



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ**
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde da Família

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE
SOBRAL – CE**

SOBRAL

JUNHO – 2014

JOÃO SÉRGIO ARAÚJO SOARES

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE
SOBRAL – CE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof.^a, Maria Adelane Monteiro da Silva. Dra.

Co-orientador: Prof.^a Maria Socorro Carneiro Linhares. Mestra.

SOBRAL

JUNHO – 2014

Bibliotecária Responsável: Iara Queiroz CRB 3/132

S652a

Soares, João Sérgio Araújo

Avaliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em Sobral – Ce/ João Sérgio Araújo Soares. -- Sobral, 2014. 95 f.

Orientadora: Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Co-orientadora: Ms. Maria Socorro Carneiro Linhares
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú /
Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da
Família da Rede
Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Tuberculose. 2. Atenção Básica. 3. Acesso ao tratamento - Tuberculose.
I. Silva, Maria Adelane Monteiro da. II. Linhares, Maria Socorro Carneiro. III.
Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

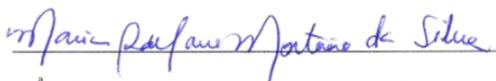
CDD 610

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE
SOBRAL – CE**

João Sérgio Araújo Soares

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 01 de julho de 2014 pela
banca examinadora constituída dos seguintes membros:

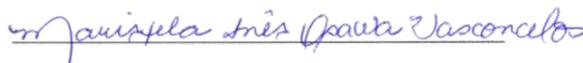
Banca Examinadora:



Prof.^a, Maria Adelane Monteiro da Silva. Doutora

Presidente

RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA



Prof.^a, Maristela Ines Osawa Chagas. Doutora

Primeiro Examinador

RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA



Prof. Vicente de Paulo Teixeira Pinto. Doutor

Segundo Examinador

Universidade Federal do Ceará - UFC

Este trabalho é dedicado a todos os pacientes de tuberculose e aos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família de Sobral.

AGRADECIMENTOS

A Deus, luz de todos nós em todos os momentos.

À minha mãe, grande fomentadora dos meus sonhos e suporte essencial de minha vida.

À minha esposa Amélia e ao meu filho João Artur.

Aos meus irmãos Neto, Orlene, Otalício, Wilton, Marcigleide, Amélinha e Olga.

Às minhas orientadoras Professoras Adelane e Socorro Carneiro. A vocês meu eterno agradecimento e admiração.

Aos componentes da Banca Examinadora (Professor Vicente Pinto e Professora Maristela) por terem aceitado contribuir com nosso trabalho.

Aos bolsistas do Programa PET Vigilância, Izabel, Joyce, Luana, Sammy, Ingrid, Camila, Darlanderson e Eliane pela valiosa contribuição na coleta dos dados.

Aos profissionais gerentes e Enfermeiros (as) dos Centros de Saúde da Família de Sobral.

À Secretaria de Saúde de Sobral por liberar-me do trabalho para participar dos momentos presenciais do curso.

Aos colegas de trabalho, Robério, João Paulo e Juliana pela ajuda nas atividades do trabalho enquanto estava ausente.

Em especial à Nucleadora UVA, à RENASF, à Coordenação do Curso pela oportunidade concedida e a todos os professores que contribuíram para o desenvolvimento do curso de Mestrado.

Pertenço à fase heroica da tuberculose. Foi através dela que construí minha poesia. Não fiz versos por ser poeta.”

Manoel Bandeira.

Febre, hemoptise, dispneia, suores noturnos.

A vida inteira que podia ter sido e que não foi:

tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

Diga trinta e três.

Trinta e três, Trinta e três... Trinta e três.

Respire...

O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo

e o pulmão direito infiltrado.

Então, Doutor, não é possível fazer um PNEUMOTÓRAX?

Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Manoel Bandeira – Poema

PNEUMOTÓRAX.

SOARES, João Sérgio Araújo. **Avaliação do Acesso ao Diagnóstico e ao Tratamento da Tuberculose nos Serviços da Atenção Básica de Sobral – CE, 2014.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2014.

RESUMO

Introdução - A tuberculose é uma doença que atinge a humanidade desde tempos remotos e tem agente causador conhecido, o *Mycobacterium tuberculosis*. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada e que entre 5 e 10% das pessoas infectadas irão desenvolver a doença ao longo da vida (WHO, 2007). **Objetivo** - Avaliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica de Sobral em 2013, na percepção de gestores, enfermeiros (as) e pessoas com tuberculose. **Metodologia** - Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa. Na coleta de dados utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), de Starfield (2002), validado no Brasil por Almeida e Macinko (2006). Villa e Ruffino Netto (2008) adaptaram para a atenção à tuberculose. 117 sujeitos participaram da pesquisa. Utilizou-se o software IBM SPSS 20 para o cálculo das médias das respostas de cada categoria de sujeitos que podiam variar de 1 a 5. A partir das médias das respostas, foram estabelecidos os intervalos e parâmetros (Menores que 3 = Regular; Entre 3 e 4 = Bom; Maiores que 4 = Ótimo), para avaliar os indicadores. Deu-se ênfase também, na percepção individual das categorias a partir das opções de respostas das questões que formaram cada indicador. **Resultados** - Os resultados mostraram que a maioria dos sujeitos da categoria pacientes era do gênero masculino com menos de oito anos de escolaridade, na faixa etária produtiva, baixa renda e moradia própria. A de gestores de saúde era formada por 80% de mulheres com mais de quatro anos de experiência profissional. A de enfermeiros (as) tinha 93,7% de mulheres e mais de 80% delas possuía quatro anos ou mais de experiência profissional. Os indicadores: Tempo de demora em conseguir consulta nas Unidades de Saúde; Pacientes possuem dificuldades de deslocamento até US para receber atendimento; Pacientes gastam dinheiro com transporte motorizado para ir a US; Acesso do paciente à consulta médica no prazo de 24 horas quando passou mal por causa do uso da medicação; e Falta de medicamento para tratamento da TB nos últimos 12 meses, foram avaliados como ótimo. Os indicadores número de vezes que o paciente procura a Unidade de Saúde para o diagnóstico de TB; Quantidade de tempo gasto para o paciente receber o diagnóstico de TB; Tempo de espera maior que 60 minutos para receber atendimento em US; Perda de turno de trabalho ou compromisso pelo paciente para consulta em US; Profissionais de saúde que fazem visitas domiciliares aos doentes de tuberculose foram avaliados como bons. **Conclusão** - Pode-se concluir que, embora havendo discordância entre as percepções das categorias em alguns indicadores, de modo geral, os serviços da AB de Sobral possuem condições que favorecem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose. Sugere-se que novos estudos sejam realizados para aprofundamento de outros aspectos da dimensão avaliada.

Palavras-chave: Tuberculose, Atenção Básica, Acesso ao Diagnóstico, Acesso ao Tratamento.

.SOARES, João Sérgio Araújo. **Review of Access to Diagnosis and Treatment of Tuberculosis in the Primary Care Services of Sobral -CE**, 2014. Dissertation (Professional Master in Family Health) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2014.

