculose no Município de Natal/RN	61
5.2 A porta de entrada do sintomático respiratório ao no serviço de saúde.....	63
5.3 A dimensão Elenco de serviços no primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de tuberculose	66
5.4 A dimensão Coordenação da atenção no primeiro serviço de saúde buscado pelo doente de TB	68
5.5 A realização do diagnóstico de tuberculose e o transcurso entre o diagnóstico e início do tratamento para controle e cura da doença	69
5.6 O acesso do usuário ao serviço de saúde no qual é realizado o tratamento para controle e cura de tuberculose: as unidades de Atenção Primária à Saúde	71
5.7 A dimensão Elenco de serviços nas unidades de Atenção Primária à Saúde, locais para o acompanhamento do doente de tuberculose	73

5.8 A relação de vínculo desenvolvida entre o doente de tuberculose e os profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde	75
5.9 As dimensões Diagnóstico na família e Orientação à comunidade para o controle da tuberculose, nas unidades de Atenção Primária à Saúde	77
6 DISCUSSÃO.....	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXO	

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença com cura conhecida há várias décadas, no entanto, ainda sofre grande repercussão mundial na atualidade, sendo conhecida como um grave problema de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou, para o ano de 2006, em 9,2 milhões os novos casos de TB no mundo (139 a cada 100 mil habitantes), incluindo 4,1 milhões de casos com baciloscopia positiva. Além disso, chama a atenção para o fato de uma pessoa com a doença ativa e não tratada ser capaz de infectar de 10 a 15 pessoas ao ano, em média, ao passo que a cada segundo acontece uma nova infecção pelo bacilo da tuberculose no mundo. Além disso, um terço da atual população mundial está infectada pelo causador da doença, enquanto que o risco de desenvolvê-la aumenta em indivíduos que apresentam sistema imune debilitado. (WHO, 2008).

De acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde, 80% dos indivíduos infectados estão concentrados em 22 países subdesenvolvidos, considerados prioritários para o controle da TB, tendo em vista que são responsáveis por 95% dos casos e 98% das mortes pela doença, valores que representam, em números absolutos, 9,27 milhões de casos novos (dentre os quais, 44% – 4,1 milhões – são pulmonares bacilíferos) e 1,32 milhões de mortes entre pessoas não portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) – além de 456 mil entre indivíduos que viviam com o HIV – no ano de 2007. (WHO, 2009).

A grave situação da TB no mundo hoje está intimamente ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à acelerada urbanização das cidades. Esse quadro contribui para o aumento e a manutenção da pobreza, pois, assim como a AIDS, a TB atinge, principalmente, indivíduos que se situam em faixas etárias economicamente ativas. A epidemia de AIDS e o controle insuficiente da TB apontam para a necessidade de medidas enérgicas e eficazes de saúde pública. (HIJJAR et al., 2001).

No contexto do continente americano, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima a ocorrência de 250 a 300 mil novos casos por ano, com cerca de 20 a 25 mil mortes. Estima-se em 6% a prevalência de HIV em pacientes diagnosticados com TB, sendo que as porcentagens de mortes nos coinfectados são estimadas em 6,5%. (OPAS, 2005).

Nesse sentido, desde a descoberta da doença, no século XIX, propõem-se ações com vistas ao combate e ao controle da TB no mundo. No que se refere ao contexto

brasileiro, o combate a essa doença é considerado uma das linhas prioritárias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estando elencada entre as “doenças negligenciadas” no país. (BRASIL, 2006a; SOUSA et al, 2000; HINO et al,2009).

Segundo Hijjar et al. (2001), a TB é uma doença que faz parte da história da sociedade brasileira e se constitui num dos agravos que provocaram o retardo do desenvolvimento social e econômico do país, desde o início de sua colonização. Atualmente, continua sendo um importante problema de saúde pública mundial, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. (BRASIL, 2010).

O Brasil está classificado entre os 22 países com prioridades incluídas pela Organização Mundial da Saúde que abrangem 80% da carga mundial de Tuberculose, ocupando atualmente a 19ª posição, tendo anteriormente, em 2004, ocupado 14ª posição. Em 2009, ocorreram 71.700 novos casos da doença, apresentando uma taxa de incidência de 37 por cada grupo de 100 mil habitantes. Desde 1990 a taxa de incidência apresenta uma queda de 26% (1,4% ao ano). (BRASIL, 2010).

Para o controle da doença, o Ministério da Saúde elegeu a tuberculose como uma das prioridades entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações de controle e fixando metas para o alcance de seus objetivos, além de direcionar as ações para serem operacionalizadas no contexto da atenção primária à saúde. (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, as ações de controle da TB no Brasil devem estar organizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde, orientadas a partir do conceito mais amplo de atenção primária à saúde, a qual é conceituada como a atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, que sejam cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. (STARFIELD, 2002).

A partir das novas diretrizes para controle de TB, no Brasil, foi criado em 1998 o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), apresentando as diretrizes e uma série de ações programáticas para promover o controle da TB no país. Dessa maneira, com base na estratégia de organização da atenção básica e pautado na descentralização das ações de saúde, pode-se afirmar que este processo impõe a reorganização das ações de prevenção, vigilância e controle da tuberculose nos níveis locais, até então gerenciados e organizados pelas esferas nacional e estadual. (BRASIL, 2006a).

Ocorre uma redefinição estrutural do PNCT com a implantação de competências específicas a cada nível de governo. Em nível federal, através do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, cabe a formulação da Política Nacional, elaboração de normas, avaliação das ações e apoio aos estados e municípios com recursos estratégicos; no nível estadual, cabe o papel de apoiar os municípios nas suas atividades de planejamento, avaliação das suas ações, garantia para execução das normas federais e oferta de recursos que complementem as ações municipais. Aos municípios, cabe as funções de planejar, executar e avaliar a maior parte das ações nas unidades de saúde da família, a capacitação dos recursos humanos, entre outras atividades executadas. (BRASIL, 2006a).

Entre as metas destinadas ao combate e controle da TB no Brasil, que visam à implementação de ações no controle da doença, está o diagnóstico de aproximadamente 90% dos casos esperados e a cura de pelo menos de 85% dos casos diagnosticados (BRASIL, 2004). Para tanto, definiu-se como meta complementar a expansão das ações de controle para todos os municípios brasileiros, a qual deve ocorrer, conforme já explicitado, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, através de ações planejadas e articuladas entre seus gestores e profissionais. (BRASIL, 2006b).

No Brasil, há uma definição clara da estruturação da rede de serviços de saúde para a identificação de usuários sintomáticos respiratórios, assim como sobre a organização da rede laboratorial de diagnóstico e controle dos casos, com a garantia de acesso ao tratamento supervisionado e/ou autoadministrado dos casos; proteção dos saudáveis; alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão. (BRASIL, 2004).

São preconizadas, ainda, em nível mundial e conseqüentemente nacional, ações como a expansão da cobertura populacional para diagnóstico precoce, atingindo um patamar mínimo de 70% de detecção dos casos de TB; a garantia de recursos humanos e financeiros necessários ao controle efetivo da doença; a implementação, monitoração e avaliação dos programas nacionais para o controle da doença; e o aperfeiçoamento dos sistemas de provimento de drogas, com vistas a promover o acesso oportuno ao tratamento. (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Ressalta-se que desde 2006, são implementadas estratégias como a da iniciativa Stop TB da OMS, as quais são apoiadas pelo Fundo Global de Luta contra a AIDS, tuberculose e malária, além de mais de 80 unidades dos mais variados segmentos sociais do Brasil, tendo estabelecidas metas bem definidas de redução do número de

casos e da aceleração do ritmo de queda da incidência dessas doenças. Estima-se, portanto, chegar-se em 2011 com menos de 70.000 casos novos, e para 2015, 45 mil casos novos por ano. (HIJJAR et al., 2007).

Além disso, foi sugerida a implantação, a partir de 1993, da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment), com vistas à incorporação das ações de controle da TB no cenário da atenção primária de saúde. A estratégia é constituída por cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo em colocar o controle da TB entre as políticas prioritárias de saúde. (BRASIL, 2010; NOGUEIRA et al., 2009).

O PNCT reconhece aspectos essenciais para a articulação e a complementaridade de ações dos três níveis de gestão do SUS anteriormente definidos, as quais dizem respeito ao envolvimento obrigatório da participação social e organizações não governamentais no controle da TB, que busca o sinergismo e a multiplicação do impacto das ações de prevenção e controle da doença, a detecção e diagnóstico feitos fundamentalmente através da baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, a disponibilização de tuberculostáticos, incluindo um estoque estratégico, a segurança ao promover o tratamento supervisionado e a vigilância da resistência das drogas, além da criação de um sistema de informações de acordo com recomendações da OMS. (RUFFINO-NETTO, 2002; HIJJAR et al., 2007).

No que diz respeito ao Estado do Rio Grande do Norte, este se apresenta como um dos estados prioritários para o controle da doença, tendo seis cidades apontadas em 2004, a saber: Ceará-Mirim, Macaíba, Mossoró, Natal, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante. (BRASIL, 2004).

A partir do entendimento apresentado, percebe-se que as ações de controle de TB devem acontecer inicialmente, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que a partir do ano de 2000 o Ministério da Saúde busca intensificar a descentralização dessas ações, sejam elas de diagnóstico, controle ou tratamento, o que inclui principalmente o fortalecimento das relações entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as áreas programáticas para o controle da TB, agregando instrumentos para a organização da atenção através da articulação entre o então proposto Programa de

Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva e através da incorporação do atual paradigma da Saúde Pública vigente, os esforços estão focalizados na construção de sistemas e serviços de saúde de atenção primária, cujo acesso à atenção à saúde seja para todo e qualquer usuário, trazendo novos desafios para a gestão do programa de tuberculose. Com base ainda na concepção ampliada de saúde que acompanha este paradigma, se faz necessário reconhecer as singularidades dos sujeitos envolvidos em processos terapêuticos. (RAVIGLIONE, 2007; WHO, 2006).

O atual contexto da tuberculose no Brasil, portanto, inclui as ações de controle, diagnóstico e tratamento da doença que estão direcionadas ao nível da atenção primária à saúde, ressaltando serem muitas as metas a serem cumpridas e a realidade percebida na prática atual é desconfortante. Seguindo as etapas propostas para o tratamento, supõe-se a melhoria de alguns indicadores relacionados à doença, dentre eles a taxa de cura, diminuição do abandono e do óbito entre os doentes de TB, entendendo que essas duas estratégias da AB poderiam facilitar a integração das atividades relacionadas às famílias e aos grupos da comunidade, ampliando-se as ações de prevenção e controle da TB. (BRASIL, 2004).

Embora todas as ações de tratamento, controle e diagnóstico estejam bem estabelecidas há quase uma década, percebe-se ainda existir alguns nós críticos que interferem nas estratégias para o controle da TB em todo o país. Essa realidade tem sido permeada por diversos entraves, que levam, muitas vezes, como é o caso do retardo no diagnóstico da doença, à não adesão ao tratamento, e até ao abandono do mesmo, o que pode inferir numa operacionalização inadequada dessas ações de controle no contexto da prática de vigilância à saúde.

Destaca-se ainda, que a descentralização das ações de controle da TB para os serviços de AB constituiu um avanço significativo para o sistema de serviços de saúde no Brasil, porém, por outro lado, é preciso considerar os desafios de articulação entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde dos municípios, uma vez que, para que a atenção primária seja de qualidade ela necessita do aporte desses três níveis, de forma a torná-la resolutive.

Nesse sentido, o processo de incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma gradual e diversificada na AB, sendo que algumas delas tendem a permanecer centralizadas de forma vertical nos PCTs, uma vez que a TB acaba sendo

encarada como uma doença que demanda ações pontuais relacionadas às “práticas programáticas”. (VILLA et al., 2006a).

No contexto da atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem se mostrando como estratégia complementar ao que é preconizado pelo PNCT, no entanto, esta deveria assumir um caráter integrativo, pois isso é o que é verdadeiramente preconizado pelo programa.

Um dos principais problemas encontrados pelo PCNT refere-se à dificuldade de adesão por parte dos usuários acometidos pela tuberculose à terapêutica oferecida. Observa-se, na prática, que muitos desses usuários não concluem o tratamento (por uma ou diversas vezes), tornando-se crônicos, no que diz respeito à doença e ao serviço. Essa não adesão ao tratamento é apontada como uma das graves falhas do programa de controle e combate à doença. Destarte, percebe-se que as razões que influenciam essa situação são diversificadas e geralmente complexas, podendo estar relacionadas ao próprio usuário, como também podem envolver a forma como se institui e se processa o tratamento, além da forma de organização dos serviços de saúde. (COSTA et al., 1998).

Tais entraves, relacionados ou não às condições apresentadas pelo sistema de serviços de saúde, limitam a realização do combate à tuberculose. Nessa perspectiva, Marcolino et al. (2009) puderam constatar, em estudo realizado no Estado da Paraíba, que limitações e fragilidades do sistema de saúde existem, como a não realização da coleta do escarro, que é o procedimento prioritário para o diagnóstico da doença, no contexto da ESF; a não adoção da prática de visita domiciliar por todos os profissionais de saúde; além da problemática de horário de atendimento acessível ao usuário do serviço.

Essas fragilidades apontam que as ações de controle de tuberculose podem não acontecer de forma efetiva em sua totalidade, determinando falhas no serviço de saúde e conseqüentemente no controle da doença. Ainda, permite-se pensar que, para a superação dessas deficiências, fazem-se necessários a participação e esforço de diversos atores do sistema de serviços de saúde, sejam eles gestores, profissionais de saúde, usuários e famílias.

Estudos realizados em diferentes locais, como Shanghai, Espanha, Hong Kong e Brasil, mostram que as causas da dificuldade com o diagnóstico estão relacionadas ao serviço de saúde procurado pelo doente de TB, à sintomatologia apresentada e ao tipo de meios diagnósticos disponíveis nos serviços de saúde. O acesso ao diagnóstico na atenção primária parece estar obstaculizado por várias barreiras que precisam ser

esclarecidas. (SANTOS, 2005; HABIBULLAH, 2004; YIMER, 2005; SCATENA et al., 2009).

Apesar das dificuldades citadas, é inegável a acumulação de experiências inovadoras, principalmente no âmbito municipal, incluindo a reorganização da oferta de serviços (oferta organizada, ações programáticas) nas unidades básicas em função de necessidades e demandas da população, o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica (ações intersetoriais, educação e comunicação em saúde, reorientação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária) e a implementação da ESF e PACS. (TEIXEIRA, 2000).

Além disso, os princípios da Atenção Primária consideram o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca à promoção de sua saúde, à prevenção e tratamento de doenças e à redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006a).

No caso do doente de TB, parte-se do princípio básico de que o mesmo está inserido em um contexto biológico, físico, social e de vida, o qual permeia intimamente a situação de estar doente.

No entanto, Gonçalves et al. (1999) apontam que, apesar das muitas discussões na área de controle de TB, a maioria se limita a resumir e avaliar respostas sem compreender de fato a visão de mundo dos doentes e seus familiares, o que não permite que os mesmos sejam tratados como sujeitos fundamentais nesse processo.

Assim, vivenciar a luta contra a TB na perspectiva do doente pode ter diversas conotações, tendo em vista as múltiplas condições da população brasileira e dos serviços de saúde existentes no país.

Sobre esse assunto, Gonçalves et al. (1999) trazem que o ponto de vista do paciente e o envolvimento do contexto social no seu comportamento amplia a discussão para além das fronteiras da clínica, de maneira que as representações de saúde/doença e as concepções sobre a etiologia e o contágio da tuberculose demonstram que a sabedoria e a prática dos pacientes não se restringem aos ensinamentos médicos, estando muitas vezes relacionadas a um amplo leque de possibilidades e articulações que fogem ao controle do Programa de Controle da Tuberculose.

Devido a todo o processo de evolução histórica no qual a tuberculose se insere, ressalta-se também que ainda estão vivas na história da doença as recomendações profiláticas e preventivas, dadas na forma de conselhos passados de geração em

geração, o que, de certa forma, remete à dificuldade atual de lidar com os medicamentos, que em parte pode ser proveniente das próprias representações populares a respeito da cura da tuberculose. (GONÇALVES et al., 1999).

Em relação aos serviços de saúde, os mesmos podem tanto estar fornecendo condições apropriadas para o enfrentamento da doença, como também correm o risco de poder não realizar a atenção à saúde capaz de proporcionar o diagnóstico preciso, controle e cura da mesma. Assim, é fundamental que o serviço seja estruturado para que as ações de combate à tuberculose sejam implantadas no contexto da prática, pois(,) nem sempre o serviço de saúde oferece as condições necessárias à sua implementação.

Em outras circunstâncias, alguns profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou outros, podem não se comprometer com o serviço ou não desenvolver ações determinadas pelo PNCT para cada um destes indivíduos, afetando diretamente o usuário que recebe a atenção à saúde e a qualidade do serviço de saúde. Ainda, pode acontecer de o doente de TB não se empenhar em buscar o tratamento ou a cura ou desconhecer a importância da busca pelo diagnóstico, adesão ao tratamento e controle da doença; ou até não se sentir seguro nem confiante no serviço de saúde que o recebe, o que apontaria novamente para fragilidades existentes no próprio serviço.

Por outro lado, ainda depara-se com alguns problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, como a falta de envolvimento, sensibilização, conscientização e habilidade técnica por parte dos profissionais do setor de saúde, sejam eles gestores ou profissionais da assistência direta à saúde. Problemas estes ligados à rotatividade dos membros das equipes no sistema de saúde, que dificultam a criação de vínculos e a continuidade das ações, como também à drenagem dos profissionais com maior capacitação para os sistemas privados.

É também de capital relevância saber escutar as queixas do usuário, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento, no vínculo e na corresponsabilização, princípios fundamentais da Saúde da Família.

Porém, o que se observa na realidade, apesar do significativo processo de implantação e expansão dessas estratégias, é que ainda prevalece no país o modelo de assistência à saúde tradicional, pautado na lógica da demanda espontânea e nos profissionais “plantonistas” que dispensam assistência aos usuários a partir de problemas de saúde específicos, que obrigatoriamente precisam atender às necessidades

de uma extensa área populacional e territorial, o que culmina em resultados desfavoráveis à implantação das ações de atenção primária, uma vez que estas passam a ser voltadas para condições agudas e específicas. (MENDES, 2004).

Ressalta-se, ainda, que o sistema de saúde vigente no país apresenta outras fragilidades, as quais evidenciam que dimensões essenciais da Atenção Primária à Saúde não são contempladas no contexto da Atenção Primária, refletindo também na organização dos serviços de saúde e desempenho para a atenção à Tuberculose. (BATAIERO, 2009).

Por sua vez, os Programas de Controle de Tuberculose devem diminuir o tempo de demora na busca do diagnóstico do doente e conseqüentemente a demora para início do tratamento. É importante também buscar manter os princípios que a atenção primária preconiza, de forma a acolher os usuários que procuram os serviços de saúde, para integrá-los às equipes, minimizando os entraves no decorrer do processo de tratamento e cura da tuberculose, além de respeitar a autonomia e a dignidade destes indivíduos.

Espera-se, então, que o PNCT possibilite, dentro do contexto de atenção primária à saúde, um salto de qualidade que abranja desde a melhoria na busca ativa de casos, no diagnóstico e tratamento precoce, até uma assistência mais qualificada, dadas as possibilidades das equipes em conhecer a realidade sociocultural de cada doente/família de sua área de abrangência. (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

Assim, de acordo com os aspectos sumarizados que envolvem o combate e o controle da TB no país até a presente data, particularmente em Natal/RN, elaborou-se o seguinte questionamento:

- Qual é a visão do doente de tuberculose acerca das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da atenção primária à saúde para o controle da doença?

Esse questionamento permeia o presente estudo e tem como base conceitual o referencial teórico da Atenção Primária à Saúde (APS) proposto por Starfield (2002), a qual considera o conceito de APS compatível com o da AB, porém sendo mais ampla que esta última, uma vez que acrescenta dimensões essenciais, como o vínculo com o usuário, o enfoque na família, a coordenação e a orientação comunitária, aos elementos já adotados no conceito proposto pelo MS, como, por exemplo, a porta de entrada e o elenco de serviços. (MACINKO; ALMEIDA, 2006).

Considerando a problemática descrita, pretende-se investigar a TB a partir do que o doente de tuberculose pensa e como ele se situa no contexto do tratamento, do controle e cura da doença. Sem esquecer a magnitude ainda existente da doença na atualidade, e que a família, a sociedade, os profissionais e os serviços necessitam de mais investigação e análise para o alcance das metas propostas pelo PNCT e pelo Pacto pela Vida, sendo desenvolvidas na atualidade.

Frente à problemática discutida, o presente estudo justifica-se pela importância da análise sobre as ações das equipes de saúde no controle da tuberculose na atenção primária à saúde, uma vez que possibilitará uma maior aproximação com os aspectos que interferem para o desenvolvimento dessas ações, com vistas ao controle da tuberculose no contexto do país e no cenário local.

Embora a análise dessas ações possa ser realizada sob a visão de qualquer indivíduo que compõe a atenção primária, seja profissional de saúde, Agente Comunitário de Saúde, os gestores ou o usuário, escolheu-se este último devido a ser o principal sujeito ao qual se prestam as ações de diagnóstico, controle e tratamento da tuberculose, sendo sua visão considerada fundamental para começar-se a entender quais entraves permeiam o cenário local no que diz respeito a esta doença.

Dessa forma, busca-se contribuir para o melhor entendimento acerca da visão do doente sobre as ações que lhes são prestadas e espera-se que o estudo ofereça subsídios para a reestruturação dos serviços saúde de maneira a garantir a prestação das ações de controle de TB no nível local, contribuindo com o planejamento, organização, monitoramento e avaliação, bem como na disponibilização das informações, subsidiando os diferentes tipos de serviços, quando da execução das ações de controle da TB.

Por outro prisma, entende-se haver a possibilidade para que todos os sujeitos que atuam no contexto da atenção à saúde alcancem o seu entendimento e desenvolvam essas ações, tornando-se um aspecto relevante para subsidiar estratégias cada vez mais efetivas no que diz respeito ao controle da tuberculose.

Quanto à enfermagem, sabe-se que esta profissão tem grande importância no desenvolvimento das ações de controle de tuberculose no contexto da atenção primária à saúde. Em geral, o enfermeiro se envolve nas atividades nos níveis de atenção primária, seja no âmbito gerencial, como gestor de unidades, de programas de vigilância epidemiológica, ou coordenador da Atenção Primária à Saúde, seja na participação nas atividades de vigilância epidemiológica ou no treinamento dos agentes comunitários de

saúde para realização de ações como a busca ativa de sintomáticos respiratórios, realização de coleta de escarro e supervisão no tratamento (dose supervisionada).