ABSTRACT

Introduction - Tuberculosis is a disease that affects mankind since ancient times and it has its known causative agent called *Mycobacterium tuberculosis*. It is estimated that one third of the world's population is infected by tuberculosis and between 5% and 10% of infected persons will develop the disease throughout their lives (WHO, 2007). **Objective** - Assess access to diagnosis and treatment of tuberculosis in Sobral Basic Attention in 2013, to the perception of managers, nurses and people with tuberculosis. **Methodology** – It is about an evaluation research with quantitative approach. In data gathering it was used the instrument Primary Care Assessment Tool (PCAT), Starfield (2002), validated in Brazil by Almeida and Macinko (2006). Villa and Ruffino Netto (2008) adapted it to their attention to tuberculosis disease. 117 subjects participated to the research. It was used the SPSS 20 software for calculating the average response for each category of subjects that could range from 1 to 5. From the average response ranges and parameters were established (less than 3 = Regular; Between 3 and 4 = Good, 4 = Larger than 4, Great), to evaluate the indicators. Emphasis was placed also on individual perception of the categories from the questions response options that formed each indicator. **Results** – Results showed that most participants of the patient category were male with less than eight years of schooling, in productive age, low income and home ownership. The category of health care managers was formed by 80% of women over four years of professional experience. The category of nurses had 93.7% of women and more than 80% of them had four or more years of professional experience. Indicators: Delay time in getting consultation at Health Units; Patients have displacement problems up to US to receive assistance; Patients spend money with motorized transportation to go to US; Patient access to medical consultation within a period of 24 hours when he got sick because of medication use; and failure to medicinal product for the TB treatment regimen in the last 12 months, were evaluated as excellent. The indicators number of times the patient seeks Health Unit to the diagnosis of TB; Length of time for the patient to be diagnosed with TB; Standby time greater than 60 minutes to receive assistance in US; Loss of work shift or commitment by the patient for consultation in US; Healthcare professionals who make home visits to tuberculosis patients were evaluated as good. **Conclusion** - It can be concluded although there is disagreement between the perceptions of the categories in some indicators. Generally speaking Sobral AB services have conditions which favor access to diagnosis and treatment of tuberculosis. It is suggested that new studies must be performed to deepening other aspects of assessed dimension.

Keywords: Tuberculosis, Primary Care, Access to Diagnosis, Treatment Acces.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE QUADROS E TABELAS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
LISTA DE SÍMBOLOS	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVO	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
4. PERCURSO METODOLÓGICO.	30
5. RESULTADOS.....	38
6. DISCUSSÃO.....	48
7. CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 Taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes, no Brasil, Ceará e Sobral no período de 2002 a 2012.....	20
Figura 3.1 Dimensões organizacionais e de desempenho da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002). Elaborado pelo autor.....	29

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- Quadro 1. Valores dos escores das médias e parâmetros de avaliação dos resultados dos indicadores da APS. 36.
- Quadro 2. Opções de respostas em cada questão formadora do indicador acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose na APS..... 36.
- Tabela 1. Distribuição do número de sujeitos selecionados e os que efetivamente participaram do estudo, segundo os critérios de inclusão e não inclusão da pesquisa, por categoria de sujeitos, Sobral, Ceará, 2013. 38.
- Tabela 2. Distribuição dos pacientes com tuberculose segundo gênero, escolaridade, faixa etária, renda familiar, condição de moradia, Sobral, CE, Brasil, 2013. 40.
- Tabela 3. Distribuição dos gestores de saúde segundo o gênero e tempo de atuação nas ações de controle da tuberculose, Sobral, CE, Brasil, 2013. 41.
- Tabela 4. Distribuição dos profissionais de saúde segundo o gênero e tempo de atuação nas ações de controle da tuberculose, Sobral, CE, Brasil, 2013. 41.
- Tabela 5. Resultado dos cálculos dos indicadores da dimensão organizacional acesso ao diagnóstico e ao tratamento na percepção de gestores, enfermeiros (as) e pacientes com tuberculose, Sobral, Ceará, 2013..... 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica.
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome.
BCG	Bacilo de Calmét-Guerin.
BK (+)	Baciloscopia Positiva.
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.
CE	Ceará.
CSF	Centro de Saúde da Família.
DNC	Doenças de Notificação Compulsória.
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy.
ESB	Equipes de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
HIV	Human Immunodeficiency Vírus.
WHO	World Health Organization.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IBM	International Business Machines.
ILTB	Infecção Latente de Tuberculose.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
PCAT	Primary Care Assessment Tools.
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose.
PNT	Programas Nacionais de Tuberculose.
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade.
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
SR	Sintomáticos Respiratórios.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde.
TB	Tuberculose.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
US	Unidades de Saúde.
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú.

LISTA DE SÍMBOLOS

N : Número de sujeitos segundo a categoria de participantes.

\bar{X} : Média.

σ : Desvio Padrão populacional.

p : Valor do Teste de *Kruskal-Wallis*.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença que atinge a humanidade desde tempos remotos. Tem agente causador conhecido, o *Mycobacterium tuberculosis*, e com tratamento eficaz disponível há décadas. Ainda assim, seu controle não deixou de ser um desafio, tanto para países desenvolvidos, quanto para países em desenvolvimento.

Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e que entre 05 e 10% das pessoas infectadas irão desenvolver a doença ao longo da vida (BRASIL, 2004).

A cada ano são cerca de nove milhões de novos casos de tuberculose e perto de dois milhões de mortes. Todos os Países do mundo são afetados, porém, 85% dos casos ocorrem na África (30%) e Ásia (55%). Somente a Índia e a China representam 35% (WHO, 2011).

Em média, uma pessoa com tuberculose não tratada contamina uma pessoa por mês, resultando entre 24 e 96 novos infectados por ano. Destes, 10% desenvolverão a doença durante sua vida. Em portadores de HIV/AIDS o risco de desenvolver tuberculose aumenta entre 05 e 15% por ano. Em serviços onde não são seguidas as normas dos Programas Nacionais de Tuberculose (PNT), os pacientes, em muitos casos, são submetidos a tratamentos irregulares, de alto custo, com risco de desenvolver tuberculose multirresistente (OPAS, 2005).

O aumento de linhagens resistentes tem se tornado mais um desafio no enfrentamento da tuberculose, pois contribui para aumentar a proporção de mortes pela doença, dificultando seu tratamento e controle (ROZMAN; SANTO; ROZMAN, 2007). Estas formas de TB não respondem ao tratamento de primeira linha antituberculose padrão com duração de seis meses, podendo levar dois anos ou mais para serem tratadas com fármacos que são menos potentes, mais tóxicos e muito mais caros (WHO, 2013).

A resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos fármacos usados no tratamento da tuberculose pode ocorrer quando os micro-organismos, principalmente as cepas selvagens, desenvolvem mutação decorrente de sua multiplicação contínua, desenvolvendo um número de bacilos geneticamente modificados afetando o local de atuação de determinado medicamento. A este tipo de mutação se denomina resistência natural (ROCHA, 2008). Já a multirresistência é considerada um fenômeno biológico, iatrogênico, resultante de tratamentos mal conduzidos como o uso irregular de medicamentos ou utilização de esquemas terapêuticos de baixa potência (BRASIL, 2006).

No Brasil, a tuberculose faz parte da relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional (BRASIL, 2011).

Para a notificação destas doenças, é utilizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O sistema objetiva realizar a coleta, transmissão e disseminação de dados gerados de forma sistemática pelos Sistemas de Vigilância Epidemiológica dos estados, municípios e união, utilizando uma rede informatizada para apoiar o processo de investigação e dar suporte à análise das informações de vigilância das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2008).

Em função do seu recrudescimento, principalmente em países emergentes, a OMS passou a considerar a tuberculose como uma emergência mundial. A partir de 1993, 22 países foram classificados como prioritários para o desenvolvimento de ações de controle da doença por serem responsáveis por 80% dos casos no mundo. O Brasil é um dos integrantes desta lista, ocupando a 17^a posição em número de casos novos (WHO, 2009).

Entre os anos de 1990 e 2012, observa-se uma queda acentuada na taxa de incidência da tuberculose no Brasil. Em 1990 a taxa de incidência era de 51,8 casos por 100 mil habitantes. Em 2012 caiu para 36,1. No período analisado, todas as regiões do país seguiram a mesma tendência. A região Norte diminuiu de 72,1 para 44,7; a Nordeste de 61,5 para 35; a região Sudeste de 48,7 para 38,6; o Centro Oeste de 41,7 para 23,9 e a Sul de 36,8 para 31,9 casos por 100 mil habitantes. Em 2012 as cinco maiores taxas de incidência foram registradas nos Estados do Amazonas (68,3), Rio de Janeiro (65,1), Pernambuco (49,6), Rio Grande do Sul com (44,7), Acre e Pará ambos com 44,4. Nesta lista, o Ceará ocupa a sétima colocação com 39,4 casos por 100 mil habitantes, a segunda maior taxa do Nordeste, atrás apenas de Pernambuco (BRASIL, 2013).

Quanto ao número de casos novos registrados, os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul e Pernambuco foram os que mais registraram casos em 2012. Neste mesmo ano, no Ceará, foram registrados 3.388 casos novos de tuberculose, fazendo do Estado o oitavo em número de casos no País (BRASIL, 2013).

Seguindo as orientações da OMS, em 1996, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose no Brasil. Neste plano foi recomendada a implantação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS). Esta estratégia foi formalizada em 1999 como a principal medida do PNCT para que o país atingisse as metas pactuadas para controlar a doença. A estratégia DOTS é composta pelos seguintes elementos: compromisso político com a implementação e sustentabilidade do programa de controle da tuberculose; detecção de casos por meio de baciloscopia de escarro entre sintomáticos

respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde; tratamento padronizado, de curta duração, diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução para todos os casos com baciloscopia de escarro positiva; provisão regular de medicamentos tuberculostáticos; sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa (BRASIL, 2013b).

Para ampliar e fortalecer a Estratégia DOTS, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose busca se articular com outros programas do governo, privilegiando a descentralização do atendimento para a Atenção Básica com vistas a ampliar o acesso das populações com maior risco de contrair a tuberculose (BRASIL, 2013).

Outra estratégia importante utilizada pelo PNCT para fortalecer o controle da doença se deu com a criação de critérios que classificam os municípios como prioritários, com base na situação epidemiológica da doença em seus territórios, direcionando-lhes maior atenção.

Para um município ser considerado prioritário, este deve obedecer a pelo menos uma das seguintes características: ser capital de estado; ter população maior ou igual a 100 mil habitantes; possuir taxa de incidência de todas as formas de tuberculose superior a 80% da taxa nacional, sendo que tais critérios podem ser mudados se for necessário (BRASIL, 2011).

No Brasil são 181 municípios classificados como prioritários pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. No estado do Ceará, oito municípios são definidos como prioritários para o controle da tuberculose, segundo parâmetros epidemiológicos definidos pelo Ministério da Saúde, são eles: Caucaia, Crato, Fortaleza, Maranguape, Itapipoca, Sobral, Maracanaú e Juazeiro do Norte. Em 2011, esses municípios responderam por 67% dos casos da doença no Estado (CEARÁ, 2013).

No caso de Sobral, o município atende a dois dos parâmetros mencionados: possui população acima de 100 mil habitantes e taxa de incidência de todas as formas de tuberculose maior que 80%.

Atualmente o PNCT faz parte da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). É executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado à uma política de programação das ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo a distribuição gratuita de medicamentos e de outros insumos necessários. As ações preventivas e de controle do agravo são enfatizadas, garantindo o acesso universal da população a esse conjunto de ações (BRASIL, 2008).

Para avaliar a qualidade das ações estratégicas propostas, o PNCT utiliza indicadores que necessitam ser acompanhados pelas três esferas de governo. Estes são classificados como indicadores de impacto e de resultado.

Os indicadores de Impacto são aqueles relacionados ao objetivo geral do programa e podem ser avaliados após um longo espaço de tempo, por sofrerem influência de outros fatores externos as atividades de controle da tuberculose. São exemplos de indicadores de impacto do PNCT a taxa de incidência de tuberculose; taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera e taxa de mortalidade por tuberculose. Os *Indicadores de Resultado* são aqueles relacionados diretamente aos objetivos específicos e podem ser avaliados logo após a realização de todas as atividades relacionadas àquele objetivo. São exemplos de indicadores de impacto do PNCT a proporção de sintomáticos respiratórios examinados dentre os estimados; proporção de contatos de casos de tuberculose examinados entre os registrados; proporção de casos de tuberculose testados para HIV; proporção de coinfeção TB/ HIV; proporção de casos de tuberculose curados; proporção de casos de tuberculose curados com comprovação bacteriológica; proporção de casos de tuberculose que abandonaram o tratamento; proporção de casos de tuberculose com encerramento óbito; proporção de casos de tuberculose que realizaram tratamento diretamente observado; proporção de baciloscopias positivas entre aquelas realizadas para o diagnóstico de sintomáticos respiratórios; proporção de casos novos de tuberculose pulmonar que realizaram baciloscopia de escarro; proporção de casos de tuberculose confirmados bacteriologicamente; proporção de casos de retratamento que realizaram o exame de cultura; proporção de casos de retratamento de tuberculose; proporção de casos de tuberculose com encerramento informado; proporção de casos de tuberculose com HIV em andamento; proporção de casos de tuberculose registrados do SINAN em tempo oportuno, entre outros (BRASIL, 2011a).

Todos estes indicadores possuem metas estabelecidas com parâmetros específicos. Seus resultados são dependentes em grande parte, da qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes da atenção básica à saúde no acompanhamento dos casos.

É fato que muito se tem feito para controlar a tuberculose no Brasil. As diversas estratégias historicamente implantadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose contribuíram para a diminuição da incidência da tuberculose no país. A promoção e a proteção à saúde da população, a prevenção de doenças, de agravos à saúde e de fatores de risco e a garantia de acesso à assistência são objetivos centrais dos sistemas e serviços de saúde.

A criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi pensada para fortalecer a atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, reorganizando um modelo por meio da ampliação do acesso e pela qualificação das ações nesse nível de atenção, reforçando a sua atuação nas ações da promoção da saúde, com forte base na reorientação das práticas dos

profissionais de saúde, norteadas pela universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, princípios constitucionais do SUS e entre outras ações (BRASIL, 2005).

Neste cenário, a Atenção Básica desempenha papel fundamental para o controle da tuberculose por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o intuito de desenvolver uma atenção integral indutora de mudanças na situação de saúde e na autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Deste modo, deve-se entender a Atenção Básica como o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde.

As unidades básicas de saúde são as estruturas de referência da Estratégia Saúde da Família. Os diferentes profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica/Saúde da Família têm importante papel e contribuição nas ações de Vigilância em Saúde. Suas atribuições específicas estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica. A PNAB recomenda que as Unidades Básicas de Saúde devam ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem para desempenharem papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012b).

A principal atribuição da atenção básica para o controle da tuberculose deve se basear nas medidas de prevenção. Estas incluem a vacinação com Bacilo de *Calmette Guérin* – BCG, o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB e o controle de contatos, além do diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura (BRASIL, 2011b). Estas medidas devem ocorrer por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR), com a oferta e provimento de meios para realização e acesso aos exames e medicamentos necessários; atendimento dos casos por profissional habilitado, com registro e início do tratamento em tempo oportuno; com o seguimento dos casos confirmados e de seus comunicantes, obedecendo ao protocolo de acompanhamento de casos de tuberculose.