Dessa forma, torna-se essencial que o enfermeiro, além dos outros profissionais de saúde, tome consciência de que maneira as ações de controle no combate da tuberculose desenvolvem-se no contexto da APS, de modo que, conhecendo o desenvolvimento das ações de controle, possa contribuir para a adoção de medidas complementares ou verificação e possível reformulação das atuais, o que interfere na profissão tanto no contexto de formação quanto no contexto da prática, quando o profissional atua diante de tantas atribuições.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o desenvolvimento das ações de controle de tuberculose nos serviços de Atenção Primária à Saúde a partir da visão do doente.

2.2 Objetivos específicos

1. Definir o perfil sociodemográfico dos doentes de tuberculose do Município de Natal/RN;
2. Averiguar o acesso do doente de TB, antes do diagnóstico e durante o tratamento, aos serviços de APS;
3. Descrever a relação de vínculo entre a equipe de saúde e o doente em tratamento para TB;
4. Identificar a existência de inclusão da família e da comunidade nas ações desenvolvidas junto ao doente de TB;
5. Conhecer a coordenação e oferta de ações pela equipe de saúde para a resolutividade das necessidades ou problemas do doente de TB.

QUADRO TEÓRICO

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 A atenção primária à saúde (APS)

No contexto de reorganização dos sistemas de serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde foi criado no Brasil a partir da nova Constituição Federal, em 1988, após o ápice da Reforma Sanitária, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Na Constituição, a saúde é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 consagra a liberdade da iniciativa privada. Estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde, que veio a ser regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (MENDES, 1999).

Com a Constituição, a concepção do SUS mudou totalmente as ações destinadas à atenção à saúde da população brasileira, voltando-se para ações e serviços públicos de saúde que passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada (MENDES, 1999).

Nesse sentido, passa a ser proposta, a partir das Normas operacionais, a organização de uma rede regionalizada – com a criação de microrregiões, macrorregiões e regiões – e hierarquizada, com base em territórios autossuficientes em atenção primária à saúde, em atenção de média complexidade e em atenção de alta complexidade. Essa proposta decorre de uma visão do sistema de serviços de saúde como estrutura piramidal, organizado por níveis que são hierarquizados por suas complexidades relativas, indo da atenção primária à saúde, que seria a menos complexa, até a atenção terciária à saúde, que seria a mais complexa (MENDES, 2004).

Salienta-se que, nesse quadro teórico, o conceito de APS é mais amplo e compatível do que o de atenção básica (AB), encontrado nacionalmente na atualidade, uma vez que o MS define a AB como um conjunto de ações de saúde de caráter individual e coletivo desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essa definição inclui alguns elementos da APS, como porta de entrada e

elenco de serviços, contudo, não contempla as outras dimensões essenciais, como vínculo, enfoque familiar e orientação comunitária (BRASIL, 2006).

A concepção de APS surgiu em 1920, no Reino Unido, através do Relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920) que instituiu a organização dos sistemas de serviços de saúde em três níveis principais: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais-escola. Esse arranjo teórico constituiu a base para o conceito de regionalização como um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de saúde da população (STARFIELD, 2002).

No entanto, o impacto da APS como princípio universal na reorganização dos serviços de saúde começou a ser considerável a partir dos anos de 1970, durante a Conferência de Alma Ata, que propôs a definição de APS, a qual tornou-se consenso durante a Assembleia Mundial de Saúde, em 1979.

Dessa forma, a APS passou a ser definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002).

Ainda, a fim de aumentar o embasamento teórico acerca da APS, a autora acrescenta que:

É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002).

A partir disso, Starfield (2002) define a atenção primária como aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas

necessidades e problemas; além de fornecer atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo e para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; bem como coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Segundo a autora, a conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da APS eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) enfatiza que uma APS de qualidade deve possuir como base de conhecimento e operacionalização os seus princípios ordenadores, ou dimensões, a saber: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, o enfoque na família e a orientação comunitária.

Assim, o primeiro contato é conhecido como o lugar ou prestador específico de atenção à saúde, atuando como porta de entrada para o sistema de saúde, cada vez que surge um novo problema na saúde do indivíduo. O primeiro contato implica em acessibilidade, a qual possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, sendo que, para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível ao usuário; se não, a atenção será postergada, correndo risco de chegar ao ponto de afetar adversamente o manejo do problema de saúde apresentado.

Já o acesso é a maneira como o indivíduo experimenta essa característica (de acessibilidade) do seu serviço de saúde. É a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde, porém não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis (STARFIELD, 2002).

Figueiredo et al. (2009) afirmam que o acesso depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão o serviços e em que condições, estando associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão de obra, distância, horário de funcionamento e qualidade de atendimento. Reiteram que o acesso é um importante indicador da APS, e a avaliação de como esse componente vem sendo alcançado constitui-se uma importante ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

O acesso é um conceito multidimensional, que exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas para usarem os serviços de saúde quando necessitam (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições.

Desse modo, o acesso está associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão de obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000). Logo, o acesso é um importante indicador de impacto da atenção primária à saúde e avaliar em que medida esse componente vem sendo alcançado constituiu-se uma importante ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A longitudinalidade, também denominada nacionalmente como vínculo, pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso em longo prazo, ou seja, de vínculo entre equipe e usuário. Assim, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Para tal, as pessoas devem ser atendidas ao longo do tempo pela mesma equipe de APS; e a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população. Estes deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deve refletir em fortes laços interpessoais que demonstrem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

De acordo com Starfield (2002), os usuários têm maior probabilidade de aceitar conselhos e instruções quando o profissional fornece mais informações, faz menos perguntas gerais (mas mais perguntas a respeito da adesão) e fornece mais devoluções positivas, e menos negativas. Além disso, os usuários entendem mais o aconselhamento a partir do momento em que o profissional se esforça para construir uma parceria entre ambos.

Outra dimensão da APS é a integralidade, conhecida nacionalmente como elenco de serviços, que implica na prestação de serviços pela equipe de saúde ajustados às necessidades da população adscrita. Seu papel é prestar diretamente todos os serviços,

mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas, bem como agir como agente para a prestação de serviços em outros pontos de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

O elenco de serviços exige que a atenção primária disponibilize os recursos para atender à variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do indivíduo. No nível populacional, as necessidades da comunidade definem a variedade de serviços que deveriam ser oferecidos, enquanto que a integralidade é medida pela penetração desses serviços na comunidade. Esta variedade de serviços disponíveis deveria consistir de um núcleo que seja relevante para toda a população, bem como de serviços adicionais para populações com necessidades de saúde especiais que sejam comuns (STARFIELD, 2002).

Já a coordenação da atenção, que seria a integração dos serviços, é essencial para a obtenção das outras dimensões consideradas por Starfield. Sem a coordenação, o vínculo perderia muito do seu potencial, o elenco dos serviços seria dificultado e a função de atenção ao primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. Portanto, aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na APS e significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde.

A coordenação exige alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários de saúde, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos, compreendendo encaminhar e acompanhar o atendimento em outros serviços especializados, quando necessário. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; STARFIELD, 2002).

Em relação ao enfoque familiar, a autora afirma que este pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, uma vez que a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e, conseqüentemente, o conhecimento de seus problemas de saúde. Já a orientação para a comunidade implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser reconhecido e tomado em consideração.

Ressalta-se ainda que há um outro elemento, citado por Almeida e Macinko (2006), a formação profissional, que, embora não integre as dimensões propostas por

Starfield, é considerada importante, tanto porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam nesse âmbito da atenção, como porque a “mudança do modelo assistencial” a partir da priorização da Atenção Primária à Saúde, preconizada pela política nacional de saúde, exige transformações importantes no processo de trabalho nas unidades desse nível de atenção. Assim, pressupõe que a atenção primária seja uma área de “especialização” que requer formação específica, devendo os profissionais serem capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.

Dessa maneira, a APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Destarte, difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas, e que inclui a necessidade de serviços preventivos. Além disso, a atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária, sendo, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela (STARFIELD, 2002).

O termo “primária”, instituído para marcar o complexo princípio do primeiro contato (STARFIELD, 2002), é interpretado, na concepção hierárquica dos sistemas de serviços de saúde, como algo muito simples que pode ser ofertado de qualquer forma. Ainda há um incentivo de uma representação por políticos, por profissionais de saúde e pela própria população de uma atenção primária à saúde como algo muito simples, seja no plano material, seja no plano simbólico. O resultado é uma banalização da atenção primária à saúde e sua baixa qualidade, o que vem acontecendo, infelizmente, no SUS, apesar dos esforços para sua melhoria em todos os níveis gerenciais do sistema público de serviços de saúde (MENDES, 2004). Starfield (2002) acrescenta que a falta de apreciação das características e contribuições da atenção primária no setor de saúde

acaba por banalizar as ações coerentes com este enfoque, a partir de uma visão distorcida de que fazer saúde é curar as doenças.

No entanto, Mendes (2004) diverge do contexto de considerar a concepção hierárquica resultante dos anos de 1980, afirmando que tal concepção é teoricamente equivocada e sua adoção tem, na prática social, graves implicações, uma vez que o nível de atenção mais complexo é o da atenção primária à saúde. Isso porque ele é apenas menos denso tecnologicamente, porém, resolver 90% dos problemas mais comuns, coordenar os fluxos e contrafluxos no contínuo de pontos de atenção à saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários é de extrema complexidade. Além disso, os profissionais de saúde, para exercitar bem suas funções, devem ter domínio amplo em campos cognitivos distintos, como a biologia, a medicina, a antropologia, a psicologia, etc.

Dessa forma, o autor traz que um aspecto relevante a ser enfatizado é a visão distorcida da atenção primária, considerando uma ambiguidade de conceitos encontrados em vários países, a partir da formulação do termo nos foros internacionais. Starfield (2002) acrescenta que, por ocasião da Alma-Ata, os países industrializados já haviam alcançado em grande parte as metas acordadas, enquanto que a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou diferentes interpretações da APS: a APS como atenção primária seletiva, APS como nível primário do sistema de serviços de saúde e APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

Interpretar a APS como atenção primária seletiva é vinculá-la a um programa específico destinado às pessoas e regiões pobres, oferecendo um conjunto de ações simples e de baixo custo, providas por um pessoal de baixa qualificação profissional e sem possibilidade de referência a uma atenção mais especializada. Por outro lado, o entendimento da APS como o nível primário do sistema de serviços de saúde é concebê-la como modo de operacionalizar a porta de entrada do sistema, enfatizando a resolutividade dos serviços nesse nível de atenção para satisfazer as demandas da população, restritas às ações de atenção de primeira instância.

No entanto, a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde é a interpretação atribuída à atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, constituindo a forma mais ampla de atuação, em razão de sua significação estratégica. (MENDES, 2002). Segundo o referido autor, por muitos anos no Brasil, a proposta de APS foi vinculada como um

meio de ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência. Entretanto, recentemente, vem-se adotando a APS como um modelo de ordenamento do sistema de saúde, na perspectiva de responder apropriadamente às necessidades da população.

Assim, para chegar-se a uma mudança nos sistemas de serviços de saúde frente ao atual contexto mundial (de custos crescentes decorrentes do envelhecimento populacional e melhor sobrevivência dos doentes crônicos, que requerem manejos da doença cada vez mais caros), aponta-se que, para obter efetividade e equidade no seu contexto prático, esses sistemas necessitam ter uma forte orientação para a APS, haja vista o alcance de resultados promissores encontrados a partir de um rigoroso trabalho de comparação internacional de sistemas de serviços de saúde, realizado pela mesma, apresentando-se mais eficazes e de maior qualidade, estando, em muitos casos associados a menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos (STARFIELD, 2002).

3.2 A tuberculose no mundo e no Brasil

A tuberculose é uma das doenças infecciosas mais antigas, além de ser muito conhecida e estar há mais de meio século vulnerável ao tratamento medicamentoso. Contudo, a tuberculose permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global. (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

A relevância da magnitude da TB pode ser evidenciada pelas estimativas da OMS para o ano de 2007, que detectou 9,27 milhões de casos novos no mundo. A maioria desses casos estaria nas regiões da Ásia (55%) e da África (31%), enquanto que as regiões do Mediterrâneo Oriental (6%), Europa (5%) e Américas (3%) teriam os menores percentuais. (WHO, 2009).

Apesar do aumento no número de casos novos, a taxa de incidência global vem diminuindo lentamente (menos de 1% ao ano), sendo estimada uma taxa de 139 casos por 100.000 hab. Houve declínio em cinco das seis regiões da OMS e somente a Europa manteve a sua taxa estável. Casos novos HIV positivos: 1,37 milhão, 15% do total de casos estimados, dos quais 79% estariam na África. Óbitos em casos novos HIV negativos: 1,3 milhão sendo 456 mil nos HIV positivos. TB multirresistente (TB-MDR) 500 mil casos. (WHO, 2009).

Muniz, Villa e Pedersolli (1999) afirmam que o aumento da incidência de casos de TB no mundo relaciona-se a diversos problemas de ordem social e dos serviços de saúde oferecidos à população. Assim, apontam fatores como a elevação de problemas médico-sociais, a mendicância, o abuso de drogas, a epidemia de HIV/AIDS, bem como a qualidade de vida de uma população cujos indicadores são representados por condições de alimentação, moradia e saneamento básico.

Outros fatores apontados referem-se “à situação sócioeconômica, que tem aumentado as condições de pobreza, resultando em dificuldades de acesso aos serviços de saúde, crescimento de populações marginais e migrações em busca de melhor qualidade de vida”. A esse cenário, ainda soma-se a “debilidade dos serviços de saúde pública, que têm sido menos eficientes em suas ações nas últimas décadas. (OPS/OMS; 1997 apud MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

De acordo com Ruffino-Netto (2002), a tuberculose (TB) tem preocupado as autoridades da área da saúde em todo o mundo. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação da tuberculose como estado de urgência. Esta própria instituição se deu conta de que, sozinha, não conseguiria controlar a doença. Criou-se, então, o programa “STOP TB” que reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como: a Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial, o Centers for Disease Control (CDC)- Atlanta, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e American Thoracic Association (ATA).

Desde que a OMS, em 1993, declarou a tuberculose em estado de emergência mundial, o Brasil sinalizou, com marcos pontuais, sua posição frente às novas perspectivas do problema. Destacaram-se o lançamento do Plano Emergencial, em 1994, que priorizou 230 municípios onde se concentra a maioria dos casos; o desenvolvimento do Centro de Excelência de Controle à Tuberculose, em 1999; e recentemente, em 2001, o Plano Nacional de Mobilização para eliminação da hanseníase e controle da tuberculose. (HIJJAR et al., 2001).

Como estratégia mundial para evitar o abandono e estimular o uso correto da medicação, a OMS também propôs em 1993 o Directly Observed Therapy Strategy (DOTS), no intuito de atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos, um conjunto de estratégias político-administrativas que inclui o tratamento supervisionado, com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento. Esta é considerada

uma das melhores intervenções em relação ao custo-benefício (VIEIRA, RIBEIRO, 2008).

Embora recomendada desde 1993 pela OMS, no Brasil a implantação do (DOTS) foi iniciada em 1996 por meio do Plano Emergencial para o controle da TB, e formalmente oficializado em 1999 por intermédio do PCT. Reconhecido como um instrumento técnico e gerencial, o DOTS constitui uma estratégia pós-moderna de controle da doença (FERNANDES, 1993; MENDES, 1998; RAVIGLIONE, 2002), uma vez que envolve todas as etapas de atenção ao doente, desde a detecção do caso até o término do tratamento.

Em 1996, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS) lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, cujo principal objetivo era aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em 230 municípios, com ênfase ao diagnóstico e tratamento da doença. Esses municípios prioritários (MP) assim foram considerados devido à elevada carga da enfermidade. (SANTOS, 2007).

Em outubro de 1998, lançou-se o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, com as seguintes diretrizes gerais: 1) o MS é responsável pelo estabelecimento das normas; 2) a aquisição e abastecimento de medicamentos; 3) referência laboratorial e de tratamento; 4) coordenação do sistema de informações; 5) apoio aos estados e municípios; 6) articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) formalizou a recomendação da implantação da estratégia do Tratamento Diretamente Observado dentro da DOTS. Todavia, em função da estruturação e de mudanças no setor de saúde ocorridas naquele período, houve dificuldades para sua implantação. Atualmente, no Brasil, cerca de 50% dos pacientes com TB encontram-se em tratamento segundo a estratégia DOTS. (SANTOS, 2007; VILLA et al., 2006). Em concordância com esses dados, a Organização Mundial da Saúde, através de seu oitavo relatório (2004), que analisa a coorte de 2001, informa que três países tiveram baixa taxa de sucesso no tratamento: Rússia, Uganda e Brasil. (WHO, 2004).

Nesse sentido, a partir de 2003, a TB foi colocada na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil. O Ministério da Saúde pactuou o fortalecimento da estratégia TS-DOTS com as demais esferas de gestão como principal instrumento para alcançar as metas internacionais de detecção de 70% dos casos bacilíferos estimados e de cura de, pelo menos, 85% dos casos tratados. (RUFFINO-NETTO, 2001).

O atual Plano de Ação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), aprovado em 2004, está fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB. A base para a implantação da estratégia DOTS utiliza a força de recursos humanos das unidades de atenção básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PNCT está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolve as seguintes ações nos componentes estruturais básicos: vigilância epidemiológica; medidas de proteção; integração com a atenção básica; ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social; capacitação e treinamento articulados com polos de educação permanente; sustentação político-social; e avaliação, acompanhamento e monitoramento. Esses componentes têm suas atribuições definidas para as esferas federal, estadual e municipal. (SANTOS, 2007).

No contexto nacional atual, o Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de TB. Em 2007, o Brasil notificou 72.194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 hab. Destes, 41.117 casos novos foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva), apresentando um coeficiente de incidência de 41 a cada 100.000 habitantes. Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência. (WHO, 2009).

O Brasil ocupa o 15º lugar, com incidência de 28 casos (baciloscopia positiva) por 100.000 habitantes, prevalência de 92 por 100.000 habitantes, taxa de coinfeção por HIV de 3,8%, e de MDR, 0,9%. Na região das Américas, ocorrem, aproximadamente, 352.000 casos de TB e 50.000 mortes por ano. A cada hora, acontecem 40 novos casos de contaminação por tuberculose. A cada 10 minutos, uma pessoa morre de tuberculose (OPAS, 2007).

De acordo com Ruffino-Netto (2001), um dos maiores desafios para o controle da doença no Brasil reside na questão da adesão e/ou abandono do tratamento, uma vez que a adesão é considerada um ponto fundamental para êxitos no tratamento e quebra do ciclo de transmissão. Arcêncio (2006) acredita que, para alcançar a adesão, se faz necessária uma relação humanizada entre doente e profissional de saúde que permita aos pacientes compreenderem sua enfermidade, passando também a serem responsáveis pelo seu tratamento.

A disseminação da doença ocorre cada vez mais rápida e está presente em todas as classes sociais e países do mundo. Desse modo, a TB constitui uma preocupação mundial e responsabilidade de todos, o que reforça a necessidade de políticas universais e eficazes de controle da doença em detrimento às ações e programas focalizados adotados ainda nos dias atuais. Caso a gravidade deste quadro não se reverta, de acordo com Hijjar (2001), teme-se que, até 2020, um bilhão de pessoas sejam infectadas, 200 milhões adoçam e 35 milhões possam ir a óbito.

MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo é um recorte de um estudo multicêntrico denominado de “Avaliação da Efetividade de Modelos de Gestão de Serviços de Saúde no Controle da Tuberculose em Municípios da Região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”, coordenado pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Neste estudo, escolheu-se contemplar a visão do doente, cujo instrumento inclui 88 questões sobre as seis dimensões essenciais da APS: Acesso – Porta de Entrada (*gatekeeper*); Vínculo (ou longitudinalidade); Elenco de Serviços (*comprehensiveness*); Coordenação (ou integração dos serviços); Enfoque Familiar; Orientação para a Comunidade.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, de corte transversal. Entende-se que a pesquisa descritiva procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos sem manipulá-los. (CERVO; BERVIAN, 1996).

O estudo transversal é aquele que envolve a coleta de dados em um ponto do tempo, sendo específico para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. (CERVO; BERVIAN, 1996).

Em relação à abordagem quantitativa, esta possibilita a coleta sistemática de informações numéricas, através de condições de muito controle e de uma análise das informações a partir da estatística. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; MEDRONHO, 2006).

4.3 Caracterização do local do estudo

O local de realização deste estudo é o Município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, especificamente, os serviços de atenção primária à saúde

utilizados pelos doentes de tuberculose, a saber: Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família implantada e Unidades Básicas de Saúde.

Em 2009, segundo o IBGE, o município possuía uma população de 806.203 habitantes. Atualmente, Natal já é considerada uma cidade de médio porte, que possui alta incidência de TB e/ou HIV anual, embora atualmente apresente as ações de controle de TB descentralizadas para a Atenção Primária à Saúde, e essas ações (busca ativa, diagnóstico e tratamento) desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, com ou sem a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

O município é atualmente dividido em regiões administrativas de saúde, que correspondem aos Distritos Sanitários: Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste, nos quais se localizam as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Serviços (CNES), o sistema de saúde do Município de Natal dispõe de 1.363 estabelecimentos de saúde, sendo que, destes, 76 são unidades de saúde municipais, das quais 37 são Unidades de Saúde da Família e 23 são Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2011).

Para fins deste estudo, entende-se Unidade Básica de Saúde como aquela unidade que realiza atendimentos de atenção básica integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por profissional de saúde generalista ou especialista em pediatria e ginecologia, podendo ou não oferecer Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e Pronto Atendimento 24 horas (unidade mista). (NATAL, 2007).

Adota-se o conceito de Unidade de Saúde da Família como sendo Unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua, programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes da Estratégia Saúde da Família – ESF, do Ministério da Saúde. (NATAL, 2007).

No Município de Natal hoje, existem aproximadamente 115 equipes de Saúde da Família, equivalendo a 33 Unidades de Saúde da Família, que prestam assistência à população em atenção contínua e programática, com equipes multidisciplinares que desenvolvem atividades para atender às diretrizes da Estratégia Saúde da Família – ESF, do Ministério da Saúde. As unidades de Atenção Básica geralmente funcionam em dois turnos, manhã e tarde, e os profissionais de saúde que trabalham nas mesmas recebem capacitação para atuar na identificação e no controle da TB.