Para possibilitar que as ações da atenção básica sejam executadas de forma adequada, os municípios e o Distrito Federal devem possuir Unidades Básicas de Saúde (UBS) providas de infraestrutura, baseadas em normas sanitárias do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

De acordo com este manual, em áreas urbanas e rurais, as UBS devem ter infraestrutura física e de pessoal composta por:

1. Consultórios médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;
2. Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS) sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros;
3. Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012c, p: 35-37).

Nas unidades básicas com programa de controle da tuberculose implantado é necessário que estas possuam materiais e equipamentos, como: negatoscópio, mesas, cadeiras, arquivos, balança de adulto, esfigmomanômetro, estetoscópio, potes para coleta de escarro, medicamentos específicos, impressos padronizados (evolução, exames, encaminhamentos, atestados, entre outros), cartazes, álbum seriado, panfletos, livros para registros dos sintomáticos respiratórios e de doentes em tratamento, ficha de acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose, controle de contatos, da tomada diária da medicação, controle dos casos em tratamento da infecção latente da tuberculose, boletim de transferência, entre outros (BRASIL, 2011).

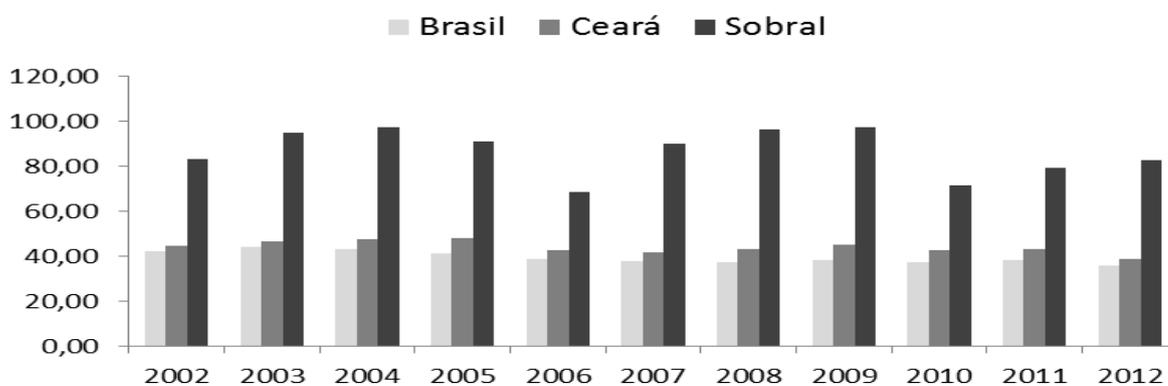
Considerando a situação epidemiológica da tuberculose no município de Sobral e, tendo como pressuposto de que a Atenção Básica desempenha relevante papel para o controle deste agravo, este estudo se propôs a investigar *como gestores, profissionais de saúde e pacientes com tuberculose avaliam o acesso ao diagnóstico e ao tratamento oferecido pelos serviços da Atenção Básica no referido município.*

1.1 Justificativa e Relevância

Historicamente a tuberculose é considerada um sério problema de saúde no município de Sobral. Em função disso, passou a ser classificado pelo Ministério da Saúde como um dos municípios prioritários no estado do Ceará que necessita de ações efetivas para o controle da mesma.

Como se pode observar na *figura 1.1*, a taxa de incidência de tuberculose em Sobral vem se mantendo elevada e acima da média nacional e estadual.

Figura 1.1 Taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes, no Brasil, Ceará e Sobral, período de 2002 a 2012*.



Fonte: DATASUS/SINANWEB *Dados de 2012 atualizados em 20/03/2013, sujeitos à revisão.

As ações de vigilância, busca ativa, diagnóstico, tratamento oportuno e adequado de todos os casos são fundamentais para o controle da tuberculose e são medidas que possibilitam a quebra da cadeia de transmissão da doença.

Em Sobral, a organização da rede de atenção à saúde está estruturada para a continuidade do cuidado e com definição de hierarquização dos serviços. No modelo, a atenção básica à saúde inicia como sendo o primeiro ponto da rede e os Centros de Saúde da Família (CSF) são as unidades estratégicas para atendimento da população nesse primeiro nível de atenção.

Todos os CSF de Sobral possuem ações do programa de tuberculose implantadas. Estando, portanto, habilitados a desenvolverem as atividades que são propostas pelo PCNT, visando o controle da doença.

Apesar das ações de controle da TB implantadas nas unidades da atenção básica de Sobral, os indicadores epidemiológicos da doença se mostram insatisfatórios, quando comparados aos parâmetros desejáveis pelo PNCT.

A persistência da doença em Sobral pode estar relacionada com fontes ativas de transmissão, ou seja, casos na comunidade que não foram diagnosticados. Esta possibilidade se justifica pela experiência do autor frente ao monitoramento da incidência anual dos casos. O que se vem observando é, a cada ano, o número de casos novos diagnosticados chega a ser superior ao estimado, tendo como base a estimativa de sintomáticos respiratórios que devem

ser avaliados anualmente.¹ Ainda dessa experiência, observa-se que as Equipes de Saúde da Família não conseguem examinar todos os sintomáticos respiratórios estimados, podendo se relacionar com a ausência de ações educativas que visem à orientação da população sobre os sinais e sintomas da doença da tuberculose ou a insuficiência de estratégias de busca ativa dos casos sintomáticos.

Enfim, reconhece-se que há lacunas de como e quais as condições em que, efetivamente as Equipes de Saúde da Família desenvolvem as ações necessárias para o controle da tuberculose no município de Sobral, principalmente no que diz respeito àquelas que facilitem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

É consenso que a definição de saúde assegurado na Constituição Nacional constitui-se em um direito de cidadania e deve ser garantido pelo Estado, onde a universalidade da atenção deve se orientar a partir da formulação de um modelo social ético e igualitário que busque pela inclusão social e solidariedade humana (ARAÚJO et al, 2003).

Logicamente que para se atingir tal conceito assegurado pela Carta Magna, condições básicas devem ser criadas com a finalidade de garantir o acesso da sociedade a este direito. Entretanto, na literatura, o termo acesso se mostra controverso com variáveis que influem na sua correta delimitação.

Acesso é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Apesar das divergências, predomina a visão de que o acesso relaciona-se a características da oferta de serviços. O uso de serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele. Fatores individuais predisponentes e contextuais também influenciam o uso. Observa-se uma tendência de ampliação do escopo do conceito de acesso, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços (uso) para os resultados dos cuidados recebidos. O acesso é visto pelo seu impacto na saúde e dependerá também da adequação do cuidado prestado (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p: 197.).

Mesmo apresentando tal variedade de acepções conceituais, e ao mesmo tempo guiadas pelas possibilidades que estas definições podem produzir, acredita-se que ao se investigar como gestores de saúde, enfermeiros (as) e pacientes, avaliam como se dá o acesso ao diagnóstico e ao tratamento dos casos de tuberculose na Atenção Básica, poder-se-á contribuir para o aprimoramento da gestão do sistema de saúde local, identificando as fragilidades e/ou potencialidades existentes na rotina de atendimento à população, permitindo, assim, a

¹ De acordo com parâmetros de estimativa anual de casos, 1% da população se consagra como Sintomático Respiratório e, portanto, deve ser examinado. Desse grupo, 7% tem diagnóstico de tuberculose (Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil) Ministério da Saúde.

elaboração de planos estratégicos que visem à melhoria da qualidade da atenção prestada à saúde, bem como contribuir para a melhoria dos indicadores do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.

2 OBJETIVO

Avaliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica à Saúde do município de Sobral em 2013, na percepção de gestores, enfermeiros (as) e pessoas com tuberculose.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Avaliação: Evolução histórico-conceitual

A avaliação é uma atividade antiga e faz parte da própria formação do homem enquanto ser social. A literatura mostra que a definição do termo/atividade avaliação assume caráter polissêmico, cada um com as características ou interesses da corrente teórica que a formulou.

Logo, encontrar um conceito abrangente sobre avaliação é certamente tarefa difícil, principalmente se situarmos esta atividade dentro de um entendimento cientificamente estruturado. Para Paton (1982) *apud* Furtado (2001a), “a avaliação como campo conceitual e de trabalho não está ainda bem definido: o papel do avaliador carece de clareza e os conceitos da área são utilizados de formas diferentes, além do que, são criados frequentemente novos conceitos que redundam numa imensa diversidade terminológica”.

Já Guba e Lincoln (1981) consideram que avaliação resulta de uma combinação entre uma descrição e um julgamento. Miras e Solé (1992) dizem tratar-se de recolher informações e proceder a um juízo de valores, muitas vezes com o sentido de conduzir a uma tomada de decisão.

Avaliação é análise, que quer dizer exame de cada parte de um todo, para conhecer sua natureza, suas proposições, suas funções, suas relações. E ainda, no campo da Filosofia, a determinação dos elementos que se organizam em uma totalidade, dada ou a construir, material ou ideal (FERREIRA, 1988).

Avaliar segundo Deslandes (1997), é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve, trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência (p: 103-107).

Furtado (2001b) diz que mesmo com toda a diversidade e discordância sobre os aspectos da avaliação, para alguns autores, existe consenso com o fato de que fazer avaliação é emitir valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes.

Avaliar é basicamente emitir um julgamento de valor sobre determinada intervenção ou parte dela, visando à tomada de decisões. A avaliação é uma atividade que deve permitir a

identificação de fatores positivos e de fatores que devem ser modificados em um programa, com o propósito de aumentar suas potencialidades e melhorar a sua performance (BRASIL, 2005).

Avaliar também consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. O julgamento “é o conceito operativo central da avaliação”, que por sua vez, é o que vai diferenciar de fato, a pesquisa avaliativa de qualquer outro tipo de pesquisa (NEMES, 2001).

O julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou da elaboração, a partir de um procedimento científico, (pesquisa avaliativa). Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer os dois tipos de avaliação. Contandriopoulos (1997) conceitua a avaliação normativa como a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, seguindo critérios e normas.

Patton (1997) ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada de “avaliação focada na utilização” inclui na sua definição: a) coleta sistemática de informações sobre as atividades desenvolvidas, suas características e os resultados alcançados pelo programa; b) que o propósito da avaliação seja ou fazer julgamentos sobre os programas, ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

Historicamente são reconhecidas quatro gerações de avaliação. A *primeira geração* tem como característica marcante a mensuração, e como função a avaliação do desempenho de escolares. Foi influenciada pelo crescimento das ciências sociais imbuídas do paradigma positivista das ciências físicas e o surgimento do gerenciamento científico das indústrias. A *segunda geração* é caracterizada pela descrição. Este estágio da avaliação fortaleceu-se nos anos de 1930 e 1940, com o surgimento da avaliação de programas e da necessidade identificada nos EUA de saber como funcionavam, na prática, os currículos escolares, identificar e descrever se o processo atinge ou não os objetivos a que se destina e não apenas de medir os resultados como na primeira geração. A *terceira geração* caracteriza-se pelo julgamento, teve seu marco inicial na década de 1960. Nesta geração a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção, continuando o avaliador a ter a função de descrever e mensurar, tendo também a função de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseado em referências externas. A *quarta geração* surgiu no início da década de 1990, sendo chamada por seus criadores de avaliação construtiva e responsiva. É

caracterizada como uma avaliação inclusiva e participativa sendo feita através de um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada (GUBA & LINCOLN, 1990).

Frias *et al* (2010, p. 45) citam que no campo da avaliação em saúde, Donabedian (1966; 1988; 1990) aborda a questão da qualidade em saúde e formulou um quadro conceitual que possui duas vertentes. A primeira, baseada no que o autor convencionou chamar de modelo sistêmico, abarca os componentes da estrutura, do processo e do resultado. A segunda toma como referência as dimensões ou atributos para definir qualidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade (efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização, e legitimidade).

3.2 Historicidades da avaliação em Saúde no Brasil

Os contornos legais da avaliação em saúde no Brasil se estabelecem com a Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde e no seu artigo 15 nos itens primeiro e terceiro dessa mesma Lei, estabelecem que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população (BRASIL, 2004a).

A avaliação torna-se deste modo parte fundamental no planejamento e na gestão de qualquer sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2004b).

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (IBIDEM, 2005a, p.7).

Logo, a avaliação não é somente demonstração, ela deve ampliar a capacidade do programa/projeto, porque programas com efetividade demonstrada têm maior sustentabilidade. Constitui-se ainda, em dispositivo de produção de informação e fonte de poder para os atores que a controlam, sendo ferramenta de negociação entre interesses múltiplos (BRASIL, 2011).

É importante salientar também que a avaliação constitui-se numa tarefa tão necessária quanto complexa, que requer um investimento, cuidadoso e consistente para a construção de uma série de consensos. Trata-se, portanto não só da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem esta premissa central, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005b).

Não deve ser esquecido que a avaliação deve compreender a qualidade e a satisfação dos usuários dos serviços de saúde, a execução das ações programadas e pactuadas nos sistemas de produção da atenção, dos resultados e do impacto dessas ações e serviços no perfil epidemiológico da população (SCHILLING *et al*, 2006).

Dado a todas estas características, a avaliação a partir do marco regulatório da lei 8080/90, passou a contar com diversas experiências com o intuito de institucionalização da avaliação enquanto instrumento de gestão para a melhoria dos serviços de saúde no Brasil. Isto tomou força no ano 2000 no âmbito do Ministério da Saúde com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) durante seu processo de reorganização interna, sendo então criado o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. Inicialmente denominada de Coordenação de Investigação, a CAA/DAB nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo-se seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país. Sua missão era a de promover a estruturação e implementação de processos de avaliação da atenção básica que permitam monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços da atenção básica, através da utilização sistemática dos sistemas de informação em saúde e de instrumentos que permitam a realização de avaliações normativas da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005c).

Na mesma perspectiva, outras iniciativas de avaliação da Atenção Básica têm sido propostas. Merece destaque as propostas da Avaliação para Melhoria da Qualidade - AMQ (BRASIL, 2005) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Este programa é fruto da negociação e pactuação das diversas instâncias de gestão do SUS e tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional

regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011).

Entretanto, mesmo com a proposta de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica incluído no PMAQ, há pouco para ser avaliado pelo programa no que diz respeito à tuberculose. Entre os 47 indicadores escolhidos e subdivididos em 07 áreas estratégicas, a tuberculose foi contemplada apenas com um indicador de pactuação relacionado ao monitoramento da média de atendimentos de casos de tuberculose.

É muito pouco para uma doença de magnitude tão grande e considerada prioritária para ser controlada. Considera-se que aspectos importantes da Atenção Básica poderiam ser utilizados pelo PMAQ para avaliar qual é a atenção dispensada pelas Equipes de Saúde da Família no atendimento a pessoas com tuberculose.

Desta maneira, com o intuito de ampliar a discussão acerca da avaliação dos cuidados ofertados aos portadores de tuberculose, neste estudo tomam-se como referencial alguns dos preceitos que Starsfield (2002) considera como relevantes e que devem ser observados pelos serviços de Atenção Básica ao prestar cuidados à população por ela atendida.