4.4 O Programa de Controle da tuberculose em Natal/RN

O Estado do Rio Grande do Norte apresenta uma taxa de incidência para a tuberculose, equivalente a 29,13 casos para cada 100.000 habitantes. Na capital do estado, ou seja, Natal, notificaram-se 517 casos novos de TB, apresentando uma taxa de incidência de 65,79 casos/100.000 habitantes, enquanto que a taxa de incidência de TB bacilífera corresponde a 23,26 casos a cada 100.000 habitantes. (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

No ano de 2010, o número de casos encerrados foi de 375 casos, e[,] dentre estes, 3,2% foram encerrados por óbito (12 casos); 5,3% dos casos foram encerrados por abandono (20 casos); e 41,86% dos casos foram encerrados por cura (157 casos). (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

No mesmo ano, foram constatados 56 casos de coinfeção de TB/HIV; 28 casos de recidiva de TB, resultando em 5,4% de casos de recidiva; e 75 casos de reingresso no tratamento para TB, configurando um percentual de 14,5% de casos. (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Quanto à realização de exames para o diagnóstico da TB, no ano de 2010, dos 517 casos novos de TB, 378 (73,11%) tiveram baciloscopia solicitadas. Destes, 140 baciloscopias (37,03%) apresentaram resultado positivo, 120 (31,74%) tiveram resultado negativo e 118 (31,31%) baciloscopias não foram realizadas. (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

No que se refere à realização dos exames para HIV/AIDS, os quais devem ser solicitados para o doente com TB, verificou-se que, dentre os 517 novos casos de TB, apenas 103 casos (19,92%) tiveram a solicitação do referido exame. Destes, 13 exames (12,62%) resultaram em positivo para HIV, 37 exames (35,92%) apresentaram resultado negativo, sete exames (6,7%) ainda estavam em andamento e 46 exames (44,6%) não haviam sido realizados. (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

4.5 População e amostra

A população foi constituída pelos doentes de TB em tratamento no Município de Natal/RN, totalizando aproximadamente 517 indivíduos. Esse número é aproximado, devido à constatação de falhas no sistema de informação local (SINAN), o que

inviabiliza uma contagem exata de pessoas com TB em tratamento no Município de Natal/RN.

Destes, foram incluídos os que eram acompanhados por profissionais da Atenção Primária à Saúde, mais especificamente no contexto da ESF ou da UBS, residentes em Natal/RN e fora do sistema prisional.

Foram excluídas as pessoas que não apresentaram condições físico-mentais para responder ao inquérito, vivenciando um período de tratamento inferior a 15 dias (devido a ainda não terem se submetido à oferta de ações questionadas no instrumento de pesquisa e por estarem dentro do período de transmissão do bacilo causador da doença), que tivessem interrompido o tratamento por algum motivo, que se recusassem participar da pesquisa, sem manter contato direto com o serviço de saúde, ou que estivessem no sistema prisional no período de coleta de dados. Também se excluíram pessoas usuárias de drogas ilícitas, não encontradas nos endereços fornecidos e sem comparecer aos serviços de saúde nos dias de atendimento.

A amostra mínima estimada para este estudo frente ao projeto multicêntrico desenvolvido nacionalmente foi de 84 doentes, calculada utilizando o programa Statistica (comandos Several means, ANOVA, 1-Way) e considerando os parâmetros: número de municípios = 6; probabilidade do erro tipo I = 0,05; poder do teste estatístico $(1 - \beta) = 0,90$ e efeito conservador do desenho do projeto (0,2). Entretanto, buscou-se chegar a um número de informantes maior ou igual a 100 por cada município que desenvolva o estudo, de forma que se pudessem utilizar métodos de análise de dados não inferenciais multivariados ao realizar a posterior comparação dos dados em nível nacional, tendo em vista este estudo fazer parte de um projeto multicêntrico. (HAIR JUNIOR et al., 2005).

A partir da busca de sujeitos por unidade de saúde, estes foram sendo selecionados com base em uma amostragem casual simples até atingir a quantidade de sujeitos estimada. Tendo em vista a aplicação dos critérios de exclusão a muitos indivíduos, chegou-se à amostra de 93 doentes de TB em tratamento.

Encontrou-se, com base em um estudo realizado por Ferreira et al. (2005) no Município de Natal/RN, uma média de população com Tuberculose pulmonar de 73 homens para cada 100 sujeitos. Partindo desse resultado, estimou-se que seriam pesquisados 70 sujeitos do sexo masculino e 30 do sexo feminino. No entanto, a amostra constituiu-se de 58 homens e 35 mulheres entrevistados.

4.6 Instrumento de coleta de dados

O instrumento desta pesquisa foi baseado no The Primary Care Assessment Tool (PCAT), formulado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade John Hopkins por Starfield (2002), e validado no Brasil por ALMEIDA e MACINKO (2006), sendo sua aplicação no Município de Petrópolis/RJ, posteriormente adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009), (ANEXO I).

Os padrões de resposta dos entrevistados a cada pergunta do questionário foram medidos segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foram atribuídos valores entre 1 a 5. Os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações, correspondendo também ao número de vezes (%) em que o evento aconteceu.

O entrevistador explicou para cada entrevistado as diferentes opções de resposta. O número 1 da escala era a resposta que representava a situação que pior indicava a variável em questão; e o número 5, a situação que indicava a resposta mais satisfatória à variável analisada.

Em relação às informações gerais e sociodemográficas sobre o doente de TB, o entrevistado também respondeu a perguntas segundo escalas variadas de respostas, como dicotômicas e qualitativas ordinais.

Assim, o instrumento foi composto por 88 questões abertas e fechadas e divididas em blocos, que determinaram as variáveis deste estudo, a saber:

I - Corresponde a informações sociodemográficas do doente de TB;

II – Informações sobre os serviços de saúde que atuam nas ações de controle, diagnóstico e tratamento de TB, compostos por questões relacionadas às dimensões da Atenção Primária à Saúde: acesso, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação à comunidade e enfoque na família.

Os dados foram coletados através de fontes primárias (entrevistas com doentes) e secundárias (sistemas de informação – SINAN, SIAB, DATASUS).

4.7 Indicadores envolvidos no estudo para a análise das ações de controle de tuberculose na Atenção Primária à Saúde

Para identificar as variáveis ou indicadores utilizados neste estudo, optou-se por subdividi-los a partir das dimensões organizacionais e operacionais da APS, tendo em vista o embasamento conceitual nessas dimensões e no referencial teórico deste estudo, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Indicadores para análise das ações de controle de tuberculose segundo as dimensões da Atenção Primária à Saúde

Dimensão	Variáveis e Indicadores
Acesso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usuário procura o serviço de saúde mais próximo da residência; 2. Consegue consulta neste serviço de saúde em menos de 24 horas; 3. Número de vezes em que o usuário procura o serviço de saúde até conseguir atendimento; 4. Serviço de saúde abre nos fins de semana; 5. Serviço de saúde fica aberto após as 18 horas; 6. Usuário demora até 60 minutos para se consultar; 7. Usuário não tem dificuldades para deslocar-se ao serviço de saúde; 8. Não necessita de transporte motorizado até o serviço de saúde; 9. Consegue transporte motorizado até o serviço de saúde; 10. Usuário não tem gastos financeiros com deslocamento até o serviço de saúde; 11. Usuário não precisa pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido; 12. Usuário não perde o turno de trabalho para se consultar no serviço de saúde; 13. Usuário recebe visita de algum profissional do serviço de saúde; 14. Usuário acha fácil conseguir uma consulta no serviço de saúde; 15. É bem tratado pelos profissionais de saúde do serviço.
Elenco de serviços	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviço de saúde pede exames para o diagnóstico da TB; 2. Serviço de saúde tem os equipamentos (exames) necessários ao atendimento do doente de TB; 3. Usuário tem facilidade na realização de exames no serviço de saúde; 4. Usuário consegue entregar o pote no serviço de saúde; 5. Usuário recebe o resultado de exame no serviço de saúde; 6. Usuário recebe o resultado de exame no serviço de saúde no prazo correto; 7. Serviço de saúde tem os medicamentos necessários para o tratamento da TB; 8. Serviço de saúde tem pote para exame de escarro para diagnóstico de TB; 9. Serviço de saúde realiza PPD; 10. Serviço de saúde tem exame para HIV/AIDS; 11. Serviço de saúde tem pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB; 12. Serviço de saúde realiza consulta mensal de controle do tratamento da TB; 13. Serviço de saúde disponibiliza cestas básicas ou vale-alimentação; 14. Serviço de saúde disponibiliza vale-transporte;

	<p>15. Serviço de saúde disponibiliza informações sobre a TB e seu tratamento;</p> <p>16. Serviço de saúde disponibiliza educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde);</p> <p>17. Serviço de saúde realiza visitas domiciliares durante o tratamento;</p> <p>18. Serviço de saúde realiza visitas domiciliares por outros motivos além da TB;</p> <p>19. Serviço de saúde realiza grupos de doentes de TB;</p> <p>20. Serviço de saúde realiza tratamento supervisionado.</p>
Coordenação	<p>1. Usuário recebe encaminhamento do serviço de saúde para outro serviço para realização de exames;</p> <p>2. Usuário recebe encaminhamento do serviço de saúde para outro serviço para obtenção de medicamentos.</p>
Vínculo	<p>1. Usuário é bem tratado pelos profissionais de saúde no serviço de saúde;</p> <p>2. Usuário é atendido pelo mesmo profissional quando comparece ao serviço de saúde;</p> <p>3. Usuário consegue falar com o mesmo profissional no serviço de saúde para sanar suas dúvidas;</p> <p>4. Profissionais do serviço de saúde entendem as perguntas do usuário;</p> <p>5. Profissionais do serviço de saúde conversam sobre outros problemas de saúde;</p> <p>6. Profissionais do serviço de saúde dão tempo suficiente para que o usuário fale suas dúvidas;</p> <p>7. Profissionais do serviço de saúde respondem as perguntas dos usuários de maneira clara;</p> <p>8. Profissionais do serviço de saúde fazem anotações no prontuário do usuário;</p> <p>9. Profissionais do serviço de saúde explicam sobre os medicamentos de TB;</p> <p>10. Profissionais questionam sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário;</p> <p>11. Usuário é bem tratado pelos profissionais do serviço de saúde.</p>
Enfoque na família e orientação a comunidade	<p>1. Profissionais do serviço de saúde pedem informações sobre as condições de vida da família e do usuário;</p> <p>2. Profissionais do serviço de saúde pedem informações sobre doenças na família do usuário;</p> <p>3. Profissionais do serviço de saúde perguntam se as pessoas que moram com o usuário têm sintomas sugestivos de TB;</p> <p>4. Profissionais do serviço de saúde entregam o pote para baciloscopia a todas as pessoas da família do usuário;</p> <p>5. Profissionais do serviço de saúde conhecem a família do usuário;</p> <p>6. Profissionais conversam com as pessoas que moram com doente sobre a TB, o tratamento e outros problemas de saúde.</p>

Algumas variáveis, além das que se referem às dimensões da APS, são utilizadas com vistas à complementação dos resultados, a saber: variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra de sujeitos; variáveis relacionadas ao transcurso entre a

busca do serviço de saúde que constituiu a porta de entrada e o diagnóstico e início do tratamento de TB; bem como os tipos de serviços de saúde (UBS, hospitais, USF, pronto atendimento) em que se desenvolveram as ações de diagnóstico e tratamento de TB.

4.8 Aspectos éticos

Este estudo cumpre a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que preconiza para as pesquisas que envolvem seres humanos serem apreciadas em seus aspectos éticos por Comissões de Ética em Pesquisa, com vistas à garantia dos princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos (BRASIL, 1996).

Dessa forma, o projeto desta pesquisa foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFRN e aprovado com parecer favorável sob o Protocolo de nº 336/2010 (ANEXO II).

4.9 Procedimento de coleta de dados

Para viabilizar a coleta de dados, foram seguidos os seguintes procedimentos: encaminhou-se carta de anuência à Secretaria Municipal de Saúde de Natal (APÊNDICE A), informando sobre a pesquisa, solicitando autorização para a sua realização e utilização formal do nome das instituições no relatório final da investigação.

Após a autorização (ANEXO III), o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN, atendendo à Resolução 196/96. Em seguida, fez-se uma visita prévia a todas as unidades de saúde para agendamento das entrevistas com os doentes de TB. Com aqueles que aceitaram participar de imediato, realizou-se a entrevista, ou fez-se o agendamento para outro dia, de acordo com a disponibilidade do entrevistado. Em geral, a coleta aconteceu nos lugares de preferência dos sujeitos, sendo estes as Unidades de Saúde, suas residências, ou em seus locais de trabalho.

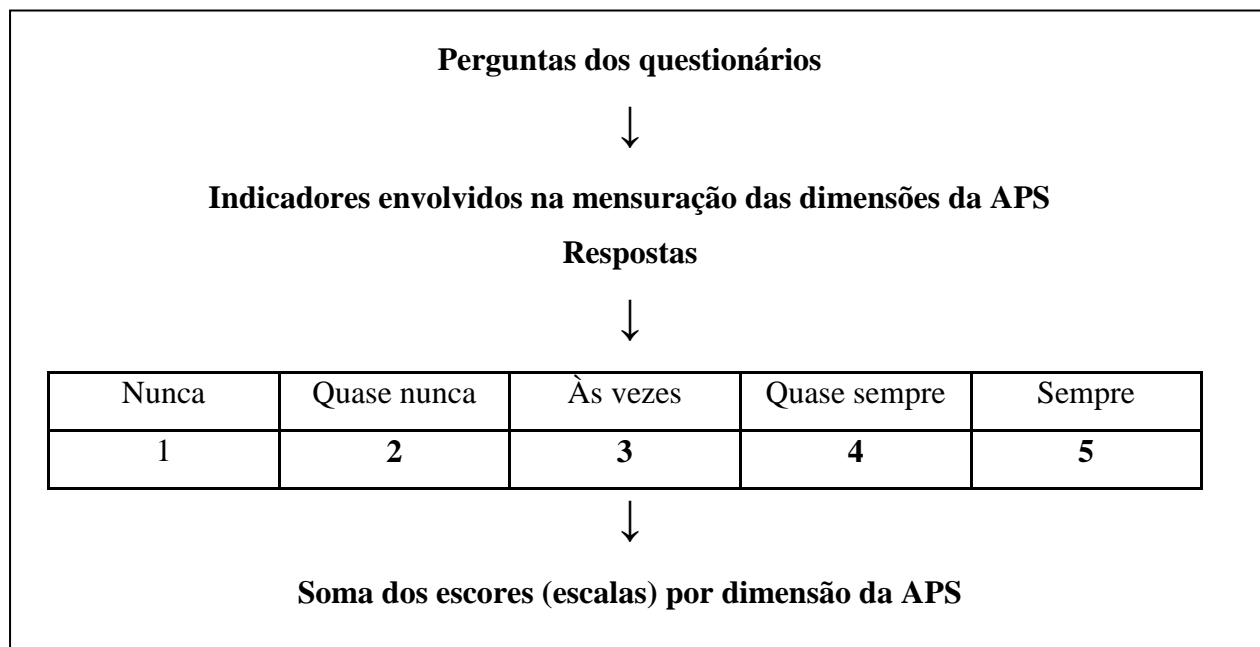
4.10 Processamento e análise de dados

A princípio, os métodos utilizados para a análise dos resultados requereram a criação de um banco para organização e armazenamento dos dados coletados, sendo constituída uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel, e, posteriormente, eles foram transferidos para o Software Statistica 8.0 da Statsoft.

Em seguida, foi realizada a análise estatística descritiva simples, a partir da elaboração de tabelas de frequência, com o objetivo de expressar as respostas fornecidas pela totalidade da amostra durante as entrevistas.

O entrevistado respondeu a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, à qual se atribuiu um valor entre 1 e 5. Além dessas respostas, existia também a opção “não sabe”, a qual foi codificada na análise como valor em branco. As respostas obtidas foram somadas, e o valor médio das mesmas configurou-se em um índice composto, utilizado para verificar o desenvolvimento das ações de controle de TB no que se refere a cada uma das dimensões da APS, a partir das respostas fornecidas pelos doentes e relativas aos serviços de saúde. A figura a seguir simplifica o processo adotado, o qual foi adaptado de Almeida e Macinko (2006):

Figura 1. Síntese do processo de construção dos índices compostos



Fonte: Adaptado de Almeida e Macinko (2006).

Foram considerados satisfatórios para o desenvolvimento das ações de controle de TB os índices que apresentaram valores maiores ou equivalentes a 4; regulares, os

índices com valores inferiores a 4 e igual ou superiores a 3; e insatisfatórios, os escores inferiores a 3.

Os resultados desses índices foram apresentados em gráficos de Box plot, para melhor visualização. Utilizou-se de outras medidas descritivas centrais e de variabilidade (mediana, intervalo de confiança e desvio padrão).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Visando garantir a melhor compreensão dos resultados analisados neste estudo, apresentou-se este capítulo em nove distintos subitens: o primeiro diz respeito à caracterização sociodemográfica e econômica dos sujeitos pesquisados; o segundo aborda o tipo do serviço de saúde (SS) procurado pelo doente, bem como o acesso ao primeiro serviço de saúde procurado frente ao adoecimento; o terceiro refere-se à dimensão elenco de serviços no primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB; e o quarto aborda a dimensão coordenação da atenção, ainda no primeiro serviço de saúde buscado pelo doente. Já o quinto subitem trata do serviço de saúde no qual foi realizado o diagnóstico de TB, bem como do transcurso entre o diagnóstico e início do tratamento para controle e cura da doença.

Os subitens seguintes irão referir-se aos serviços de saúde nos quais se realiza o tratamento para controle e cura da TB. O sexto subitem aborda o acesso do usuário ao SS no qual é realizado o tratamento para controle e cura de TB. O sétimo retrata a dimensão elenco de serviços nessas unidades que realizam o tratamento, sob a visão do doente. Já o oitavo subitem aborda as relações de vínculo desenvolvidas dentro dos SS que realizam o tratamento. Por fim, o nono subitem deste capítulo trata dos aspectos que envolvem o diagnóstico de TB na família e na comunidade, fazendo alusão às dimensões da APS enfoque familiar e orientação à comunidade.

Na maioria das variáveis apresentadas neste capítulo, os entrevistados responderam cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, a escala de Likert, à qual foi atribuído um valor variante de 1 a 5 de acordo com as possibilidades de respostas. Dessa maneira, o valor 1 refere-se ao que é menos esperado para o indicador analisado e os valores 5 são os relacionados ao que é mais desejável para o indicador correspondente.

Ainda, algumas variáveis a serem especificadas no decorrer do capítulo foram analisadas sob uma escala diferente da escala Likert, uma vez que se referiam a respostas relacionadas ao tipo de serviço de saúde procurado, ao tempo decorrido para a realização de ações e ao número de vezes de busca dos serviços para o atendimento.

Para melhor operacionalização e compreensão dos resultados, adotaram-se os seguintes parâmetros para análise dos indicadores: os valores iguais a 1 e inferiores a 3 foram considerados insatisfatórios para o indicador; valores iguais a 3 e menores que 4

classificaram-se como regulares; e valores entre 4 e 5 foram analisados como satisfatórios.

5.1 Caracterização dos doentes de tuberculose no Município de Natal/RN

As características sociodemográficas dos sujeitos deste estudo estão apresentadas na Tabela 1, para melhor sintetizar-se o perfil do doente de TB.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos doentes de tuberculose acompanhados nos serviços de Atenção Primária, segundo o sexo. Natal/RN, 2011

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária						
De 10 Anos até 20 Anos	6	17,14	4	6,90	10	10,75
De 21 Anos até 30 Anos	10	28,57	15	25,86	25	26,88
De 31 Anos até 40 Anos	8	22,86	5	8,62	13	13,98
De 41 Anos até 50 Anos	4	11,43	22	37,93	26	27,96
De 51 Anos até 60 Anos	3	8,57	6	10,34	9	9,68
Acima de 60 anos	4	11,43	6	10,35	10	10,76
Raça / Cor						
Branco	11	31,43	22	62,86	33	35,48
Negro	2	5,71	7	20,00	9	9,68
Pardo	20	57,14	29	82,86	49	52,69
Amarelo	2	5,71	0	0,00	2	2,15
Crença ou Religião						
Sem Religião	3	8,57	15	42,86	18	19,35
Católico	23	65,71	37	105,71	60	64,52
Evangélico	9	25,71	4	11,43	13	13,98
Outras	0	0,00	2	5,72	2	2,16
Escolaridade						
Sem Escolaridade	3	8,57	2	5,71	5	5,38
1ª fase do ensino fundamental	10	28,57	15	42,86	25	26,88
2ª fase do ensino fundamental	12	34,29	20	57,14	32	34,41
Ensino Médio (incompleto)	2	5,71	8	22,86	10	10,75
Ensino médio (completo)	7	20,00	11	31,43	18	19,35
Ensino superior (incompleto)	1	2,86	0	0,00	1	1,08
Ensino superior (completo)	0	0,00	2	5,71	2	2,15
Total	35	37,63	58	62,37	93	100,00

Fonte: Própria da pesquisa.

Neste estudo, foram entrevistados 93 sujeitos, dos quais 62,37% eram do sexo masculino. Desses sujeitos, obteve-se uma média de idade de 39,43 anos e uma mediana de 39,00 (IC 95% [15 - 88]; DP=15,90). A mediana indica que até 50% dos

entrevistados apresentaram idade de valor igual a 39 anos e o valor do terceiro quartil (Q₃) indica que até 75% da amostra apresentou idade até 49 anos.

A raça declarada pela maioria dos sujeitos foi a parda (52,69%) e a religião praticada pela maior parte dos entrevistados era a católica (64,52%). Em relação à escolaridade, 34,41% da amostra informaram estar cursando ou ter concluído apenas o ensino fundamental, somente 19,35% haviam concluído o ensino médio, e a minoria de 2,15% possuía ensino superior completo.

No que se refere às condições de vida dos doentes de TB, estas foram identificadas a partir da mensuração de algumas variáveis socioeconômicas, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização socioeconômica dos doentes de tuberculose acompanhados nos serviços de Atenção Primária, segundo o sexo. Natal/RN, 2011

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
Situação Atual						
Desempregado	10	28,57	22	37,93	32	34,41
Empregado	7	20,00	18	31,03	25	26,89
Autônomo	0	0,00	12	20,69	12	12,90
Do Lar	4	11,43	0	0,00	4	4,30
Estudante	7	20,00	1	1,73	8	8,60
Aposentado	7	20,00	5	8,62	12	12,90
Nº de dependentes familiares						
1-2 dependentes	6	17,14	12	20,69	18	19,35
3- 4 dependentes	10	28,57	27	46,55	37	39,78
5-6 dependentes	15	42,86	11	18,96	26	27,96
Acima de 6 Dependentes	4	11,43	8	13,80	12	12,91
Faixa de Renda Mensal Familiar						
Menos de 1SM	4	11,43	4	6,90	8	8,60
1 SM	13	37,14	20	34,48	33	35,48
Mais de 1SM a 2SM	12	34,29	18	31,03	30	32,26
Mais de 2SM a 3SM	2	5,71	2	3,45	4	4,30
Mais de 3SM a 4SM	1	2,86	1	1,72	2	2,15
Mais de 4SM	2	5,71	10	17,24	12	12,90
Não soube informar	1	2,86	3	5,17	4	4,30
Zona de Residência						
Urbana	35	100,00	56	96,55	91	97,85
Rural	0	0,00	2	3,45	2	2,15
Total	35	37,63	58	62,37	93	100,00

Fonte: Própria da pesquisa.