De acordo com a autora mencionada, a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida aqui pelo autor como Atenção Básica à Saúde, expressão adotada pelo governo brasileiro para designar o primeiro nível de atenção à saúde, possui dimensões organizacionais e de desempenho definidas como princípios estruturais fundamentais para prestar um cuidado de qualidade. São denominadas dimensões organizacionais e de desempenho por apresentar as seguintes características: I - Ser *porta de entrada* do sistema, com capacidade de prestar o primeiro atendimento procurado pelos usuários; II – Permitir *o acesso*, situação que envolve aspectos relacionados à localização, aos horários e dias em que oferece os serviços, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da unidade de saúde em relação à população a qual pretende atender; III – Estabelecer o *vínculo*, entendido como o aspecto relacionado à uma fonte regular e continuada de atenção pessoal, com o desenvolvimento de fortes laços entre profissionais e a comunidade, resultando na mútua cooperação; IV – Elenco de *serviços oferecidos*, ou seja, quais as condições que se estabelecem para que o paciente tenha acesso aos mais variados serviços de atenção à sua saúde, inclusive para os serviços especializados nos outros níveis de atendimento; V - *Coordenação dos serviços*, entendida como a maneira pela qual será garantida a continuidade, seja pelo mesmo profissional que prestou atendimento ou por meio de prontuários, assim como o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos; VI – O

ênfoque na família, compreendido como a consideração que deve ser dada, enfocando o ambiente cotidiano do indivíduo, sem esquecer da avaliação das necessidades de saúde dos indivíduos e das suas famílias; VII - *A orientação para a comunidade*, que implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, devendo este ser conhecido e levado em consideração; VIII – *A formação específica dos profissionais* de saúde, condição que dá capacidade a estes de desempenhar suas funções em consonâncias com as dimensões mencionadas anteriormente (STARFIELD, 2002).

O referencial teórico deste estudo é baseado nos preceitos antes descritos e que estão resumidos na figura abaixo se dando ênfase a dimensão acesso.



Figura 3.1 Dimensões organizacionais e de desempenho da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002).

Elaborado pelo autor.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa. A pesquisa avaliativa visa analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção e pode ser decomposta em seis tipos de análise: estratégica; lógica, da produção; dos efeitos; da eficiência e da implantação (BROUSSELLE *et al*, 2011, p. 54). Bosi *et al* (2007, p. 79) defendem que “a pesquisa avaliativa pode perfeitamente se concentrar na análise de outros aspectos”, (...) “desde que os instrumentos a serem utilizados estejam em consonância com a natureza do objeto a ser avaliado”.

Segundo Minayo (2010), o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática.

4.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em Sobral, município localizado na Região Noroeste do estado do Ceará, distante 220 km de Fortaleza, por via terrestre. Sua economia baseia-se na indústria, tendo também no comércio outra importante fonte de renda. A população do município, segundo o censo do IBGE (2011) é de 190.234 habitantes.

O sistema local de saúde atende aos princípios da hierarquização do SUS, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta para compor a atenção básica, configurando a principal porta de entrada do usuário no sistema. O sistema tem capacidade instalada para prestar serviços da atenção básica, média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. Em 2013, a rede de serviços do município contava com 48 Equipes de Saúde da Família (ESF), 38 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) distribuída em 29 Centros de Saúde da Família (CSF) e 05 unidades de apoio, onde, dependendo de sua localização, perfil social e epidemiológico da população, acompanham 600 a 1.200 famílias, garantindo cobertura assistencial de 93,4% da população do município. Territorialmente, o município é dividido em cinco regiões denominadas de macro áreas, cada uma conta com um profissional com a função de gerenciar as equipes dos seus respectivos

territórios, servindo de interlocutor direto com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde. (SOBRAL, 2014).

4.3 Sujeitos do Estudo

A população do estudo foi constituída por pacientes que fizeram tratamento para tuberculose, enfermeiros (as) que atuam na atenção básica à saúde e gestores de saúde.

4.3.1 Critérios de inclusão e não inclusão da categoria paciente com tuberculose

A categoria paciente com tuberculose foi delimitada obedecendo aos seguintes critérios: a) casos novos de tuberculose diagnosticados entre os meses de julho de 2012 e junho de 2013; b) maiores de 18 anos; c) com situação de encerramento ignorado ou em branco, e alta por cura. Para as entrevistas, não foram incluídos os casos de óbito por tuberculose e outras causas, abandono de tratamento, erro diagnóstico, pacientes que se encontram reclusos e casos de transferência.

A seleção destes critérios foi feita por meio da tabulação do aplicativo Tabwin 3.2. a partir do banco de dados do SINAN-NET da Secretaria de Saúde de Sobral. O número de casos que atenderam aos critérios totalizou 109 pacientes de tuberculose.

A opção por analisar o período descrito baseou-se no fato de se entender que os casos diagnosticados neste intervalo de tempo haviam encerrado o tratamento há menos de um ano. Com isso, acreditou-se que os aspectos relativos à sua condição de saúde no momento do diagnóstico, assim como os relacionados ao atendimento prestado pelos serviços de saúde, ainda permaneciam recentes em suas memórias, possibilitando assim, respostas mais fidedignas durante as entrevistas.

4.3.2 Critérios de inclusão e não inclusão da categoria enfermeiros (as)

Quanto à categoria enfermeiros (as), optou-se por entrevistar aqueles (as) que atuam nos 29 Centros de Saúde da Família de Sobral com mais de um ano de exercício na Estratégia Saúde da Família deste município.

No caso de Sobral, pode-se encontrar até dois enfermeiros (as) por Equipe de Saúde da Família. Já o número de Equipes de Saúde da Família em cada CSF pode variar de uma até cinco, dependendo da sua estrutura física e do número de famílias no território adscrito.

No período do estudo, existiam 85 enfermeiros (as) atuando nas Equipes de Saúde da Família de Sobral. Destes, 78 atenderam aos critérios estabelecidos e 07 não obedeciam. A decisão para entrevistar apenas esta categoria de profissionais como membro da ESF deve-se ao fato de se observar que na realidade local, são os enfermeiros (as) que prestam o primeiro atendimento às pessoas com suspeita de tuberculose, além de disso, fazem também o acompanhamento dos casos durante a maior parte de seu tratamento.

4.3.3. Critérios de inclusão e não inclusão da categoria gestores de saúde

Para a categoria gestores de saúde, o primeiro critério de inclusão adotado foi baseado no desenho de gestão da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Sobral. Este consiste na existência das figuras de um coordenador geral da Atenção Básica, cinco gerentes de macro área e 29 gerentes de CSF.

Para a escolha dos gerentes de CSF, optou-se por entrevistar aqueles que possuíam mais de um ano na função, ficando de fora aqueles que não atendiam a este critério. Dos vinte e nove gerentes de CSF, 09 atenderam ao critério estabelecido. Ressalta-se que no período da pesquisa houve ampla mudança no quadro de gerentes dos Centros de Saúde da Família, fato que contribuiu para um número reduzido destes sujeitos.

No que diz respeito à coordenação da Atenção Básica e aos gerentes de macro área, optou-se por usar apenas o critério de ordem funcional.

Deste modo, dentre as categorias estabelecidas, 202 sujeitos atenderam aos critérios adotados, sendo 109 pacientes de tuberculose, 78 enfermeiros (as), 09 gerentes de CSF, todos os enfermeiros (as), 05 gerentes de macro área, todos também, com formação em enfermagem e 01 coordenadora da AB que possuía a mesma formação.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento (questionário) Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield (2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) para fins de avaliação da atenção básica e, a partir daí, Villa e Ruffino Netto (2008) o adaptaram para a avaliação da atenção à tuberculose, contemplando as oito dimensões da APS - Acesso, Porta de Entrada, Vínculo, Elenco de Serviços, Coordenação, Enfoque Familiar, Orientação para a Comunidade e Formação Profissional. Existem três versões do instrumento, cada uma direcionada para um

tipo de sujeito. Nos instrumentos dirigidos para as categorias de profissionais de saúde e de pacientes com tuberculose, a maioria das perguntas é respondida em escala do tipo *Likert*, com opção de uma única resposta.

À versão direcionada aos pacientes com diagnóstico de tuberculose, estes responderam a questões que abordam os seguintes aspectos: a) informações gerais de identificação; b) informações sociodemográficas; c) situação de saúde do caso de tuberculose; e sobre as dimensões da APS, ou seja: d) porta de entrada; e) acesso ao diagnóstico; f) acesso ao tratamento; g) adesão/vínculo; h) elenco de serviços; i) coordenação; j) enfoque na família; k) orientação para a comunidade.

À versão direcionada aos profissionais de saúde que prestam atendimento a pacientes com tuberculose, as perguntas são semelhantes às voltadas para os pacientes excetuando-se neste caso, questões que abordam a dimensão da APS relacionado à formação do profissional do entrevistado.

A versão dirigida aos profissionais que exercem a função de gestores levanta principalmente os aspectos relacionados à importância dada à tuberculose pela agenda política municipal.

Ressalta-se que os instrumentos sofreram alterações nas três versões para adaptação do presente estudo. Ainda de acordo com o pretendido neste estudo, optou-se por analisar apenas a dimensão organizacional e de desempenho da APS relacionada ao acesso ao diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose atendidos nos CSF de Sobral.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2013 e fevereiro de 2014. As entrevistas aos pacientes com tuberculosos se deram de forma direta, enquanto os gestores e profissionais de saúde responderam a um questionário que lhes foi apresentado.

Para a coleta de dados, definiu-se a seguinte ordem de sujeitos a serem entrevistados: Gestores de Saúde: Optou-se por iniciar a pesquisa com esta categoria de sujeitos por ser a menos numerosa. Esperou-se com isto identificar possíveis pontos positivos ou negativos que pudessem ser potencializados ou corrigidos durante o processo da coleta de dados junto às outras categorias. Todos foram abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa. Neste momento, foram dados os devidos esclarecimentos acerca da pesquisa e entregue o questionário específico para esta categoria de sujeitos. Pactuou-se um prazo de três dias para a devolução do instrumento preenchido;

Profissionais enfermeiros: Estes, assim como os gestores, também foram abordados individualmente e informados dos objetivos da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa receberam o questionário e solicitados à devolução dos mesmos dentro de um prazo de três dias;

Pacientes com diagnóstico de tuberculose: Finalizou-se a coleta de dados com a categoria de sujeitos. Estes foram abordados individualmente durante visitas domiciliares realizadas por um grupo de estudantes bolsistas integrantes do Programa de Educação para o Trabalho - PET/Vigilância. Estes foram devidamente treinados para a aplicação de formulário contendo as questões de pesquisa. Nestes casos, após, esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, os que aceitaram participar foram entrevistados diretamente pelos estudantes, os quais registravam as respostas diretamente no instrumento de pesquisa.

Todos os questionários respondidos receberam uma numeração crescente segundo a categoria de sujeitos para facilitar a codificação e identificação no banco de dados.

4.6 Plano de análise e apresentação dos dados

A partir da dimensão da APS escolhida para avaliação, foram elaborados 10 indicadores baseados nas questões contidas nos instrumentos de coleta de dados, sendo sete deles relacionados ao acesso ao diagnóstico e três relacionados ao acesso ao tratamento, conforme detalhamento a seguir.

4.6.1 Indicadores da dimensão organizacional acesso ao diagnóstico da tuberculose na Atenção Básica

- 1 - Tempo de demora em conseguir consulta nas Unidades de Saúde;
- 2 - Número de vezes que o paciente procura a Unidades de Saúde para o diagnóstico de TB;
- 3 - Tempo gasto para o paciente receber o diagnóstico de TB;
- 4 - Tempo de espera maior que 60 minutos para receber atendimento na Unidade de Saúde;
- 5 - Paciente possui dificuldade de deslocamento até as Unidades de Saúde para receber atendimento;
- 6 - Paciente gasta dinheiro com transporte motorizado para ir a Unidades de Saúde;

7 - Perda de turno de trabalho ou compromisso pelo paciente para consulta na Unidade de Saúde.

4.6.2 Indicadores da dimensão organizacional acesso ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica

1 - Acesso do paciente à consulta médica no prazo de 24 horas quando passou mal por causa do uso da medicação;

2 - Profissionais de saúde fazem visitas domiciliares aos doentes de tuberculose;

3 - Falta de medicamento para tratamento da TB nos últimos 12 meses.

Na tabulação dos dados, foi utilizado o software IBM SPSS 20 – *Statistical Package for the Social Science* para o cálculo das médias das respostas de cada categoria de sujeitos com o apoio de um profissional da estatística.

O valor das médias, segundo a categoria de sujeitos, foi obtido a partir do somatório de todas as respostas dos sujeitos entrevistados divididas pelo total de respondentes. Os valores das médias das respostas encontradas podiam variar entre 1 e 5 conforme o grau de concordância ou discordância dos sujeitos à pergunta realizada.

Também foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar a normalidade das variáveis do instrumento de pesquisa. Os testes de normalidade são usados para determinar se um conjunto de dados de uma dada variável aleatória é bem modelada por uma distribuição normal ou não, ou para calcular se a probabilidade da variável aleatória subjacente está normalmente distribuída.

O teste mostrou que a distribuição das variáveis não era normal. Assim, teve-se que usar o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para todas as variáveis. Este teste mostra se existe alguma média diferente na análise de três ou mais médias. O teste é considerado significativo se apresentar pelo menos uma das médias que seja discordante das outras médias analisadas.

A partir das médias totais das respostas das três categorias de sujeito, foram estabelecidos intervalos numéricos e nomeados conforme a *quadro 1* que serviram de parâmetro na avaliação dos indicadores, tanto por categoria quanto na média geral.

Quadro 1. Valores dos escores das médias e parâmetros de avaliação dos resultados dos indicadores da APS

Valores das médias	Parâmetros de avaliação do indicador
Menores que 3	Regular
Entre 3 e 4	Bom
Maiores que 4	Ótimo

Fonte: Adaptado de (ARCÊNSIO et al, 2011).

Outra estratégia de avaliação empregada foi a que deu ênfase na percepção individual das categorias, baseada nos valores das opções de respostas das questões contidas no instrumento de pesquisa que formaram cada indicador conforme o *quadro 2*.

Quadro 2. Opções de respostas em cada questão formadora do indicador acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose na APS

a) 1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas).
b) 1 - (5 ou mais vezes); 2 - (4 vezes); 3 - (3 vezes); 4 - (2 vezes); 5 - (1 vez).
c) 1 - (5 ou mais semanas); 2 - (4 semanas); 3 - (3 semanas); 4 - (2 semanas); 5 - (1
d) 1 - Sempre; 2 - Quase sempre; 3 - Às vezes; 4 - Quase nunca; 5 - Nunca.
e) 1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre.

Legenda:

- a) Indicador 1 de acesso ao diagnóstico da tuberculose;
- b) Indicador 2 de acesso ao diagnóstico da tuberculose;
- c) Indicador 3 de acesso ao diagnóstico da tuberculose;
- d) Indicadores 4, 5, 6 e 7 de acesso ao diagnóstico da tuberculose; Indicador 3 de acesso ao tratamento da tuberculose;
- e) Indicadores 1 e 2 de acesso ao tratamento da tuberculose.

Os resultados da pesquisa foram apresentados por meio de tabelas e textos descritivos.