Tendo em vista que a média de idade foi de aproximadamente 39 anos, constatado na Tabela 1, verifica-se que a maior parte dos indivíduos encontrava-se em um período da vida em que eram capazes de desenvolver atividades produtivas. No entanto, a maioria dos sujeitos apresentava-se desempregado no período de coleta de dados, totalizando 34,41% da amostra, e, dentre os que desempenhavam alguma atividade laboral, 13,98% estavam afastados devido ao adoecimento por tuberculose, conforme apresentado na Tabela 2.

Como consequência do alto padrão de desemprego deste estudo, observou-se também que a renda familiar dos portadores de TB, em geral, apresentou-se baixa. No que se refere à renda mensal familiar declarada pelos sujeitos desta pesquisa, aponta-se que 35,48% ganhavam apenas um salário mínimo mensal e 32,26% apresentaram renda entre um e dois salários mínimos. Já, ao questionar-se sobre a quantidade de pessoas na família dependentes de tal renda, 39,78% alegaram três a quatro dependentes.

A totalidade de sujeitos entrevistados afirmou residir em residências de alvenaria, e 97,85% dos entrevistados relataram que a moradia situava-se na zona urbana.

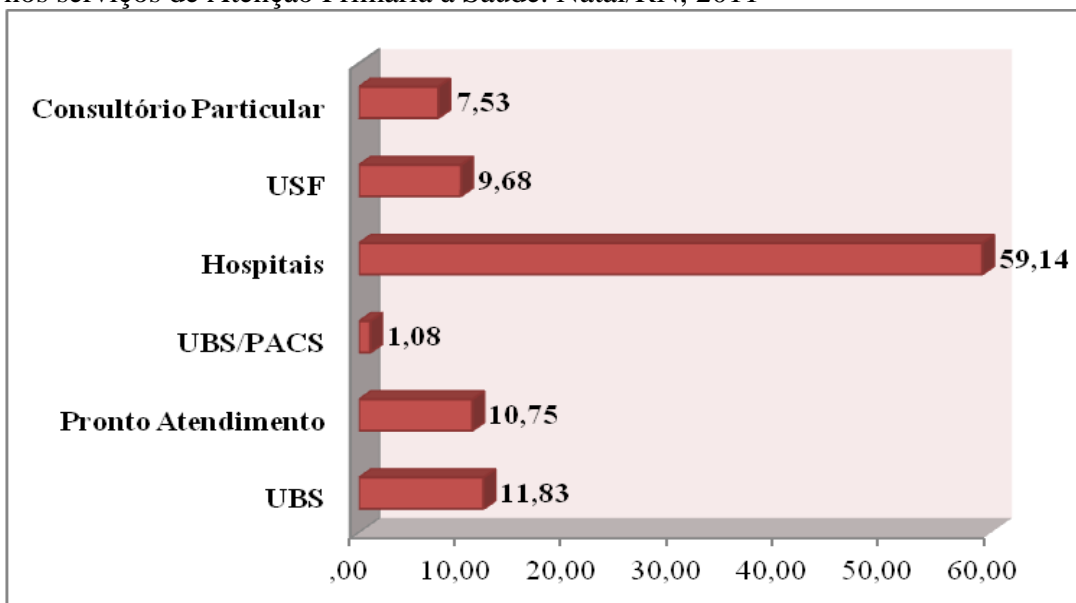
5.2 A porta de entrada do sintomático respiratório ao serviço de saúde

Para que haja o primeiro contato do sintomático respiratório com o sistema de saúde e o consequente acesso ao diagnóstico de TB, é imprescindível que o sistema possua um serviço que atue como porta de entrada para este indivíduo.

O acesso ao SS é um dos componentes da APS, sendo caracterizado por ser fundamental para o desenvolvimento de ações subsequentes, bem como a oferta da devida atenção à saúde do indivíduo. Frente a uma situação que afeta a sua saúde, o ser humano costuma buscar ajuda nos serviços em que se sente bem acolhido e que proporcionam maior resolutividade ao seu problema de saúde.

Sendo assim, tendo em vista que desde a criação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) as ações de controle da TB foram descentralizadas para o contexto de APS, o serviço de saúde buscado pelo indivíduo frente ao adoecimento por TB deveria ser da Atenção Primária. A Figura 2 mostra o percentual dos serviços procurados pelos indivíduos com TB quando perceberam que estavam doentes.

Figura 2. Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de tuberculose acompanhado nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Natal/RN, 2011

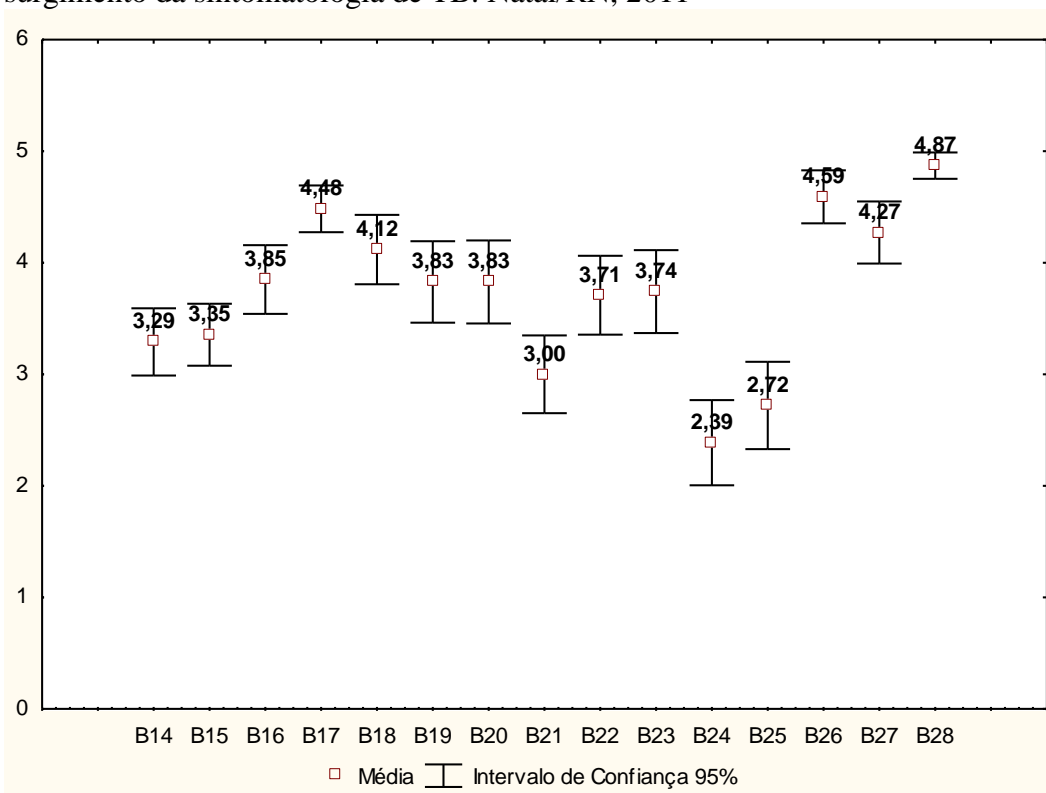


Fonte: Própria da pesquisa.

Embora o Município de Natal possua cobertura intermediária da Estratégia de Saúde da Família (ESF), esta pesquisa verificou que 59,14% da amostra de portadores de TB do município ainda costumavam procurar os hospitais ao perceberem que estavam doentes. Verifica-se que os serviços de APS ainda são relativamente pouco procurados pelo portador de TB diante do adoecimento e antes do diagnóstico. No que diz respeito às Unidades de Saúde da Família, essa procura resultou em 9,68% do total de entrevistados; e nas Unidades Básicas de Saúde, esse valor atingiu apenas 11,83% da amostra do estudo.

No que diz respeito ao acesso do doente aos primeiros serviços de saúde buscados frente ao adoecimento, independentemente do tipo de serviço procurado, a Figura 3 retrata as médias e variação dos valores para cada indicador/variável referente a esta dimensão.

Figura 3. Acesso do portador ao serviço de saúde que foi porta de entrada frente ao surgimento da sintomatologia de TB. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

Legenda: B14 – Procura o SS mais próximo da residência; B15 – Procura o SS que atuou como porta de entrada; B16 – Encontra facilidade de conseguir consulta no SS; B17 – Frequência com que precisa buscar o SS para conseguir consulta; B18 – Consegue consulta no SS em menos de 24 horas; B19 – SS funciona no final de semana; B20 – Funcionamento do SS em turno noturno (após as 18 horas); B21 – Espera até 01 hora para ser atendido; B22 – Não apresenta dificuldade no deslocamento entre a residência e o SS; B23 – Não possui dificuldade na obtenção de transporte motorizado até o SS; B24 – Não necessita de utilização de transporte motorizado até o SS; B25 – Não apresenta gastos financeiros para deslocamento ao SS; B26 – Não necessita pagar algum valor em dinheiro para ser atendido no SS; B27 – Não perde turno de trabalho para comparecer à consulta no SS; B28 – Frequência com que é bem tratado pelos profissionais do SS.

Verificou-se que as condições de acesso do doente de TB foram classificadas como satisfatórias no tocante à quantidade de vezes em que precisava buscar o SS para conseguir consulta, sendo esta de aproximadamente 1 a 2 vezes (Variável B17) ($\bar{x}=4,48$); à concretização da consulta de saúde em menos de 24 horas ($\bar{x}=4,12$); à gratuidade da atenção à saúde ($\bar{x}=4,59$); ao atendimento realizado sem prejudicar os horários de trabalho do usuário ($\bar{x}=4,27$); e à forma como o mesmo era tratado pelos profissionais do SS ($\bar{x}=4,87$).

Salienta-se que a variável B17 foi mensurada a partir do número de vezes em que o doente necessitava buscar o SS até concretizar o atendimento ao seu problema de saúde.

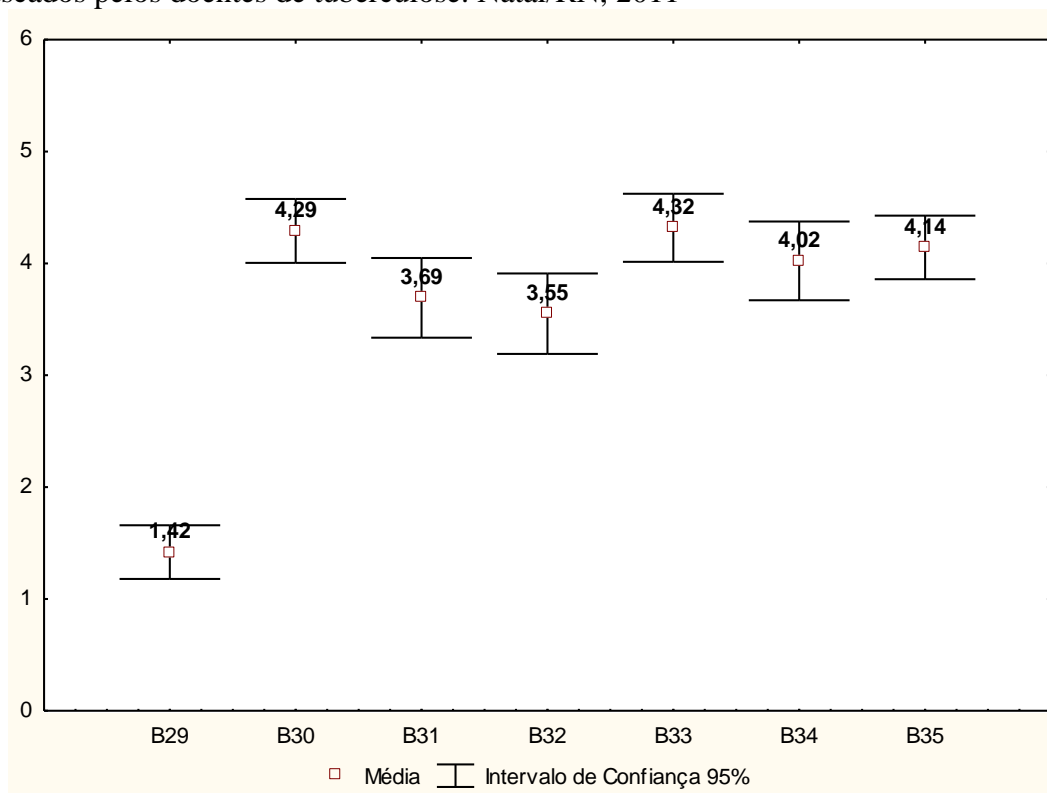
Foram classificadas como regulares as condições de acesso que se referem à frequência de busca do SS mais próximo da residência ($\bar{x}=3,29$) e do SS que constituiu a porta de entrada ($\bar{x}=3,35$) para o portador de TB; à facilidade em conseguir consulta no SS ($\bar{x}=3,85$); aos horários de funcionamento para atendimento dos SS que foram porta de entrada e ao funcionamento destes no terceiro turno ($\bar{x}=3,83$); ao tempo de espera no serviço até serem atendidos ($\bar{x}=3,00$); à dificuldade de deslocamento da residência ao primeiro SS procurado ($\bar{x}=3,71$); bem como à dificuldade de obtenção de transporte para tal deslocamento ($\bar{x}=3,74$).

Ainda, foram classificadas como insatisfatórias as condições de acesso que envolvem a frequente necessidade do usuário de utilizar transporte motorizado no deslocamento ao SS ($\bar{x}=2,39$); bem como a apresentação de gastos financeiros pelo usuário para poder deslocar-se ao SS ($\bar{x}=2,72$).

5.3 A dimensão Elenco de serviços no primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de tuberculose

No que diz respeito ao primeiro SS procurado pelo usuário frente ao adoecimento por TB, o elenco de serviços foi mensurado quanto à oferta, pelos profissionais do SS, de algumas ações ao usuário antes do diagnóstico de TB, conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4. Componente Elenco de serviços nos serviços de saúde primeiramente buscados pelos doentes de tuberculose. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

Legenda: B29 – Recebe visita domiciliar dos profissionais do SS; B30 – SS faz solicitação de exames; B31 – O SS possui os equipamentos necessários à realização de exames; B32 – Não apresenta dificuldades para realizar exames no SS; B33 – Conseguir entregar amostra para exame no SS; B34 – Recebe o resultado dos exames no SS; B35 – Rapidez no recebimento do resultado no SS.

Verificou-se que o desenvolvimento das ações relacionadas a este componente da APS apresentou-se como satisfatório no tocante à solicitação de exames para possibilitar o diagnóstico da doença ($\bar{x}=4,29$); à entrega da amostra de escarro neste primeiro SS ($\bar{x}=4,32$); ao recebimento do resultado dos exames no mesmo SS ($\bar{x}=4,02$); e à rapidez no recebimento de tais resultados ($\bar{x}=4,14$).

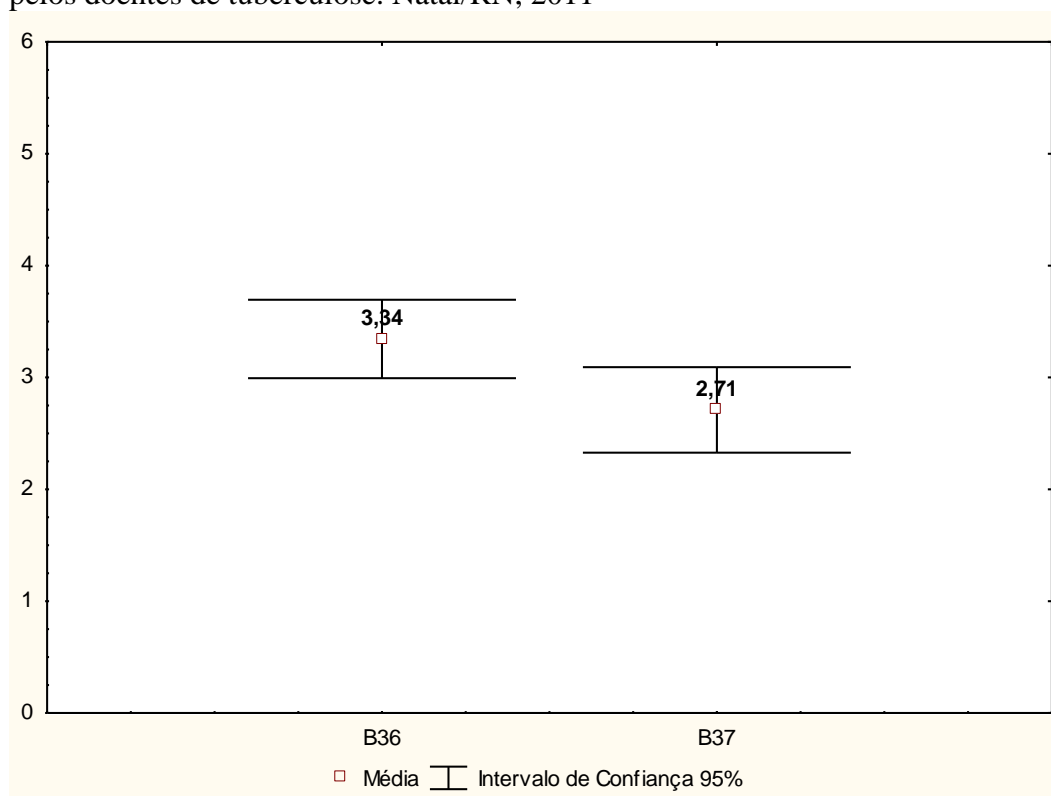
Ainda, as ações relacionadas ao elenco de serviços do primeiro SS procurado pelo doente apresentaram-se como regulares no que diz respeito à existência de equipamentos necessários para a realização dos exames utilizados no diagnóstico de TB ($\bar{x}=3,69$), e à facilidade de realização dos exames no próprio SS ($\bar{x}=3,55$).

Em relação ao recebimento de visita domiciliar dos profissionais do SS que foi porta de entrada para o portador de TB, o desenvolvimento dessa ação foi classificado como insatisfatório ($\bar{x}=1,42$).

5.4 A dimensão Coordenação da atenção no primeiro serviço de saúde buscado pelo doente de TB

Para analisar as ações referentes à coordenação da atenção ao doente de TB antes do diagnóstico, foram utilizados indicadores relacionados à realização de encaminhamentos pelos profissionais do serviço que constituiu a porta de entrada, para o doente deslocar-se a outros SS quando necessário. Os resultados desses indicadores são apresentados na Figura 5.

Figura 5. Componente Coordenação nos serviços de saúde primeiramente buscados pelos doentes de tuberculose. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

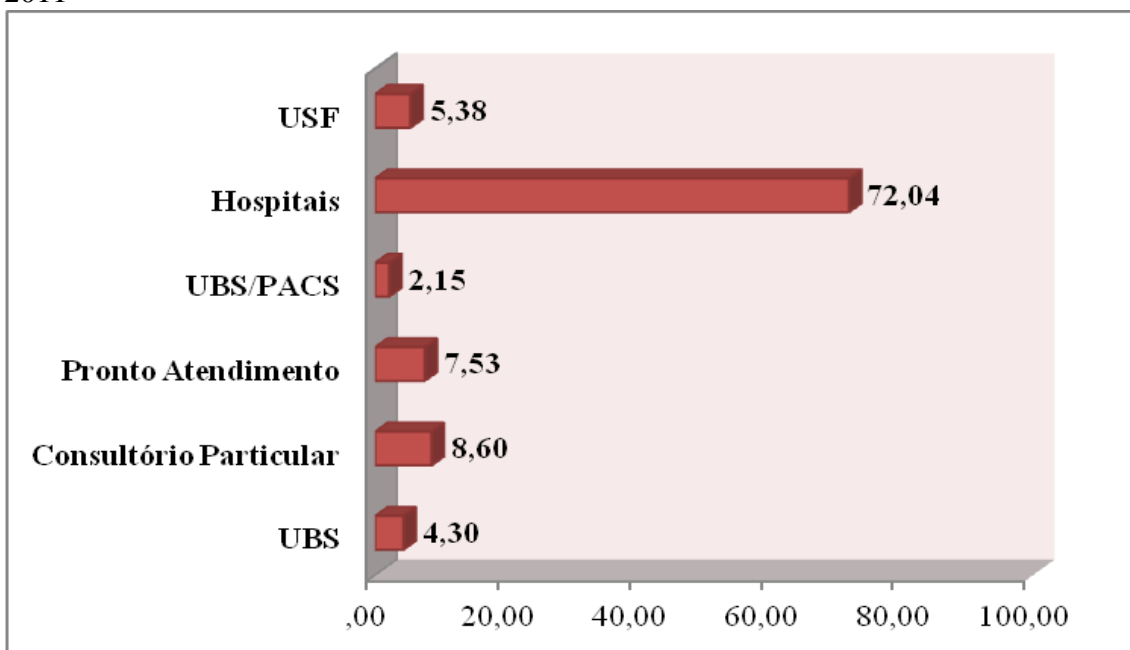
Legenda: B36 – Foi encaminhado para outro SS para realização de exames; B37 – Foi encaminhado para outro SS para a obtenção de medicamentos.

Constatou-se que as ações ofertadas pelos serviços de saúde que abrangem este componente da APS foram classificadas como regulares quando analisada a ocorrência de encaminhamento do portador de TB para outros serviços para realizar exames de saúde ($\bar{x}=3,34$); e insatisfatórias no que se refere ao encaminhamento do doente a outros serviços para o recebimento de medicamentos ($\bar{x}=2,71$).

5.5 A realização do diagnóstico de tuberculose e o transcurso entre o diagnóstico e início do tratamento para controle e cura da doença

A Figura 6 apresenta os tipos de serviços de saúde que realizaram o diagnóstico de TB, a partir das informações fornecidas pelos entrevistados.

Figura 6. Serviço de saúde em que foi realizado o diagnóstico de tuberculose. Natal/RN, 2011



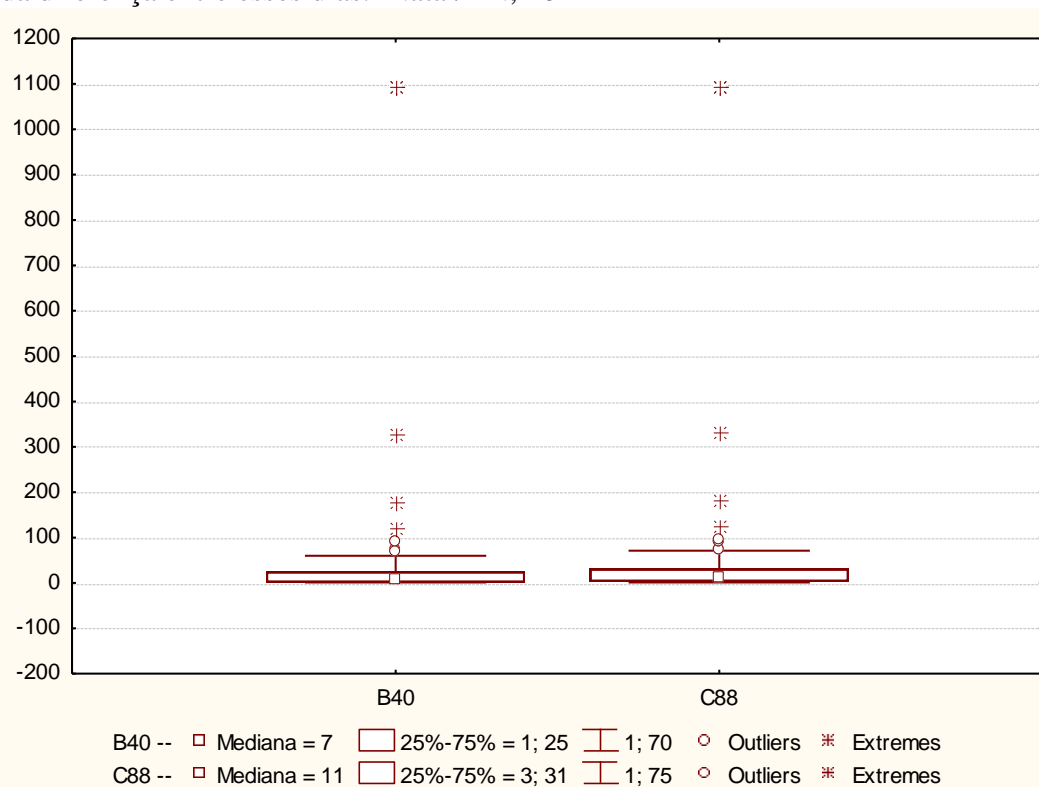
Fonte: Própria da pesquisa.

Verificou-se, em 72,04% dos casos, que a rede hospitalar de referência foi local do diagnóstico de TB (Figura 6). Constatou-se que apenas 5,38% desses diagnósticos foram feitos no contexto da ESF.

Embora não apresentado na figura acima, constatou-se ainda que 58,1% dos entrevistados receberam o diagnóstico de TB no primeiro SS procurado após perceberem que apresentavam algum problema de saúde. Além disso, 15,9% dos portadores de TB, embora não tenham recebido o diagnóstico no SS que foi porta de entrada, saíram do mesmo já encaminhados a outros serviços com a suspeita de TB.

A Figura 7 refere-se ao tempo despendido pelo doente desde a busca do primeiro SS até o diagnóstico de TB; bem como ao tempo despendido pelo mesmo desde a busca do SS que constituiu a porta de entrada até o início do tratamento para TB.

Figura 7. Tempo (em dias) entre a busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico de tuberculose, a busca do primeiro serviço de saúde e o início de tratamento, e a média da diferença entre esses dias. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

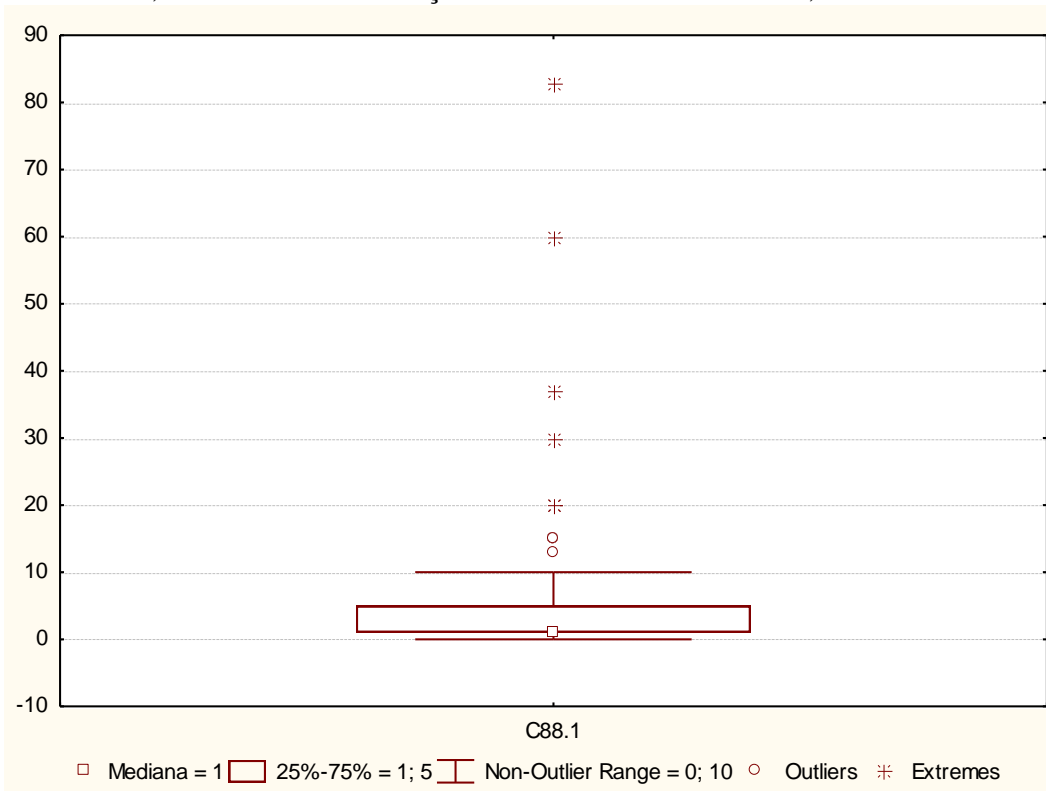
Legenda: B40 – Tempo decorrido entre a busca do primeiro SS e o diagnóstico de TB; C88 – Tempo decorrido entre a busca do primeiro SS e o início do tratamento de TB.

No que se refere ao tempo despendido pelo portador de TB desde a busca do primeiro SS até o diagnóstico, através do cálculo da mediana e quartis, constatou-se que até 75% dos doentes mencionaram que demoraram até 25 dias nesse transcurso (Q₃). No entanto, observa-se que em alguns casos os doentes excederam 70 dias, havendo dois relatos em que os doentes demoraram até 90 dias (*outliers*) para serem diagnosticados após a busca do primeiro SS, e um relato em que esse tempo até o diagnóstico significou aproximadamente 3 anos (*extremo*).

Quanto ao tempo decorrido entre a busca do primeiro SS pelo doente de TB e o início do tratamento, percebeu-se, a partir do cálculo da mediana e dos quartis, que 75% dos portadores de TB gastaram até 31 dias nesse transcurso (Q₃). Além disso, cabe destacar que em alguns casos esse tempo chegou a 75 dias (*outliers*), havendo relatos com demora de até aproximadamente 3 anos (*extremos*) para iniciar o tratamento para controle e cura de TB após a ida ao primeiro SS.

Ao comparar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento para TB (Figura 8), verificou-se que ainda existe grande variabilidade de dias no transcurso deste tempo.

Figura 8. Transcurso (em dias) entre o diagnóstico e o início do tratamento de tuberculose, e a média da diferença entre esses dias. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

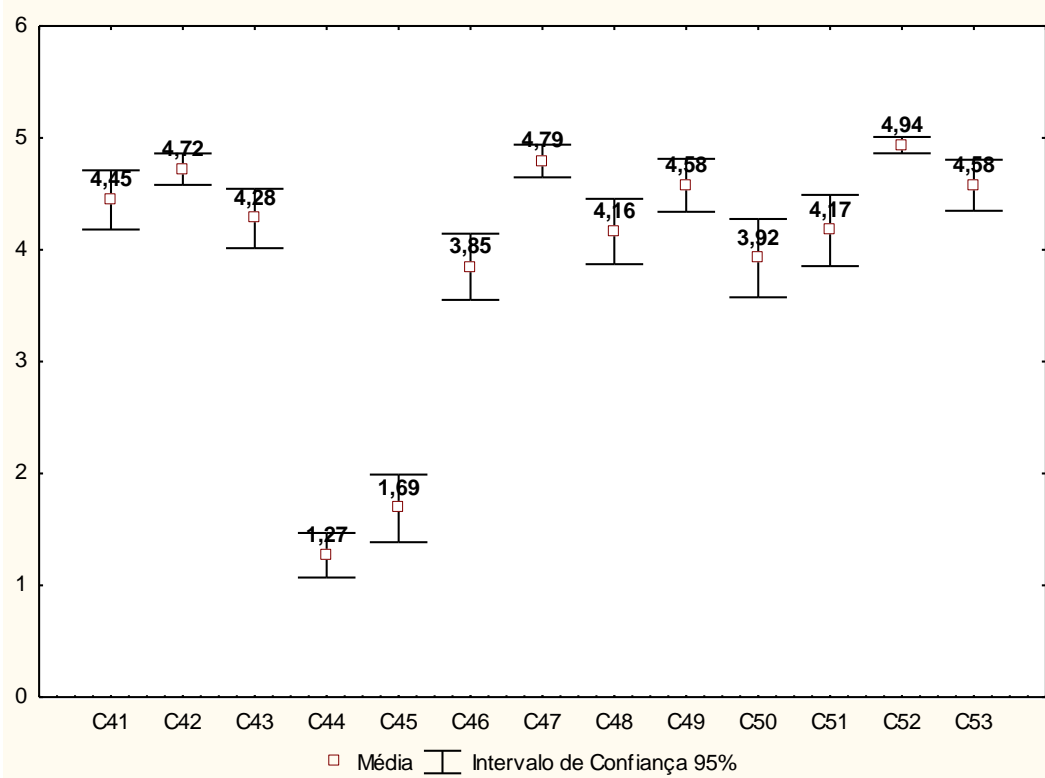
Legenda: C88.1 – Tempo decorrido entre o diagnóstico de TB e o início do tratamento de TB.

Houve variação de valores de 0 a 83 dias, sendo que até 75% da amostra (Q_3) dependeu aproximadamente 5 dias de transcurso entre o dia em que recebeu o diagnóstico até o dia em que finalmente iniciou o tratamento para TB. Porém, houve indivíduos que gastaram de 10 a 15 dias até o início do tratamento (*outliers*), e outros que excederam os 30 dias, chegando até 83 dias para poder iniciar o tratamento de TB após o diagnóstico (*extremos*).

5.6 O acesso do usuário ao serviço de saúde no qual é realizado o tratamento para controle e cura de tuberculose

A Figura 9 representa as médias dos indicadores para a dimensão Acesso nos SS em que é realizado o tratamento para controle e cura da TB.

Figura 9. Acesso do portador de tuberculose ao serviço de saúde no qual é realizado o tratamento para controle e cura da doença. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

Legenda: C41 – Encontra facilidade de conseguir consulta no SS; C42 – Frequência com que precisa buscar o SS para conseguir consulta; C43 – Consegue consulta no SS em menos de 24 horas; C44 – SS funciona no final de semana; C45 – Funcionamento do SS em turno noturno (após as 18 horas); C46 – Espera até 01 hora para ser atendido; C47 – Realiza o trajeto entre residência e o SS; C48 – Não possui dificuldade de deslocamento até o SS; C49 – Não possui dificuldade na obtenção de transporte motorizado até o SS; C50 – Não necessita de utilização de transporte motorizado até o SS; C51 – Não apresenta gastos financeiros para deslocamento ao SS; C52 – Não necessita pagar algum valor em dinheiro para ser atendido no SS; C53 – Não perde turno de trabalho para comparecer à consulta no SS.

Verificou-se que as condições de acesso do doente ao serviço de saúde que realiza o acompanhamento e tratamento para controle e cura da doença foram classificadas como satisfatórias no tocante à facilidade em conseguir consulta ($\bar{x}=4,45$); frequência com que precisa buscar o serviço para poder conseguir atendimento (1-2 vezes, no máximo) ($\bar{x}=4,72$); à realização de consulta em menos de 24 horas ($\bar{x}=4,28$); à realização do trajeto da residência ao serviço de saúde ($\bar{x}=4,79$); à não apresentação de dificuldade de deslocamento (relacionada à distância percorrida) ($\bar{x}=4,16$); à facilidade na obtenção de transporte motorizado ($\bar{x}=4,58$); à não apresentação de gastos financeiros para o deslocamento ($\bar{x}=4,17$); à gratuidade do acesso ao atendimento no

SS ($\bar{x}=4,94$); ao atendimento no serviço de saúde sem interferir na jornada de trabalho do usuário ($\bar{x}=4,58$).

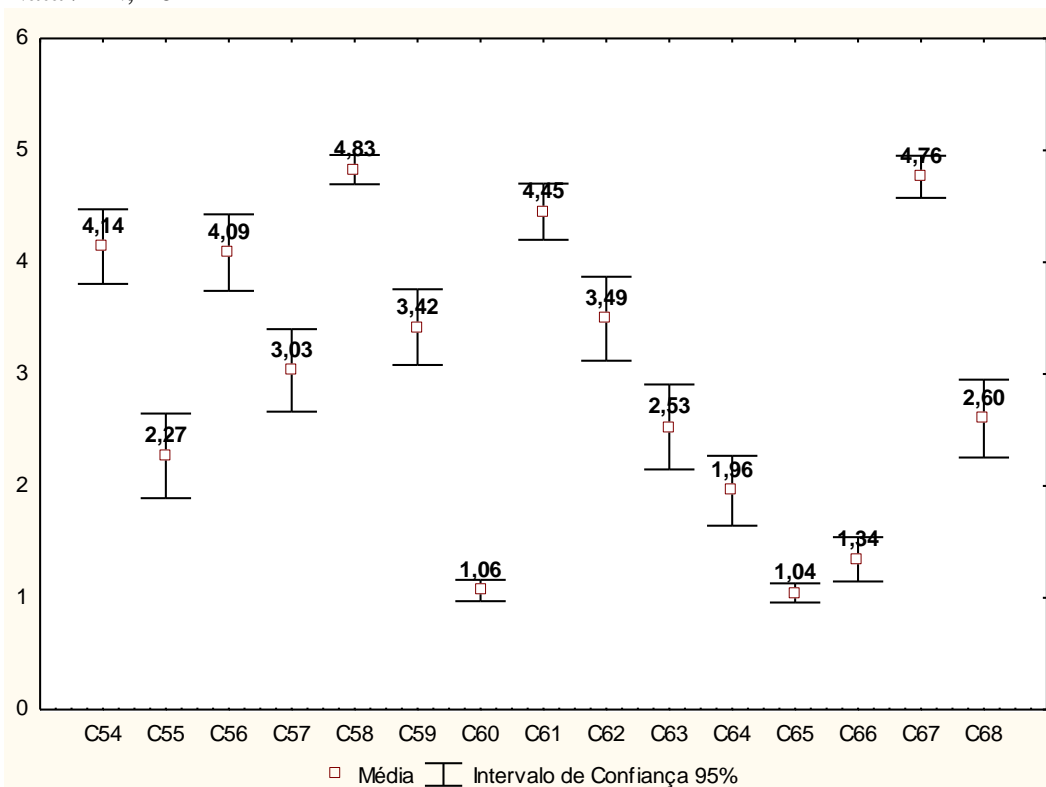
As condições para viabilizar o acesso do portador de TB ao serviço que oferece tratamento para a doença foram classificadas como regulares no que diz respeito ao tempo de espera para ser atendido no serviço no qual é realizado o tratamento para TB ($\bar{x}=3,85$); e à não necessidade de utilização de transporte motorizado até o serviço ($\bar{x}=3,92$).

Percebe-se que ainda existem dificuldades dos serviços de saúde no desempenho de ações relacionadas aos aspectos de funcionamento do SS no final de semana ($\bar{x}=1,27$) e de funcionamento em turno noturno (após as 18 horas) ($\bar{x}=1,69$), uma vez que essas condições oferecidas foram classificadas como insatisfatórias.

5.7 A dimensão Elenco de serviços nas unidades de Atenção Primária à Saúde, locais para o acompanhamento do doente de tuberculose

O componente Elenco de serviços, no que se refere ao SS em que é realizado o controle e o tratamento de TB, envolve ações fundamentais para o desenvolvimento da atenção ao usuário. Os indicadores relacionados a esta dimensão da APS foram apresentados na Figura 10.

Figura 10. Componente Elenco de serviços no serviço de saúde em que é realizado o controle e tratamento para cura de tuberculose, sob a visão dos portadores da doença. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

Legenda: C54 – Recebe pote para baciloscopia para diagnóstico de TB; C55 – Realiza PPD; C56 – Realiza exame para HIV/AIDS; C57 – Recebe pote mensalmente para baciloscopia de controle de TB; C58 – Recebe consulta mensal para controle e tratamento de TB; C59 – Recebe cesta básica mensalmente; C60 – Recebe vale-transporte; C61 – Recebe informações sobre a TB e seu tratamento; C62 – Recebe informação sobre outros temas de saúde; C63 – Recebe visita domiciliar dos profissionais do SS durante o tratamento de TB; C64 – Recebe visita domiciliar por outros motivos além da TB; C65 – Participa de grupos de portadores de TB no SS; C66 – Realiza tratamento supervisionado; C67 – Recebe os medicamentos necessários ao tratamento; C68 – SS apresenta os equipamentos necessários ao atendimento ao portador de TB.

Observou-se que o desenvolvimento das ações que refletem este componente foi classificado como satisfatório no que diz respeito ao recebimento do pote para realização da baciloscopia durante o diagnóstico de TB ($\bar{x}=4,14$); à realização de sorologia para HIV/AIDS ($\bar{x}=4,09$); à realização de consulta mensal para controle e tratamento de TB ($\bar{x}=4,83$); ao recebimento de informações sobre a doença e sobre o tratamento ($\bar{x}=4,45$); e ao recebimento dos medicamentos necessários ao tratamento no SS ($\bar{x}=4,76$).

No que se refere a este mesmo componente, foram considerados como regular o desenvolvimento das ações de recebimento do pote para realizar a baciloscopia mensalmente durante o tratamento ($\bar{x}=3,03$); o recebimento mensal de cesta básica

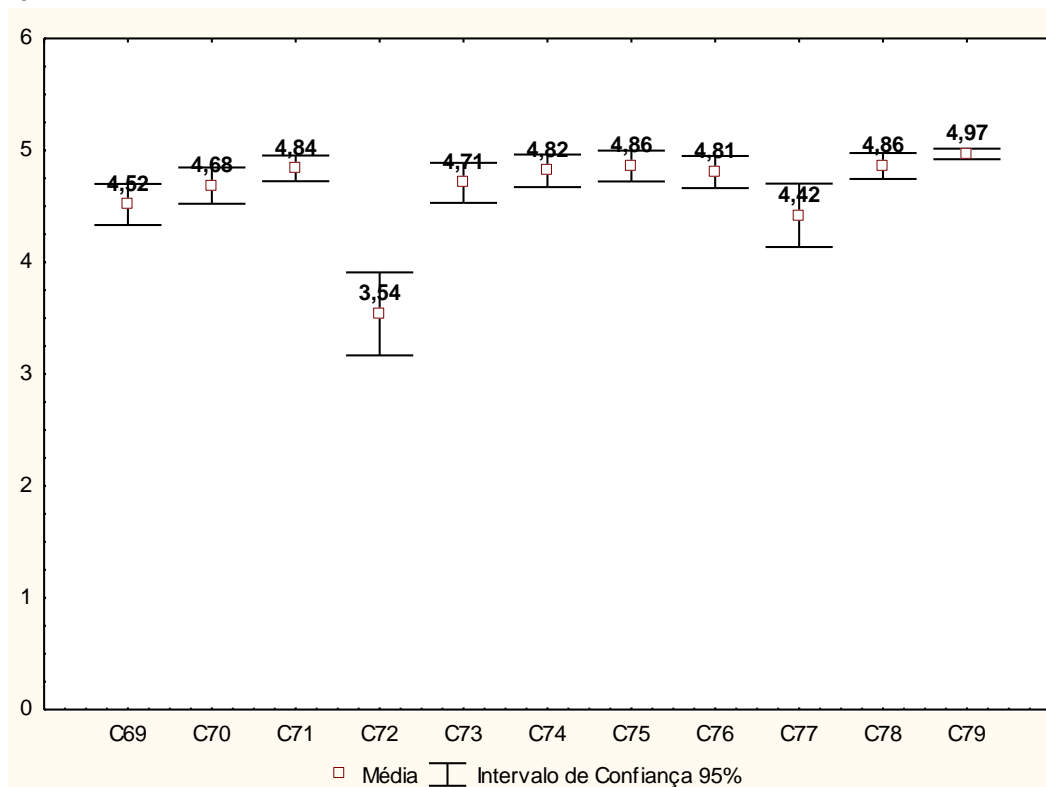
($\bar{x}=3,42$); bem como o recebimento de informações sobre outros temas de saúde e educação em saúde ($\bar{x}=3,49$).

No entanto, foram encontradas algumas dificuldades referentes a essa dimensão da APS, classificadas como insatisfatórias a partir da análise dos indicadores relacionados à realização de PPD ($\bar{x}=2,27$); ao recebimento de auxílio-transporte ($\bar{x}=1,06$); ao recebimento de visita domiciliar dos profissionais de saúde durante o tratamento de TB ($\bar{x}=2,53$); ao recebimento de visitas por outros motivos além da TB ($\bar{x}=1,96$); à participação em grupos de portadores de TB no SS ($\bar{x}=1,04$); à realização de tratamento supervisionado ($\bar{x}=1,04$); e à existência, no SS, de equipamentos necessários ao atendimento ao usuário ($\bar{x}=2,60$).

5.8 A relação de vínculo desenvolvida entre o doente de tuberculose e os profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde

O desenvolvimento do vínculo entre o portador de TB e os profissionais do SS no qual é realizado o tratamento e controle da doença, apresentado na Figura 11, é essencial para que haja melhor adesão do usuário ao combate à doença.

Figura 11. Componente Vínculo no serviço de saúde em que é realizado o controle e tratamento para cura de tuberculose, sob a visão dos portadores da doença. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

Legenda: C69 – É atendido pelo mesmo profissional de saúde; C70 – Consegue tirar dúvidas com o profissional de saúde; C71 – Profissional de saúde entende perguntas do doente de TB; C72 – Profissional conversa sobre outros problemas de saúde; C73 – Profissional dá tempo suficiente para o usuário conversar; C74 – Profissional responde claramente às perguntas do portador de TB; C75 – Profissional faz anotações no prontuário do paciente; C76 – Profissional explica sobre os medicamentos utilizados no tratamento de TB; C77 – Profissional pergunta sobre outros medicamentos utilizados pelo usuário; C78 – É bem tratado pelos profissionais da portaria do SS; C79 – É bem tratado pelos profissionais de saúde do SS.

Verificou-se que o desenvolvimento de ações relacionadas aos princípios desse componente da APS apresenta algumas facilidades, sendo classificado como satisfatório sob análise dos seguintes indicadores: atendimento pelo mesmo profissional de saúde ($\bar{x}=4,52$); abertura com o profissional de saúde para esclarecer dúvidas potenciais ($\bar{x}=4,68$); entendimento, por parte do profissional, dos questionamentos realizados pelo usuário ($\bar{x}=4,84$); existência de tempo suficiente para conversas entre doente e profissionais ($\bar{x}=4,71$); resposta, por parte dos profissionais, às perguntas do doente, de maneira clara ($\bar{x}=4,82$); realização de anotações no prontuário do usuário ($\bar{x}=4,86$); explicação ao portador de TB sobre os medicamentos utilizados no tratamento ($\bar{x}=4,81$); interesse do profissional em perguntar sobre outros medicamentos utilizados

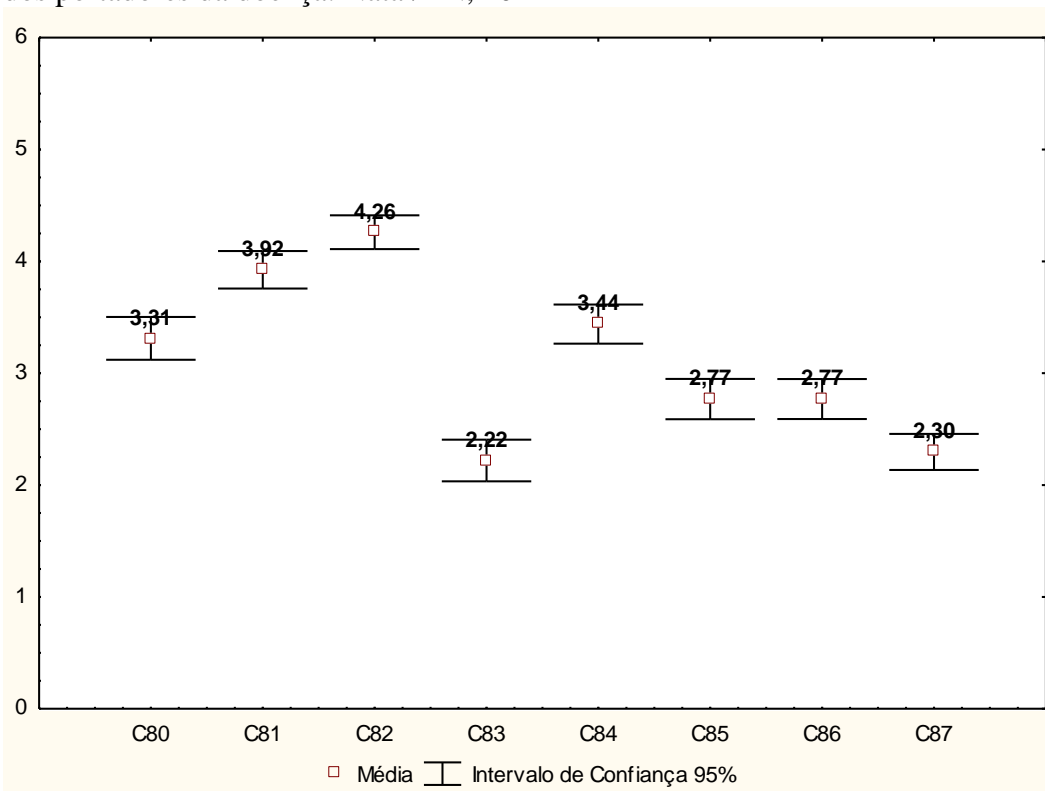
pelo doente ($\bar{x}=4,42$); bom acolhimento dos profissionais do SS, desde a portaria ($\bar{x}=4,86$) até pelos profissionais de saúde ($\bar{x}=4,97$).

Ainda, percebeu-se que as ações desenvolvidas com base no vínculo apresentam alguma dificuldade somente no que se refere a um indicador, que foi analisado como de desempenho regular e o qual diz respeito ao profissional de saúde realizar conversa com o portador de TB sobre outros problemas de saúde, que não sejam diretamente ligados à doença ($\bar{x}=3,54$).

5.9 As dimensões Diagnóstico na família e Orientação à comunidade para o controle da tuberculose, nas unidades de Atenção Primária à Saúde(.)

Sabe-se que o usuário deve receber atenção à saúde considerando sua inserção em um contexto familiar e social, aspectos evidenciados pelos componentes da APS que envolvem o enfoque familiar e a orientação comunitária, cujas variáveis são apresentadas na Figura 12.

Figura 12. Dimensões Enfoque na família e Orientação à comunidade nos serviços de saúde em que é realizado o controle e tratamento para cura de tuberculose, sob a visão dos portadores da doença. Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa.

Legenda: C80 – Profissional pede informações sobre a família; C81 – Profissional pede informações sobre doenças na família; C82 – Profissional questiona se co-habitantes apresentam sintomas de TB; C83 – Profissional entrega pote para baciloscopia de comunicantes familiares; C84 – Profissional conhece os co-habitantes familiares; C85 – Profissional conversa com a família sobre a TB; C86 – Profissional conversa com a família sobre o tratamento; C87 – Profissional conversa com a família sobre outros problemas de saúde.

Nesse sentido, verificou-se, ao abordar esses componentes, que o desenvolvimento das ações de diagnóstico de TB na família e na comunidade foi considerado satisfatório apenas no que se refere ao interesse do profissional de saúde em questionar se algum familiar do portador de TB apresentava sintomas sugestivos da doença ($\bar{x}=4,26$).

No entanto, o desenvolvimento das ações referentes a essas dimensões ainda enfrenta muitas dificuldades, sendo considerado regular no que se refere à coleta de informações referentes à família, por parte do profissional de saúde ($\bar{x}=3,31$); à coleta de informações sobre doenças na família ($\bar{x}=3,92$); e ao profissional de saúde buscar conhecer a família do portador de TB ($\bar{x}=3,84$).

As dificuldades mais destacadas no que diz respeito a essas dimensões, cujos resultados de indicadores apresentaram-se como insatisfatórios, foram as relacionadas à não entrega do pote para realização de baciloscopia aos comunicantes do doente ($\bar{x}=2,22$); ao profissional não realizar conversas com a família do usuário sobre a TB ($\bar{x}=2,77$), sobre o tratamento ($\bar{x}=2,77$) e sobre outros problemas de saúde vivenciados no núcleo familiar ($\bar{x}=2,30$).

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a maioria dos portadores de TB era do sexo masculino (62,37%), e esse fato foi verificado também em estudos realizados a nível nacional que traçaram o perfil desses indivíduos. (COSTA et al., 1998; OLIVEIRA, 2009; SILVA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2011; SILVA, 2011; LAFAIETE et al., 2011).

Complementando esses achados sobre o predomínio de homens portadores de TB, um estudo realizado por Hino et al. (2007) constatou que a maior parte de óbitos por TB também ocorre em indivíduos do sexo masculino, e os autores atribuíram esse resultado a diversos fatores, como, por exemplo, o retardo na procura dos serviços de saúde por parte desses sujeitos, e os hábitos de vida masculinos, que, por vezes, envolvem ingestão de bebida alcoólica, fator este fortemente associado à TB. Há também a possibilidade de a mulher ser mais resistente do que o homem e de ter mais cuidado com a própria saúde.

Além da predominância de indivíduos do sexo masculino, os resultados desta pesquisa apontam também que a média de idade aproximava-se dos 39 anos e que até 75% dos sujeitos apresentavam idade até 49 anos. Isso significa que grande parte dos portadores de TB no município eram adultos jovens, em idade produtiva, os quais poderiam, como doentes, estar sujeitos a dificuldades relacionadas ao desempenho de sua atividade laboral. Outras pesquisas também confirmaram a incidência da TB em adultos em idade produtiva, tanto os estudos a nível nacional como os que foram realizados em regiões específicas do país. (HIJJAR et al., 2001; SILVA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2011; CALIARI; FIGUEIREDO, 2007).

Verificou-se, ainda, que a TB continua sendo uma doença intrinsecamente relacionada às questões sociais e econômicas que afligem nosso país, realidade que é corroborada por outros autores que estudaram a temática. (FIGUEIREDO, 2008; SELIG et al., 2004; LAFAIETE et al., 2011). Indicadores como o alto índice de desemprego, baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade e predominância de famílias numerosas, verificados neste estudo, mostram que a TB, por ser considerada uma calamidade negligenciada ao longo dos tempos (RUFFINO-NETTO, 2002), continua acometendo majoritariamente os mais afetados pelas desigualdades sociais. Tal realidade salienta a observação realizada pela Organização Mundial de Saúde, de que a

TB tem como principais causas para sua gravidade no mundo os seguintes fatos: advento da AIDS, envelhecimento da população, grandes movimentos migratórios, e, ainda, a desigualdade social. (OMS, 1998 *apud* RUFFINO-NETTO, 2002).

A renda salarial, de aproximadamente um a dois salários mínimos por família, atua como mais um fator gerador de dificuldades para a manutenção da qualidade de vida da população. Esse problema é ainda mais ressaltado pelo fato de que, agregado a uma renda familiar baixa e que gera inúmeras dificuldades para a sobrevivência, coexiste o contexto familiar de um elevado número de co-habitantes (quatro a cinco indivíduos, por residência).

Outros estudos já verificaram que famílias com maior quantidade de membros também apontam para uma relação direta com a TB, uma vez que o risco para desenvolver-se a doença aumenta consideravelmente na medida em que cresce o número de moradores em um mesmo domicílio. (MENEZES et al., 1998).

Por esse motivo, intervenções junto à família do doente são essenciais, principalmente com as pessoas que moram no mesmo domicílio, uma vez que elas têm risco elevado de contrair a doença, segundo a infecciosidade da fonte, as características do contato e do ambiente. Assim, torna-se possível detectar novas fontes de infecção e realizar o controle junto à família, identificando portadores em estágio inicial da doença, quando ainda são pouco infectantes e a morbidade é reduzida.

Todos esses fatores, sejam de caráter sociodemográfico ou econômico, apontam para as singularidades vivenciadas pelo doente de TB, o qual está inserido em um contexto social geralmente desfavorável e onde imperam inúmeras dificuldades no cotidiano, sejam no âmbito físico, emocional ou social. (FIGUEIREDO et al., 2009).

A escolaridade, outra variável medida neste estudo, exerce importante influência nas questões socioeconômicas, uma vez que contribui para a manutenção dos índices de empregabilidade e para a renda populacional. Constatou-se, pois, que os portadores de TB, na maioria, não haviam sequer concluído o ensino fundamental. Isso aponta para outra questão de impacto social na realidade do doente, corroborada também em outros estudos. (OLIVEIRA, 2009): a baixa escolaridade.

A baixa escolaridade é reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à TB e são responsáveis pela maior incidência da enfermidade e pela menor aderência ao respectivo tratamento. (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005).

Considerando-se o nível de escolaridade de uma população como uma variável socioeconômica, percebe-se que a TB ainda é um problema social na realidade local e brasileira, que continua acometendo classes sociais menos favorecidas e que está diretamente relacionado à pobreza e à má distribuição de renda no país. (BRASIL, 2004).

Em relação ao SS que atuou como porta de entrada do doente de TB, verificou-se que os hospitais de referência têm funcionado como porta de entrada para esses indivíduos, sendo o local mais procurado por eles frente ao início da sintomatologia da doença. Destacam-se como hospitais mais buscados pelo doente o Hospital Giselda Trigueiro, o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e o Hospital Universitário Onofre Lopes. Nesse sentido, percebe-se que ainda existem dificuldades para a efetiva descentralização das ações de controle e diagnóstico de TB para a Atenção Primária à Saúde.

Estudo semelhante realizado na Paraíba constatou também que os doentes ainda costumavam buscar os serviços de nível secundário e terciário frente ao adoecimento por TB. (SILVA, 2011). Contrastando com esse resultado, outros estudos apontaram que os doentes de TB, frente ao aparecimento dos sintomas, costumavam buscar, em sua maioria, as Unidades de Atenção Básica. (OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA et al., 2011).

O conceito de porta de entrada, embora pouco definido, é bem compreendido como o local ou o profissional a ser procurado como primeiro ponto de atenção a cada novo problema de saúde percebido; é o local ou prestador que é o primeiro contato dentro do sistema de saúde, que viabiliza as condições subseqüentes de acessibilidade ao serviço de saúde. (STARFIELD, 2002).

A procura espontânea por serviços especializados pode sinalizar grave deficiência na organização da rede de serviços. A estruturação da USF como porta de entrada do sistema deveria incorporar cuidados básicos e especializados, tendo como pressuposto o princípio da integralidade, mediada pelo fluxo de referência e contrarreferência (SILVA, 2011; BRASIL, 2006-d).

Vive-se, atualmente, em um sistema de saúde fragmentado, hierarquizado, numa estrutura piramidal. Essa compreensão de complexidade equivocada estabelece que o nível da APS é o menos complexo, sendo incapaz de resolver as necessidades reais de saúde da população, uma “medicina pobre para pobres”. Essa estrutura é voltada para as condições agudas, com foco na oferta de serviços e estabelece fluxos complicados para

as pessoas, dificultando o pronto acesso a serviços eficientes e de qualidade. (MENDES, 2002).

Dessa maneira, a APS, que deveria atuar como a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, atuar na promoção e prevenção e resolver a maior parte dos problemas apresentados, torna-se ineficiente para direcionar o fluxo populacional para ela. A concepção equivocada de complexidade leva ao maior acesso da população aos serviços secundários e terciários. (MENDES, 2002).

Esse sistema deverá ser substituído por um sistema integrado, com uma rede horizontal, que modifica a compreensão de pontos de atenção menos ou mais complexos e se volta para as condições crônicas, conseguindo assim trabalhar na promoção e prevenção da saúde, e tratar com resolutividade eventos crônicos e agudos a ela apresentados. (MENDES, 2002).

Um estudo realizado por Gazetta et al. (2003) apontou que a posição desfavorável do acesso aos SS de um município do Sudeste do país relacionava-se também ao hábito cultural da população de ainda procurar serviços de urgência e emergência para o primeiro atendimento médico, independente da gravidade do caso. Tal realidade é atribuída ainda à predominância do modelo de atenção à saúde médico hegemônico e curativista, pautado na procura do serviço de saúde quaternário após a apresentação de uma queixa principal, o que muitas vezes contribui para diagnósticos tardios.

Sobre o tipo de SS em que é feito o diagnóstico de TB, verificou-se que a rede hospitalar não só é o serviço mais procurado, como também ainda é o serviço que mais realiza esse tipo de ação. Isso pode estar ligado à procura do doente por esses serviços, respaldada pelo pensamento no modelo médico hegemônico, bem como a resolutividade aparente que os mesmos apresentam para realização de diagnóstico.

Estudo realizado por Oliveira et al. (2011) apontou que o diagnóstico dos doentes de TB é realizado principalmente em serviços de saúde de nível secundário e terciário, e que a Atenção Primária à Saúde é menos representativa no diagnóstico dos casos de TB estudados.

Corroborar-se com Silva (2011), que, em um estudo semelhante, evidenciou que, embora as ações de controle da TB sejam descentralizadas a todas as USFs, UBS e PACS, a contribuição da APS é inexpressiva na realização do diagnóstico de TB, uma vez que os casos suspeitos de TB, que deveriam ser captados, atendidos e vinculados à APS por meio da ESF, estão sendo direcionados aos níveis secundário e terciário de

atenção à saúde, constituindo-se como uma das fragilidades de acesso ao diagnóstico da doença.

Em relação ao acesso do usuário com TB ao primeiro SS procurado frente ao adoecimento, as condições encontradas foram satisfatórias, por exemplo, quanto ao número de vezes em que precisam buscá-lo até conseguirem atendimento para o problema de saúde, a marcação e concretização da consulta em até um dia, e para a realização de atendimentos sem prejuízos ao comparecimento do indivíduo ao trabalho, corroborando com outro estudo semelhante. (OLIVEIRA, 2009). No entanto, entende-se que o fato de o doente só precisar ir ao SS uma ou duas vezes para ser atendido caracteriza a procura de serviços hospitalares com pronto atendimento, nos quais, mesmo havendo demora, o indivíduo recebe atendimento caso os procure; e justifica o longo tempo de espera até ser atendido, outro resultado obtido a partir deste estudo.

No entanto, observou-se que algumas condições de acesso foram classificadas como regulares, principalmente as que estão relacionadas à busca do SS mais próximo da residência, ao tempo de espera por atendimento, à dificuldade de deslocamento até o SS e aos horários de funcionamento dos mesmos.

Parece que o usuário ainda não incorporou o hábito de buscar o SS mais próximo à sua área de residência, frente à apresentação de um problema de saúde. Embora os serviços mais procurados sejam os hospitalares devido a toda uma problemática de paradigmas predominantes e modelo assistencial evidente, percebe-se que as unidades de APS ainda apresentam barreiras quanto a questões de essencial relevância para o acesso do usuário a esses serviços, como, por exemplo, o que foi constatado sobre os horários de funcionamento das UBS. (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003).

Ainda, foram consideradas insatisfatórias as condições relacionadas ao deslocamento até o SS, no que se refere à necessidade de transporte e aos gastos com o traslado. Verifica-se que, embora existam condições muito satisfatórias no que diz respeito ao acesso gratuito à assistência à saúde e ao bom acolhimento do doente pelos profissionais do SS, ainda permanecem condições que prejudicam o acesso desse indivíduo, principalmente relacionados ao deslocamento até o SS. Isso pode se explicar pelo fato de que o SS procurado pelo doente diante do surgimento da sintomatologia de TB geralmente são os hospitais de referência municipal, os quais podem estar distantes dos locais de residência desses usuários, significando que eles passam a apresentar mais

dificuldades, tanto financeiras como de distância geográfica, para deslocar-se até esses SS.

Oliveira (2009) diverge desse resultado em um indicador, pois no seu estudo a maioria dos doentes afirmou nunca ter tido dificuldade de deslocamento ao SS; no entanto, ainda assim os doentes relataram apresentar gastos financeiros para o deslocamento até o SS em que foi feito o diagnóstico, mesmo que a maior parte de diagnósticos fosse feita no contexto da Unidade Básica de Saúde.

O fato de os indivíduos infectados pelo bacilo da TB não terem acesso adequado aos SS contribui significativamente para que muitos não sejam diagnosticados, continuando a cadeia de transmissão da doença e os índices epidemiológicos no país. (SCATENA et al., 2009; MUNIZ et al., 2005). O diagnóstico tardio, a dificuldade de acesso ao diagnóstico de TB e o conhecimento limitado para identificar os suspeitos de TB são problemas encontrados principalmente na APS. (ARCENCIO; OLIVEIRA; VILLA, 2007).

Em relação aos SS em que se realiza o tratamento para controle e cura de TB, verificou-se que estes são impreterivelmente as unidades básicas de saúde. Somente nos casos de TB multi-droga-resistente é que o tratamento é realizado nos serviços de referência.

Sobre as condições de acesso ao tratamento, sob a ótica do doente de TB, foram satisfatórias ou regulares, destacando-se a facilidade para conseguir consulta no SS, bem como as facilidades referentes à proximidade geográfica da residência aos serviços.

Concordando com esse resultado, Lafaiete et al. (2011) observaram que os desfechos sobre o atendimento médico no prazo de 24 horas mostraram-se favoráveis em seu estudo, indicando garantia de acesso ao serviço de saúde. Acrescentam, ainda, que esse aspecto diminui a incidência do abandono ao tratamento de tuberculose, tendo em vista que os profissionais de saúde estão acessíveis para orientar, avaliar e acompanhar o estado de saúde do portador de tuberculose em tratamento.

Estudo semelhante constatou que o tempo de espera por atendimento e a obtenção de consulta em prazo de até um dia eram adequados; no entanto, de forma divergente, que o doente de TB ainda tinha algumas dificuldades no acesso ao tratamento, como as relacionadas ao deslocamento até o SS e gastos financeiros para viabilizá-lo, e a perda do turno de trabalho para poder comparecer às consultas (FIGUEIREDO et al., 2009). Marcolino et al. (2009) corroboram, no seu estudo, com a facilidade e agilidade em se obter atendimento no SS.

Já Clementino e Miranda (2010) apontam que todos os doentes de TB entrevistados em seu estudo necessitavam deslocar-se para o serviço de saúde para poder dar continuidade ao tratamento; e ressaltam que a locomoção ou o deslocamento do usuário entre seu domicílio e os serviços de saúde aparece como uma dificuldade, mesmo que atenda ao critério de delimitação de área geográfica, ou seja, da adscrição, onde os serviços de saúde mantêm uma proximidade com as residências dos usuários.

Porém, o acesso ao tratamento ainda é insatisfatório e dificultado somente no que diz respeito aos indicadores referentes ao horário e dias de funcionamento dos serviços, uma vez que, por se tratar de unidades básicas de saúde, não funcionam no período noturno nem nos finais de semana e feriados. Estudo realizado na Paraíba sob a ótica do profissional de saúde corrobora com o presente estudo, uma vez que a maioria dos entrevistados afirmou que geralmente não havia atendimento nos horários noturnos e intervalos para almoço. (MARCOLINO et al., 2009).

Além disso, julga-se importante ressaltar que o resultado satisfatório para o indicador relacionado a “não perder o turno de trabalho para comparecer à consulta” pode estar influenciado positivamente pelo fato de que aproximadamente 35% dos entrevistados apresentavam-se desempregados, não havendo, obviamente, possibilidade de faltar ao trabalho.

Sobre o elenco de serviços, ou a prestação de serviços de saúde pautada na integralidade, isso é fundamental para uma unidade de APS. Mesmo que estas não tenham atribuição de prestar todos os serviços dos quais o usuário necessita, devem ter a capacidade de direcioná-lo para a resolução das demandas apresentadas.

Em relação a essa dimensão da APS, verificou-se que, em geral, as condições oferecidas pelos serviços considerados porta de entrada para o doente de TB foram identificadas como regulares a satisfatórias, destacando-se desde a solicitação de exames até a viabilização dos mesmos no SS. No entanto, ainda sobressai a dificuldade de realização de atendimento domiciliar ao doente de TB por parte do SS que atua como porta de entrada. Tal resultado recai sobre o resultado anterior, que aponta a rede hospitalar como principal porta de entrada para o indivíduo com TB, uma vez que se sabe que não compete a esses SS a realização de visitas domiciliares.

Além disso, uma vez que esses são os serviços procurados pelo doente antes do diagnóstico, viabiliza-se mais facilmente a realização de exames no próprio SS, contribuindo positivamente para os resultados analisados com base na dimensão elenco

de serviços. Porém, enfatiza-se que a maioria das ações relacionadas ao primeiro SS não se decorreram dentro do ambiente de serviços de APS.

No que se refere à dimensão elenco de serviços relacionada ao tratamento do doente de TB, verificou-se resultado satisfatório na disponibilização de pote para realização de baciloscopia e de medicamentos para o tratamento, bem como na realização de consultas de controle e recebimento de informações sobre a doença e o tratamento realizado. Marcolino et al. (2009) corroboram, no seu estudo, com o resultado de oferta contínua de medicamentos necessários ao tratamento. No entanto, ainda coexistem dificuldades gritantes nesses SS, como, por exemplo, a não oferta de facilidades para o deslocamento do doente, ou seja, não se oferece auxílio-transporte; além da existência de Tratamento Diretamente Observado em apenas duas das unidades visitadas.

Estudo realizado na Paraíba aponta também que a maior parte dos usuários não recebe vale-transporte para comparecimento à unidade. A ausência desse incentivo muitas vezes favorece a não adesão ao tratamento e potencializa os riscos de abandono do mesmo. Ainda, a inexistência de auxílio-transporte dificulta, embora não inviabilize, a implantação de ações como a *Terapia Diretamente Observada* (TDO), uma vez que o usuário poderá ter dificuldades para comparecer à unidade de saúde. (MARCOLINO et al., 2009).

Por outro lado, o recebimento de cestas básicas pelos doentes em tratamento para TB foi considerado regular, o que significa que essa ação não era realizada nas unidades de APS durante todos os meses de tratamento, havendo meses em que o doente não recebia a cesta básica. Sá et al. (2011) afirma que em alguns casos o doente tem acesso à medicação para tratar a TB, mas a sua condição financeira não favorece a aquisição do alimento, acentuando efeitos como o desconforto gástrico, que pode potencializar os riscos de abandono do tratamento.

Além disso, outro resultado encontrado no presente estudo aponta que é mínimo o percentual de realização do TDO, de visitas domiciliares durante o tratamento e de existência de grupos para doentes de TB compartilharem vivências e conhecimentos acerca da doença, do controle e do tratamento da mesma.

Marcolino et al. (2009) divergem do resultado de baixa realização de visitas domiciliares durante o tratamento, uma vez que a maioria dos profissionais entrevistados naquele estudo afirmaram sempre realizar este tipo de ação. Em relação à não incorporação da *Terapia Diretamente Observada*, estudo semelhante também

aponta a prevalência do tratamento autoadministrado, bem como corrobora com o resultado quanto à garantia de receber os medicamentos necessários ao tratamento e com a não realização de visitas domiciliares durante o tratamento. (FIGUEIREDO et al., 2009).

Aponta-se como uma das dificuldades para implantação do TDO a resistência dos profissionais de saúde em incorporá-lo na rotina diária das atividades executadas por esses serviços em decorrência da falta de recursos humanos. (MONROE et al., 2008).

No que se refere à coordenação da atenção, esta implica em integração dos SS e continuidade das ações desenvolvidas junto a uma população. No contexto estudado, essas ações foram medidas a partir de realização de encaminhamentos dos doentes de TB a outros SS quando necessário, tanto para realização de exames ou consultas como para obter medicamentos. Verificou-se que o encaminhamento para realizar exames ou consulta foi considerado regular, o que pode ser relacionado a dificuldades na operacionalização dos sistemas de referência e contrarreferência na realidade atual. Macinko, Almeida e Oliveira (2003) afirmam que as USF e UBS ainda têm problemas no sistema de contrarreferência, tendo em vista que só recebem informações sobre resultados de consultas em metades dos casos.

Sobre os mecanismos de referência e contrarreferência, Assis (2010) identificou descontinuidade das ações e dificuldades em relação ao fluxo de informação/comunicação quando o doente necessita de uma consulta com um especialista para resolver problemas de outra ordem.

Ainda, verificou-se que, neste mesmo processo de encaminhamento, há necessidade de ampliar a participação do doente acerca do processo decisório quanto ao seu tratamento, estimulando a corresponsabilização do profissional quanto ao cuidado que o doente recebeu em outro local e discutindo com ele sobre os resultados alcançados na atenção recebida. (ASSIS, 2010).

Em relação à ação sobre encaminhamento do doente para obtenção de medicamentos, esta resultou insatisfatória. Tal fato pode favorecer a demora no tempo para o início do tratamento após o diagnóstico, resultado também constatado neste estudo, uma vez que o doente de TB poderá apresentar maiores dificuldades para chegar ao SS que realiza o tratamento, aumentando assim a possibilidade de maior transmissão da doença, bem como a ocorrência de complicações relacionadas.

Quanto ao tempo despendido pelo usuário desde a primeira busca por um SS até o diagnóstico de TB, percebeu-se que este, na maioria dos casos, aproxima-se de um mês. Ou seja, o doente permanece aproximadamente um mês potencializando a transmissão da doença nos ambientes comuns à família e à comunidade, podendo estar muitas vezes percorrendo os SS sem haver uma assistência direcionada para o diagnóstico de TB. Sobre esse assunto, alguns autores afirmam que o diagnóstico de TB é tardio e há maior eficácia de acesso aos SS. (SCATENA et al., 2009; SELIG et al., 2004).

O atraso no diagnóstico de casos de tuberculose (TB) pode ocorrer devido à procura tardia do serviço de saúde ou pela inadequada avaliação de indivíduos com sintomas respiratórios pelo profissional de saúde. Ainda, a demora para realização do diagnóstico reflete a falta de ferramentas eficazes para tal e o déficit de rotinas para o acompanhamento, mostrando a necessidade gritante de treinamento dos profissionais de saúde e de instalações físicas adequadas. (STORLA; YIMER; BJUNE, 2008).

Santos et al. (2005) concluíram, em seu estudo, que os atrasos para o início do tratamento de TB aparentemente não são causados pela dificuldade de acesso do indivíduo ao SS, ou por fatores como idade, sexo ou alcoolismo. Na verdade, os atrasos parecem estar ligados ao desemprego e à atitude geral do sujeito para com a saúde, além de refletir a maneira como os serviços de saúde estão organizados.

Machado et al. (2011) verificaram que mais da metade dos pacientes estudados apresentavam-se duas ou mais vezes para consultas antes do diagnóstico de TB, ressaltando a impressão de que a dificuldade maior não se aplica somente à baixa suspeita diagnóstica, mas também à falta de agilidade nos resultados de exames.

Já, quanto ao vínculo, outra dimensão da APS, observou-se que o mesmo é tido como satisfatório para a maioria dos sujeitos desta pesquisa, o que significa que há relação horizontal entre o doente e os profissionais do SS, além de um atendimento focado no indivíduo que necessita do serviço, priorizando seus problemas, ouvindo-o e buscando mantê-lo como sujeito ativo do seu tratamento.

Acredita-se que, tendo em vista o fato de este estudo ter sido realizado nas UBS e USFs do município de Natal/RN, havia maiores possibilidades reais de desenvolvimento de vínculo entre equipe de saúde e doente de TB, uma vez que neste contexto propiciam-se ações contínuas desenvolvidas a uma mesma população. Macinko, Almeida e Oliveira (2003) constataram que as unidades com ESF geralmente apresentam um vínculo mais forte com os seus usuários do que as UBS tradicionais de

atenção à saúde, ou seja, que não implantaram a ESF. Afirmam que o vínculo gerado nas USFs é mais claro com os usuários, pois os mesmos dispõem de mais tempo durante as consultas, o que lhes permite esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional de saúde.

Um estudo realizado por Brunello et al. (2009) apresentou resultados análogos ao presente estudo no que se refere aos indicadores de vínculo relativos à continuidade da atenção pelo mesmo profissional de saúde; no esclarecimento de dúvidas apresentadas pelo doente; anotações no prontuário do usuário; recebimento de informações sobre a TB. Concorda-se que a relação de vínculo estabelecido entre profissional de saúde e usuário é de fundamental importância para a adesão deste ao seu tratamento, uma vez que o doente passa a enxergar-se como sujeito ativo no seu processo saúde/doença.

O vínculo foi considerado regular apenas sob análise de um único indicador, que se refere à abordagem do profissional de saúde sobre outros problemas de saúde. Tal resultado aponta que a atenção ao doente de TB, embora pautada em uma relação adequada entre profissional e usuário, ainda é voltada somente para a doença principal, não havendo integralidade na atenção à saúde do indivíduo.

Esse resultado foi verificado também por outros autores, os quais justificaram que o mesmo pode estar relacionado à realização do tratamento autoadministrado, na maioria das vezes. Dessa forma, não se desenvolve uma relação mais estreita entre equipe de saúde e usuário, além de tornar-se mais difícil a visualização dos problemas do usuário *in loco*, ultrapassando o corpo biológico da doença para os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde/doença. (BRUNELLO et al., 2009; SANCHEZ, 2007).

Monroe et al. (2008) apontam que outro problema para a manutenção do vínculo é a alta rotatividade de profissionais nos SS, relacionada à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde. Nessa perspectiva, Bergel e Gouveia (2005) propuseram que utilizar-se da estratégia de retornos frequentes do doente de TB ao SS nos primeiros meses de tratamento propicia a consolidação do vínculo, gerado a partir da oportunidade de aproximação entre profissional, SS e usuário. Para os autores, considera-se como fundamental para a adesão do doente ao tratamento, tendo em vista que, durante as consultas e visitas à unidade de saúde, emergem dúvidas sobre a doença, o tratamento, sua duração e outras.

Em uma pesquisa desenvolvida no Município de Campina Grande/PB por Clementino e Miranda (2010), observou-se que a satisfação do doente de TB está aliada ao relacionamento que se estabelece entre o profissional e o usuário frente à resolução objetiva e rápida da demanda trazida pelo mesmo, que, no caso, se apresentou na forma de ter a consulta (médica, odontológica) assegurada e sem longa espera, além do acesso ao medicamento para o tratamento da doença. Evidencia-se a importância do vínculo para a adesão do usuário ao tratamento e para a diminuição dos índices de abandono.

Em relação às dimensões enfoque na família e orientação à comunidade, analisadas conjuntamente para fins deste estudo, verificou-se que há classificação satisfatória para essas dimensões apenas no que se refere aos profissionais de saúde reportarem-se à família para buscar informações sobre a existência de familiares com sintomas sugestivos de TB. Assim, Nogueira et al. (2011) observaram que a maioria dos profissionais de saúde realiza a investigação dos contatos familiares do doente de TB, considerando que o envolvimento da família é fundamental para o enfrentamento da doença, uma vez que influencia na adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes para o êxito do processo terapêutico.

Tal resultado evidencia que ainda coexistem dificuldades para estender a atenção ao doente de TB à sua família, a qual necessita estar atuante tanto no acompanhamento do familiar em tratamento, bem como no controle da doença no seio familiar.

Reconhece-se que existem dificuldades no enfoque familiar e na orientação à comunidade no que diz respeito à entrega do pote para baciloscopia aos comunicantes/familiares do doente de TB. Da mesma forma, isso acontece quanto à realização de conversas e consequentemente parcerias entre a família e a equipe de saúde. Esse descompasso reflete fragilidades em operacionalizar a assistência à família como um todo, inclusive na Estratégia de Saúde da Família, cuja atenção deveria estar embasada por este tipo de enfoque.

Ressalta-se também que ainda existe pouca valorização do controle dos comunicantes nos serviços de saúde, pois há maior enfoque para o controle da doença e do doente, relegando a plano secundário o trabalho junto aos familiares que integram o ambiente familiar. (FIGUEIREDO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento das ações de controle da TB desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde, a partir da visão dos sujeitos principais deste processo de diagnóstico, controle e cura da doença: os próprios doentes.

Foram identificadas algumas limitações deste estudo, como o fato de o mesmo não esclarecer devidamente os motivos que levam os doentes de TB a procurarem os serviços hospitalares de referência como porta de entrada, nem os motivos que levam à realização do diagnóstico nesses serviços. Além disso, outra limitação importante deste estudo diz respeito à falta de detalhamento sobre as dificuldades enfrentadas por esses indivíduos durante o transcurso desde a busca do primeiro SS até o diagnóstico e posterior início do tratamento para cura da doença. Percebeu-se, ao longo das entrevistas, que as dificuldades foram diversas, e que um estudo com essa finalidade poderia esclarecer problemas nos serviços de saúde que ainda promovem o retardo do diagnóstico de TB.

Da mesma forma, embora se tenha constatado que a Terapia Diretamente Observada é extremamente incipiente no município, não foram aprofundadas as razões que dificultam a implantação desse tipo de tratamento na realidade atual.

Espera-se que este estudo tenha proporcionado maior conhecimento no tocante aos aspectos que interferem para o efetivo desenvolvimento das ações de controle da TB no Município de Natal; e que possam ser repensados e oferecidos os subsídios necessários para a reestruturação dos serviços de saúde.

Tendo em vista o objetivo deste estudo, verificou-se que ainda permanecem algumas fragilidades nos serviços de saúde que inviabilizam que as ações de controle da TB tornem-se efetivas no contexto da Atenção Primária no Município de Natal/RN.

Quanto ao perfil dos doentes de TB, concluiu-se que a maioria era de homens, adultos jovens, de cor parda, religião católica, desempregados, de baixa escolaridade e baixa renda familiar.

Sobre o acesso desses indivíduos aos SS, percebeu-se que este apresenta diversas fragilidades, no que diz respeito ao funcionamento dos serviços; mas também às concepções da sociedade, pautadas em um modelo hegemônico médico-assistencial-curativista.

A porta de entrada do doente de TB permanece sendo a rede hospitalar de referência, bem como o local do diagnóstico da doença, o que enfatiza a necessidade de buscar ações educativas capazes de reorientar, através de todo um processo formativo, a visão hospitalocêntrica que a sociedade ainda apresenta em relação à saúde.

As relações de vínculo estabelecidas entre os profissionais de saúde e os doentes em tratamento de TB são bastante efetivas na visão desses indivíduos. Para que as ações de controle de TB sejam desenvolvidas, considera-se que o vínculo existente é fundamental, principalmente no que se refere à adesão ao tratamento e à diminuição dos riscos de abandono do mesmo, uma vez que a existência de vínculo facilita a comunicação e a relação profissional-usuário.

A família e a comunidade ainda não são incluídas de maneira impactante no tratamento do doente de TB, tampouco nas ações de busca de sintomáticos respiratórios e de controle adequado de comunicantes. Faz-se necessário sensibilizar os profissionais de saúde que atuam nos serviços de APS no controle da tuberculose quanto à necessidade de maior envolvimento e conhecimento, por esses profissionais, do contexto familiar e social em que estão inseridos os usuários que frequentam esses serviços, além das necessidades biopsicossociais dos doentes de TB.

Quanto à coordenação da atenção e à integralidade das ações desenvolvidas para o controle da TB, verificou-se que, embora as unidades contem com suprimento adequado de insumos, ainda se apresenta como deficiente o desenvolvimento de ações extramuros, particularmente quando o doente precisa de serviços que não são oferecidos na APS, exemplificado naqueles casos que necessitam das referências e contrarreferências, e ainda na oferta de ações de controle e acompanhamento em horários alternativos e nos finais de semana. Além disso, registra-se que, embora haja benefícios sendo parcialmente fornecidos ao doente de TB, tais como a distribuição da cesta básica, há baixa implantação do Tratamento Diretamente Observado, desenvolvido em apenas duas das unidades visitadas, e da realização de visitas domiciliares ao usuário e família; bem como não há distribuição do vale-transporte para viabilizar a ida do usuário à unidade nem a outros serviços, para garantir a realização de ações complementares ao tratamento de TB.

Observa-se a necessidade de maior compromisso dos agentes governamentais para com os incentivos já obrigatórios ao controle da TB, assim como a disponibilização dos insumos necessários e a capacitação dos recursos humanos que atuam na APS.

Reforça-se a necessidade para continuar a busca de fortalecer a atenção primária, como lugar de fato e de direito para o mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde. Destaca-se como fundamental a ênfase nas medidas educativas em ações de bases territoriais na tentativa de disseminar à sociedade a importância em reorientar os pensamentos relacionados a um modelo assistencial cujo enfoque privilegie mais do que a centralização na doença e na cura. Torna-se imperioso e essencial que, além da estrutura necessária para o funcionamento dos serviços de APS, haja uma mudança do modelo assistencial hegemônico para um modelo pautado na vigilância à saúde e na integralidade da atenção à saúde, como um compromisso e responsabilidade com a saúde populacional.

Reconhece-se o papel dos serviços de saúde no desenvolvimento de estratégias para efetivar a descentralização de ações de controle de TB no contexto da APS e possibilitar o desenvolvimento de novas práticas que melhorem os indicadores de controle, diagnóstico e cura da doença. Por conseguinte, recomenda-se que sejam adotados mecanismos de gestão capazes de ampliar a capacidade resolutiva da APS, promovendo a prestação dos serviços adequados ao usuário e assegurando a atenção à saúde da população.

No que diz respeito à enfermagem, sabe-se que esta tem grande relevância e responsabilidade no desenvolvimento das ações de controle de tuberculose no contexto da APS, uma vez que é o enfermeiro quem geralmente está envolvido nas atividades desenvolvidas em busca do diagnóstico e controle da TB na Atenção Primária no Brasil, bem como no acompanhamento do doente de TB durante a vivência de todo o processo.

O enfermeiro é o facilitador, articulador e executor de diversas ações, principalmente no que diz respeito ao acolhimento do usuário no SS, viabilizando a acessibilidade; no acompanhamento do doente em tratamento, encaminhando-o para realização de exames ou esclarecendo dúvidas junto ao mesmo e à família; na realização de ações e medidas que se referem ao contexto sociocultural em que o doente está inserido, do qual é fundamental ter conhecimento para atuar de forma efetiva; na participação em atividades de vigilância epidemiológica; ou no treinamento dos agentes comunitários de saúde para realização de ações como busca ativa de sintomáticos respiratórios, realização de coleta de escarro e supervisão no tratamento. Enfim, é fundamental que o enfermeiro e a equipe de saúde assumam o compromisso em viabilizar o desenvolvimento das ações de controle de TB na APS, com vistas a executar as metas apontadas pelo Pacto pela Saúde e pela Vida.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.409-417. Rio de Janeiro, 2007.

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo.** 2005. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto: Um estudo seccional (2006-2007).** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2008.

ASSIS, E. G. **A coordenação da assistência ao doente de tuberculose: percepção de diferentes atores, 2007.** 104 f.. [Dissertação]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

BARREIRA, Draurio; GRANGEIRO, Alexandre. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, supl.1, 2012 .

BATAIERO, M. O. **Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde.** [Dissertação de mestrado]. São Paulo, 2009. 249p.

BERGEL, F. S.; GOUVEIA, N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.6, p.898-905, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Séries Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.4, 2006a, 60p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, 22/02/2006. **Pacto pela Saúde 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). DATASUS, 2011. Acesso em: 09/11/2011.

_____. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus: Sistema de informações da Atenção Básica [acesso em set. 2010]. Informações de Saúde. **Informações epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSRN.def>

_____. Ministério da Saúde [Internet]. Datasus. Informações de Saúde. **Informações demográficas e socioeconômicas**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprn.def> Acesso em: 01/09/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de Controle de Tuberculose. **Informe técnico de tuberculose: Novo sistema de tratamento da tuberculose para adultos e adolescentes no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 08p.

_____. Ministério Da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, outubro, 1996.

BRUNELLO, M. E. F., et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paulista Enfermagem**, v.22, n.2, p.176-82, 2009.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Perfil de pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. **Revista Panamericana Infectologia**, v.9, n.4, p.30-35, 2007.

CAMPINAS, L.L.S.L.; ALMEIDA, M.M.M.B. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Boletim de Pneumologia Sanitária**; v.12, n.3, 2004. p.145-154.

CERVO, A L.; BERVIAN, P.A **Metodologia científica**. 4ed. São Paulo: Makron Books, 1996, 90p.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. ACESSIBILIDADE: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.584-590, outubro, 2010.

COSTA, J. S. D. et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.409-415, abr-jun, 1998.

FERNANDES, J. D. **O Ensino de Enfermagem e de Enfermagem Psiquiátrica no Brasil**. Salvador, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Bahia,1993.

FERREIRA, A.A.A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n.2, 2005, p.142-9.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. **Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde - Campina Grande/PB, Brasil (2007)**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2008.

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

GAZETTA, C.E. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, a partir das notificações da doença em um hospital escola (1993-1998). **Pulmão RJ**, v.12, n.3, p.155-162, 2003.

GONÇALVES, H., et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos Saúde Pública**. v. 15, n.4, p. 777-787, out-dez 1999.

HABIBULLAH, S.; SADIQ, A.; ANWAR, T.; SHEIKH, M.A. Diagnosis delay in tuberculosis and its consequences. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v.20, n.3, p.266- 269, 2004.

HAIR JUNIOR, J.F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2, 2004.

HIJJAR, M.A, et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.41, supl.1, p.50-58, 2007.

HIJJAR, M.A.; OLIVEIRA, M.J.P.R; TEIXEIRA, G.M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim Pneumologia Sanitária**, v.9, n.2, p.9-16, jul-dez, 2001.

HINO, P. et al. Padrões espaciais da tuberculose associados a um indicador adaptado de condição de vida no município de Ribeirão Preto. In: VILLA TCS, RUFFINO-NETTO A. (org.) **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Editora FUNPEC, 1ª edição, Ribeirão Preto, p.84-90, 2009.

HINO, P., et al. Série histórica da mortalidade por tuberculose no Brasil (1980-2001). **Revista Latino-americana Enfermagem**, v.15, n.5, set-out, 2007.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

LAFAIETE, R. S. et al. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí /RJ. **Escola Anna Nery** (impr.), v.15, n.1, p.47-53, jan-mar, 2011.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-

Americana da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10)

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

MACHADO, A. C. F. T., et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.37, n.4, p.512-520, 2011.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**: Texto para discussão no 787. Ministério do planejamento, orçamento e gestão, IPEA: Brasília, 2001, 22p. ISSN 1415-4765.

MARCOLINO, A. B. L., et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.2, p.144-157, 2009.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAÚJO, L. M.; GOMES, K. R. O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piri-piri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.1, p.7-14, 2005.

MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. Atheneu, São Paulo, 2006.

MENDES, E.V. A descentralização do Sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Ed. HUCITEC, 2ª. Ed., 1999.

MENDES, E.V. **A atenção primária no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **O SUS que temos e o SUS que queremos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS, Brasília: CONASS, 2004. Disponível em:
<<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>>. Acesso em: 07/09/2010.

MENEZES, A. M. B. et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.1, n.1, 1998.

MONROE, A. A. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MONROE, A. A., et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.262-267, 2008.

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

MUNIZ, J. N., et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.315-321, 2005.

NATAL. Secretaria municipal de saúde. (RE)desenhando a rede de saúde da cidade do Natal. Natal-RN, 2007. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-297.html> Acesso em 18/09/2010.

NOGUEIRA, J. A., et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.2, p.207-16, 2011.

OLIVEIRA, M. F. **Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços saúde do município de Ribeirão Preto - SP (2006-2007)**. 137 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

OLIVEIRA, M. F. et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.4, p.898-904, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global tuberculosis control : epidemiology, strategy, financing : WHO report 2009**. Geneva, 2009. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf Acesso em 07/09/2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. 46ª Sesión del Comité Directivo. 57ª Sesión del Comité Regional. **Estrategia Regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015**. Washington DC, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce136-17-s.pdf> Acesso em 31/08/2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487p.

RAVIGLIONE, M. C. Evolution of who policies for tuberculosis control, 1948-2001. **The Lancet.**, v. 359. n. 9308, p. 775-780, Mar, 2002.

RAVIGLIONE, M.C. The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015. **Bull World Health Organ**, v. 85, n. 5, p. 327-327, 2007.

RIO GRANDE DO NORTE. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Secretaria do Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Programa Estadual de Controle de Tuberculose**. Rio Grande do Norte, 2010.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf Epidemiol SUS**.V. 10, n.3, p. 129-38, 2001.

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

SÁ, L.D., et al. Tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p.712-718, out-dez, 2007.

SÁ, L. D., et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,v.19, n.2, mar-abr, 2011.

SÁNCHEZ, A. I. M. **O tratamento diretamente observado “DOTS” e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo - São Paulo**. 2007. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v. 41, Supl. 1, p.89-94, 2007.

SANTOS, M.A.P.S. et al. Risk factors for treatment delay In pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v.5, n.25, 2005.

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

SELIG, L. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, n.4, jul-ago, 2004.

SILVA, V. A. **Avaliação das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande-PB**. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, Campina Grande, 2011.

SILVA, A. T. P.; MONTEIRO, S. G.; FIGUEIREDO, P. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extrapulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.9, n.1, p.11-14, São Paulo, jan-fev, 2011.

SOUSA, M.F. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidade. **Divulg. saúde debate**, v.21, p. 7-14, dez. 2000.

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

STORLA, D. G.; YIMER, S.; BJUNE, G. A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**, v.8, 2008, 8:15. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/15>

TEIXEIRA, Gilmaro M. O controle da tuberculose e a saúde da família. Perspectivas de uma parceria. **Bol. Pneumol. Sanit.**, vol.8, n.2, dez.2000. p.3-4.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa

Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. J Bras Pneumol. V.34, n.3, p.159-166 2008.

VILLA, T.C.S. et al. As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006a, p.29-47.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: WHO; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008**. Geneva: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Stop TB Strategy**. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: WHO, 2006. 24 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa **A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: a visão do doente**, que é coordenada pela Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a efetividade das ações de controle de tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde da atenção básica, a partir da visão do doente. Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) aos seguintes procedimentos: responderá a uma entrevista que será audiogravada caso você permita, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, mas serão ainda mais minimizados a partir do cuidado e compromisso do pesquisador. Todos os dados serão manipulados em sigilo e assumimos o compromisso de não disponibilizarmos para outras pessoas.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: poderão ser oferecidos subsídios para a formulação de políticas públicas em saúde destinadas à atenção à sua saúde e de toda a sua comunidade, quanto à garantia da efetividade de ações de controle de TB nos serviços de saúde que você frequenta, contribuindo com o planejamento, organização, monitoramento e avaliação desses serviços; bem como possibilitarão o resgate de informações importantes nos diferentes tipos de serviços para subsidiar o planejamento e execução de ações de controle da TB no município.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Rejane Maria Paiva de Menezes, no

endereço do Departamento de Enfermagem da UFRN, no Campus Universitário, s/n, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP 59078-970, ou pelo telefone (84)3215-3837.

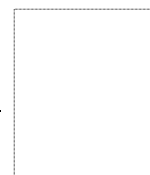
Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP 59072-970, ou pelo telefone (84) 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: a visão do doente.**

Participante da pesquisa:

Assinatura



Pesquisador responsável:

Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes
Docente do Departamento de Enfermagem da UFRN
Endereço: Campus Universitário, s/n, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59078-970

Comitê de Ética - UFRN
Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova.
Caixa Postal 1666, CEP 59072-970, Natal/RN
Telefone/Fax: (84) 3215-3135

.....

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ilma. Sr(a). _____
Secretário(a) Municipal de Saúde

O objetivo desta é solicitar a Vossa Senhoria autorização para realizar uma investigação científica intitulada “**A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A VISÃO DO DOENTE**”, coordenada pela Professora Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o objetivo de coletar informações que subsidiem este estudo junto a instituições dos seguintes tipos: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família do Município de Natal/RN.

Declaro que as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e acadêmicos, sendo respeitados os aspectos éticos e legais. Portanto, solicito a sua permissão para o acesso a essas unidades de Natal, locais onde ocorrerá o preenchimento do instrumento junto ao portador de tuberculose que frequenta cada serviço.

Outrossim, registra-se ainda que esta investigação faz parte de uma pesquisa de Mestrado acadêmico da Mestranda Illa Dantas Cirino, tendo sido o projeto de pesquisa submetido a uma Banca de Qualificação em 1º de outubro de 2010. Além disso, ressalta-se que a investigação só terá início após aprovação do Comitê de Ética da UFRN. Desde já, agradeço a atenção dispensada ao assunto.

Eu, _____, autorizo a realização do estudo “A efetividade das ações de controle da tuberculose na Atenção Básica em Saúde: a visão do doente” nas respectivas Unidades de Saúde, bem como a divulgação e publicação dos resultados.

Natal/RN, __/__/____

Secretário(a) Municipal de Saúde

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes
Orientadora

ANEXOS



UFRN – MESTRADO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE- REDE
BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE (GEOTB/REDE TB)

INSTRUMENTO DOS DOENTES DE TUBERCULOSE
EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Número do questionário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ___/___/___
Digitador: _____	Data da digitação: ___/___/___
Local da coleta: _____	Local da coleta: _____
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
Recusa da entrevista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificar: _____	

A. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO DOENTE DE TB

1.	Iniciais: _____								
2.	Sexo: 1- <input type="checkbox"/> Feminino 2- <input type="checkbox"/> Masculino								
3.	Idade: _____								
4.	Endereço Completo: _____								
5.	Raça/Cor	1 <input type="checkbox"/> Branco	2 <input type="checkbox"/> Negro	3 <input type="checkbox"/> Pardo	4 <input type="checkbox"/> Amarelo	5 <input type="checkbox"/> Indígena			
6.	Crença ou religião	Sem religião 1 <input type="checkbox"/>	Católica 2 <input type="checkbox"/>	Evangélica 3 <input type="checkbox"/>	Espírita 4 <input type="checkbox"/>	Umbanda/Candomblé 5 <input type="checkbox"/>	Outras _____ 6 <input type="checkbox"/>		
7.	Até que série o(a) Sr(a) estudou?	Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/>		1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (completo) 3 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental (incompl.); 4 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5 <input type="checkbox"/>		
		Ensino Médio (incompleto) 6 <input type="checkbox"/>		Ensino médio (completo) 7 <input type="checkbox"/>		Ensino superior (incompleto) 8 <input type="checkbox"/>		Ensino superior (completo) 9 <input type="checkbox"/>	
8.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	Desempregado(a) 1 <input type="checkbox"/>	Empregado(a) 2 <input type="checkbox"/>	Autônomo 3 <input type="checkbox"/>	Do lar 4 <input type="checkbox"/>	Estudante 5 <input type="checkbox"/>	Aposentado 6 <input type="checkbox"/>	Afastado 7 <input type="checkbox"/>	
9.	Qual a renda mensal da família? _____			10.	Número de pessoas que dependem dessa renda: _____				
11.	O local onde o(a) Sr(a) vive é:	1 <input type="checkbox"/> Casa		2 <input type="checkbox"/> Instituição (asilar/ abrigo)			3 <input type="checkbox"/> Morador de rua		
12.	Zona	Urbana 1 <input type="checkbox"/>		Rural 2 <input type="checkbox"/>					

B. EFETIVIDADE DOS MODELOS DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE QUE ATUAM COMO PORTA DE ENTRADA PARA O DIAGNÓSTICO DE TB:

13. PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE PROCURADO PELO DOENTE DE TUBERCULOSE:

13.a. <input type="checkbox"/> Unidade com PCT	13.c. <input type="checkbox"/> Pronto atendimento	13.e. <input type="checkbox"/> Hospitais	13.g. <input type="checkbox"/> Consultório Particular
13.b. <input type="checkbox"/> UBS	13.d. <input type="checkbox"/> UBS/PACS	13.f. <input type="checkbox"/> USF	

B.1. ACESSO (Vamos falar sobre o primeiro serviço que o(a) senhor(a) procurou quando começou a sentir-se doente de TB)

14.	Com que frequência o(a) senhor(a) procurou o serviço mais perto de sua casa?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
15.	Com que frequência o(a) senhor(a) procura este serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
16.	Com que frequência o(a) senhor(a) achou fácil conseguir uma consulta neste serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
17.	Quantas vezes o(a) senhor(a) precisou procurar este serviço de saúde para conseguir uma consulta?	<input type="checkbox"/> 1- 5 ou mais vezes	<input type="checkbox"/> 2- 4 vezes	<input type="checkbox"/> 3- 3 vezes	<input type="checkbox"/> 4- 2 vezes	<input type="checkbox"/> 5- 1 vez
18.	Com que frequência consegue uma consulta neste serviço de saúde em menos de 24 horas?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre

19.	Com que frequência este serviço abre nos fins de semana?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
20.	Com que frequência este serviço está aberto após as 18:00 horas?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
21.	Com que frequência o(a) senhor(a) demorou mais de 60 minutos para ser atendido para consultar?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
22.	Com que frequência o(a) senhor(a) teve dificuldade de se deslocar (distância a ser percorrida) até o SS?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
23.	Com que frequência o(a) senhor(a) teve dificuldade para obter transporte para o deslocamento até o SS?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
24.	Com que frequência o(a) senhor(a) precisou utilizar transporte motorizado para ir até o SS?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
25.	Com que frequência o(a) senhor(a) gastou dinheiro com o transporte para ir até a SS?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
26.	Com que frequência o(a) senhor(a) teve que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido neste serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
27.	Com que frequência o(a) senhor(a) perde o turno de trabalho para consultar neste serviço?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
28.	Com que frequência o(a) senhor(a) é bem tratado pelos profissionais de saúde deste serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
B.2. ELENCO DE SERVIÇO.						
29.	Com que frequência o(a) senhor(a) recebeu a visita de algum profissional deste serviço na sua casa? (Foi busca ativa?)	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
30.	Com que frequência o serviço de saúde pediu algum exame?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
31.	Com que frequência o serviço de saúde tinha os equipamentos (exames) necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
32.	Com que frequência o(a) senhor(a) teve dificuldade na realização de exames no serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
33.	Com que frequência o(a) senhor(a) conseguiu entregar o exame no serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
34.	Com que frequência o(a) senhor(a) recebeu o resultado de exame neste serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
35.	Com que frequência demora o recebimento do resultado de exame neste serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
B.3. COORDENAÇÃO						
36.	Com que frequência o(a) senhor(a) foi encaminhado deste serviço de saúde para outro serviço para realização de exames?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
37.	Com que frequência o(a) senhor(a) foi encaminhado deste serviço de saúde para outro serviço para obtenção de medicamentos?	<input type="checkbox"/> 1- sempre	<input type="checkbox"/> 2- quase sempre	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- nunca
B.4. DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE						
38.	Local do Diagnóstico da Tuberculose	<input type="checkbox"/> Unidade com PCT	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> Hospitais		
		<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> UBS /PACS	<input type="checkbox"/> USF		
		<input type="checkbox"/> Consultório Particular				
39.	O diagnóstico de TB foi realizado neste primeiro serviço de saúde procurado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Suspeita de TB		
40.	Após ir ao primeiro serviço de saúde quantos dias demorou para ser diagnosticado?	___ dias				

C. EFETIVIDADE DOS MODELOS DE ATENÇÃO A TUBERCULOSE QUE ATUAM NAS AÇÕES DE CONTROLE E TRATAMENTO DE TB:	
C.1. ACESSO (Vamos falar sobre o serviço de saúde onde o(a) senhor(a) faz o tratamento da TB.)	
41.	Com que frequência o(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste serviço de saúde? <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
42.	Quantas vezes o(a) senhor(a) precisa procurar este serviço de saúde para conseguir uma consulta? <input type="checkbox"/> 1- 5 ou mais vezes <input type="checkbox"/> 2- 4 vezes <input type="checkbox"/> 3- 3 vezes <input type="checkbox"/> 4- 2 vezes <input type="checkbox"/> 5- 1 vez
43.	Com que frequência o(a) senhor(a) consegue uma consulta neste serviço de saúde em menos de 24 horas? <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
44.	Com que frequência este serviço abre nos fins de semana? <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
45.	Com que frequência este serviço abre após as 18:00 horas? <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
46.	Com que frequência o(a) senhor(a) demora mais de 60 minutos para ser atendido para consultar? <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
47.	Com que frequência o(a) senhor(a) vem ao serviço de saúde realizando o trajeto da moradia até serviço de saúde? <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
48.	Com que frequência o(a) senhor(a) tem dificuldade de se deslocar (distância a ser percorrida muito extensa) até o SS? <input type="checkbox"/> 1- sempre <input type="checkbox"/> 2- quase sempre <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- nunca
49.	Com que frequência o(a) senhor(a) tem dificuldade para obter transporte motorizado para o deslocamento até o SS? <input type="checkbox"/> 1- sempre <input type="checkbox"/> 2- quase sempre <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- nunca
50.	Com que frequência o(a) senhor(a) precisa utilizar transporte motorizado para ir até o SS? <input type="checkbox"/> 1- sempre <input type="checkbox"/> 2- quase sempre <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- nunca
51.	Com que frequência o(a) senhor(a) gasta dinheiro com o transporte para ir até a SS? <input type="checkbox"/> 1- sempre <input type="checkbox"/> 2- quase sempre <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- nunca
52.	Com que frequência O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido neste serviço de saúde? <input type="checkbox"/> 1- sempre <input type="checkbox"/> 2- quase sempre <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- nunca
53.	Com que frequência o (a) senhor perde o turno de trabalho para consultar neste serviço? <input type="checkbox"/> 1- sempre <input type="checkbox"/> 2- quase sempre <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- nunca
C.2. ELENCO DE SERVIÇOS	
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu tratamento de TB?	
54.	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
55.	PPD <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
56.	Exame para HIV/AIDS <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
57.	Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
58.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
59.	Cestas básicas ou vale-alimentação <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
60.	Vale-transporte <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
61.	Informações sobre a TB e seu tratamento <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
62.	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde) <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
63.	Visitas domiciliares durante o tratamento <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
64.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre
65.	Participação em grupos de doentes de TB na unidade de saúde <input type="checkbox"/> 1- nunca <input type="checkbox"/> 2- quase nunca <input type="checkbox"/> 3- às vezes <input type="checkbox"/> 4- quase sempre <input type="checkbox"/> 5- sempre

66.	Tratamento supervisionado	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
67.	Medicamentos necessários ao seu tratamento	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
68.	Em sua opinião, com que frequência este serviço de saúde tem os equipamentos (exames) necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
C.3. VÍNCULO (Vamos falar sobre a forma de como o(a) Sr(a). é atendido(a) pelos profissionais de saúde.)						
69.	Com que frequência, quando o(a) senhor(a) vai se consultar, é atendido pelo mesmo profissional?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
70.	Com que frequência, quando o(a) senhor(a) tem alguma dúvida, consegue falar com o mesmo profissional que o atende?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
71.	Com que frequência o profissional entende suas perguntas?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
72.	Com que frequência o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
73.	Com que frequência o profissional dá tempo suficiente para que o(a) senhor(a) fale suas dúvidas?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
74.	Com que frequência o profissional responde suas perguntas de maneira clara?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
75.	Com que frequência o profissional anota suas queixas no prontuário?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
76.	Com que frequência o profissional explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
77.	Com que frequência o profissional pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) está utilizando?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
78.	Com que frequência o(a) senhor(a) é bem tratado pelos profissionais da portaria deste serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
79.	Com que frequência o(a) senhor(a) é bem tratado pelos profissionais de saúde deste serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
C.4. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE DURANTE O TRATAMENTO DO DOENTE DE TB (Profissional de saúde pede informações sobre sua família).						
80.	Com que frequência o profissional pede informações sobre suas condições de vida e da sua família?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
81.	Com que frequência o profissional pede informações sobre doenças da sua família?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
82.	Com que frequência o profissional pergunta se as pessoas que moram com o(a) senhor(a) têm tosse, febre...?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
83.	Com que frequência, quando ficou doente de TB, o profissional entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) senhor(a)?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
84.	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o(a) senhor(a)?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
85.	Com que frequência os profissionais conversam com as pessoas que moram com o(a) senhor(a) sobre sua doença?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
86.	Com que frequência os profissionais conversam com as pessoas que moram com o(a) senhor(a) sobre o seu tratamento?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
87.	Com que frequência os profissionais conversam com as pessoas que moram com o(a) senhor(a) sobre outros problemas de saúde?	<input type="checkbox"/> 1- nunca	<input type="checkbox"/> 2- quase nunca	<input type="checkbox"/> 3- às vezes	<input type="checkbox"/> 4- quase sempre	<input type="checkbox"/> 5- sempre
88.	Quantos dias o(a) senhor(a) demorou para iniciar o tratamento após a ida ao primeiro serviço de saúde procurado?	____ dias				



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

PARECER N° 336/2010

Prot. nº	145/10 CEP/UFRN
CAAE	0162.0.051.000-10
Projeto de Pesquisa	A efetividade das ações de controle da tuberculose na atenção básica em saúde: a visão do doente.
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE Grupo III 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável	Rejane Maria Paiva de Menezes
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Sediadora	Unidades Básicas de Saúde do Município de Natal/RN e Unidades de Saúde da Família
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início: março/10 Término: outubro/11 Arrolamento: Início: dezembro/10 Término: março/11
Revisão ética em	26 de novembro de 2010

RELATO

1. RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença de grande repercussão no contexto mundial atual. No Brasil, o controle é direcionado a Atenção Primária de Saúde por determinação do Ministério de Saúde. Dessa forma, as ações de diagnóstico, controle e tratamento da doença devem acontecer neste contexto. Ainda há muitos entraves que dificulta a realização dessas determinações. Seguindo as etapas propostas para o tratamento, supõem-se a melhoria de alguns indicadores relacionados à doença: taxa e cura, diminuição do abandono e do óbito entre doentes de TB.

Local do Estudo: Unidades de Saúde da família e Unidades Básicas de Saúde do município de Natal-RN.

Objetivo: analisar a efetividade das ações das equipes de saúde no controle da TB no município de natal-RN, sob a visão do doente.

Metodologia:

Sujeitos da pesquisa: doentes de TB em tratamento nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básica de Saúde (UBS)

Critérios de inclusão:

- a. portador de TB;
- b. estar em tratamento em uma Unidade Básica de Saúde;
- c. idade acima de 18 anos e
- d. residir em Natal-RN

Critérios de exclusão: término do tratamento e não frequentar nenhuma Unidade de Saúde de Atenção Básica.

Os sujeitos da pesquisa poderão ser identificados a partir dessas unidades e a coleta dos dados poderá acontecer na unidade (quando esta dispuser de espaço reservado para tal) ou em

PARECER 336/2010 CEP/UFRN

Os dados serão coletados a partir de fontes primárias (entrevistas) e secundárias (sistemas de informação - SINAN, SIAB, DATASUS).

As entrevistas serão coletadas a partir de um instrumento de coletas estruturado baseado no The Primary Care Assessment Tool (PCAT), para avaliar a atenção dada TB no País. O instrumento é dividido em blocos: 1. Informações sócio demográficas do doente de TB e o 2. Efetividade dos serviços de saúde: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação à comunidade e enfoque na família.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

O Trabalho apresenta grande reconhecimento uma vez que a TB constitui uma preocupação mundial e de responsabilidade de todos, reforçando a necessidade de políticas universais e eficazes de controle da doença.

No entanto, seguindo recomendações da Comissão Nacional de Ética em pesquisa – CONEP, elencadas no ofício nº 3285/CONEP/CNS/MS de 21 de outubro de 2010, o pesquisador responsável deverá apresentar a este Comitê declarações das Instituições Sediadoras, hoje denominadas COPARTICIPANTES contendo obrigatoriamente:

- ✓ o conhecimento e cumprimento às normas éticas vigentes no Brasil;
- ✓ garantia de infraestrutura para a realização segura da pesquisa em suas dependências;
- ✓ a leitura e a concordância com o parecer ético da instituição proponente;
- ✓ a autorização de sua realização e assunção da co-responsabilidade, pela realização da pesquisa com a assinatura do responsável institucional.

Entendemos que esse protocolo encontra-se bem instruído e em concordância com as normas e diretrizes propostas na Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Diante do exposto o CEP/UFRN classifica-o na categoria de PROTOCOLO APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).
5. apresentar ao CEP/UFRN declaração das Instituições Coparticipantes seguindo as orientações da CONEP.

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 8 de dezembro de 2010.


Dulce Almeida

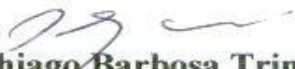
Coordenadora do CEP-UFRN

 <p>PREFEITURA DO NATAL</p>	<p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES Sector de Desenvolvimento Profissional da Educação na Saúde – SDPES</p>	<p>MISSÃO “Nossa missão é servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizados, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana, socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda a população”.</p>
---	--	---

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste, que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a realização de pesquisa científica intitulada “**A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: A visão do doente**”, sob Orientação da Professora Dr^a Rejane Maria Paiva de Menezes nas **Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde**, a ser desenvolvida pela mestrande ILLA DANTAS CIRINO, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, no período de Janeiro a Março/2010. Consideramos que este projeto contribuirá para melhor aprendizagem acerca desse tema. Por isso, estamos autorizando a presença da aluna com os profissionais /usuários da Rede Municipal de Saúde de Natal. A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Natal, 09 de Novembro de 2010.


Thiago Barbosa Trindade
 Secretária Municipal de Saúde do [Natal/ RN

Carlos Fernando P. Bascalar Vianna
 Coordenador Geral de
 Administração e Finanças