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Inicialmente foi enviada uma cópia do projeto à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral com a finalidade de receber autorização para realizar a pesquisa nas estruturas do Sistema Municipal de Saúde recebendo parecer positivo. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Estadual Vale do Acaraú – UVA, com parecer consubstanciado favorável sob n°. 457.165 de 13 de novembro de 2013.

A todos os entrevistados, foi entregue termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) específico para cada categoria de sujeitos, os quais esclareciam todos os seus direitos quanto ao anonimato de suas respostas e respeito aos seus valores morais e de autonomia para se recusarem ou se retirarem da pesquisa quando desejassem, sem que isso causasse nenhum prejuízo para a sua integridade física ou moral.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir dizem respeito à caracterização dos participantes que compuseram as categorias estudadas, à análise e interpretação da percepção dos sujeitos, bem como a classificação de cada indicador da dimensão organizacional, acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose.

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Do total de 202 sujeitos selecionados inicialmente para o estudo, segundo os critérios de inclusão e não inclusão estabelecidos, 117 (58%) deles responderam às questões da pesquisa.

A distribuição do número de sujeitos, por categoria, selecionados inicialmente e que efetivamente participaram do estudo pode ser observada na *tabela 3*.

Tabela 1. Distribuição do número de sujeitos selecionados e os que efetivamente participaram do estudo, segundo os critérios de inclusão e não inclusão da pesquisa, por categoria de sujeitos, Sobral, Ceará, 2013.

CATEGORIAS	Número de sujeitos selecionados inicialmente para a pesquisa	Número de sujeitos que participaram da pesquisa	% de sujeitos que participaram
Paciente de tuberculose	109	54	49,5
Gestores de saúde	15	15	100
Enfermeiros (as)	78	48	61,5
Total	202	117	58

Fonte: Dados compilados pelo pesquisador.

Como descrito na *tabela 3*, somente 54(49,5%) dos pacientes com tuberculose que atendiam aos critérios de inclusão responderam às questões da pesquisa. Foram diversos os motivos que contribuíram para o número final de participantes nesta categoria. Destacam-se as situações em que os sujeitos não foram encontrados em casa, mesmo depois de repetidas visitas domiciliares, as mudanças de endereço, residência em locais que ofereciam risco à integridade física dos entrevistadores, casos que mesmo localizados, se recusaram a participar da pesquisa e aqueles que não possuíam condições de responder ao instrumento de coleta de dados por questões de ordem cognitiva. Mesmo assim, considera-se que a quantidade de

pacientes entrevistados possibilitou representar com fidelidade as informações acerca das dimensões avaliadas.

Por outro lado na categoria gestores de saúde composta por 15 sujeitos, houve 100% de adesão à pesquisa, fato justificado pelo fácil acesso que o pesquisador possuía junto aos sujeitos. Na categoria de profissionais de saúde, (48) 61,5% deles participaram da pesquisa. Neste caso, alguns não responderam por não querer participar da pesquisa, outros por estar de férias ou licença médica, situação que dificultou na localização dos mesmos.

5.2 Características dos pacientes com tuberculose

Na análise das características da categoria pessoas com tuberculose, observou-se que (32) 59% deles eram do gênero masculino e 22(41%) do gênero feminino.

Quanto à escolaridade, observou-se que 07 (13%) dos pacientes com tuberculose não tinham escolaridade; 15 (27%) referiram ensino fundamental incompleto; 02 (3,7%) ensino fundamental completo; 13 (24,1%) tinham ensino médio incompleto; 16 (29,6%) ensino médio completo e 1 (1,9%) possuíam ensino superior.

A faixa etária dos pacientes distribuiu-se da seguinte maneira; 29 (54%) possuíam idade entre 18 e 29 anos, 9 (17%) ficou entre 30 e 39 anos e 16 (29%) entre 40 e 49 anos.

Sobre a renda familiar dos pacientes, observou-se que 4 (7,4%) dos sujeitos relataram não ter renda, 5(9,3%) não tinham renda fixa (renda eventual), 25 (46,3%) tinham renda de até um salário mínimo e 20 (37%) possuíam renda entre um e três salários mínimos.

Com relação às condições de moradia, evidenciou-se que 42 (77,8%) residem em casa própria, 9 (16,7) em casa alugada e 3 (5,6%) moram em casas cedidas.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes com tuberculose segundo gênero, escolaridade, faixa etária, renda familiar, condição de moradia, Sobral, CE, Brasil, 2013.

VARIÁVEIS	N = 54	100%
Gênero		
Masculino	32	59,0
Feminino	22	41,0
Escolaridade		
Sem escolaridade	07	13
Ensino fundamental (incompleto)	15	27
Ensino fundamental (completo)	02	3,7
Ensino médio (incompleto)	13	24,1
Ensino médio (completo)	16	29,6
Ensino superior (completo)	01	1,9
Idade		
18 – 29 anos	29	53,7
30 – 39 anos	09	16,9
40 – 49 anos	16	29,6
Renda familiar		
Sem renda	04	7,4
Sem renda fixa (serviço eventual)	05	9,3
Até 1 salário mínimo (SM)	25	46,3
>1 e até 3 SM	20	37,0
Condição da moradia		
Própria	42	77,8
Alugada	09	16,7
Cedida	03	5,6

Fonte: Dados compilados pelo pesquisador.

5.3 Características dos gestores de saúde

Quanto às informações referentes aos sujeitos da categoria gestores de saúde, observou-se que 3 (20%) deles eram do gênero masculino e 12 (80%) do gênero feminino.

Em relação ao tempo de atuação com ações de controle da tuberculose, observou-se que apenas 1 (7%) dos gestores possui menos de dois anos de experiência, 2 (13%) tinham entre três e quatro anos e 12 (80%) mais quatro anos de experiência.

Tabela 3. Distribuição dos gestores de saúde segundo o gênero e tempo de atuação nas ações de controle da tuberculose, Sobral, CE, Brasil, 2013.

VARIÁVEIS	N = 15	100%
Gênero		
Masculino	3	20
Feminino	12	80
Tempo de atuação nas ações de controle da tuberculose		
(1 a 2 anos)	1	6,7
(3 a 4 anos)	2	13,3
(4 anos ou mais)	12	80

Fonte: Dados compilados pelo pesquisador.

5.4 Características dos (as) enfermeiros (as)

Na categoria enfermeiros (as), observou-se que apenas 6,25% dos entrevistados são do gênero masculino, enquanto que 93,75% são do gênero feminino.

No que diz respeito ao tempo de atuação nas ações e controle da tuberculose, tem-se que 10,5% possuem entre um e dois anos de experiência, 2,0% entre dois e três anos, 6,3% entre três e quatro anos, e a ampla maioria de 81,2% possui mais de quatro anos de experiência.

Tabela 4. Distribuição dos profissionais de saúde segundo o gênero e tempo de atuação nas ações de controle da tuberculose, Sobral, CE, Brasil, 2013.

VARIÁVEIS	N = 48	100%
Gênero		
Masculino	03	6,25
Feminino	45	93,75
Tempo de atuação nas ações de controle da tuberculose		
(1 a 2 anos)	05	10,5
(2 a 3 anos)	01	2,0
(3 a 4 anos)	03	6,3
(4 anos ou mais)	39	81,2

Fonte: Dados compilados pelo pesquisador.

5.5 Análise e classificação dos indicadores relacionados à dimensão Acesso ao Diagnóstico e ao Tratamento da tuberculose

Foram avaliados dez indicadores. Sete relacionados ao acesso ao diagnóstico e três relacionados ao acesso ao tratamento. Destes, observou-se que seis atenderam aos critérios de significância do teste estatístico utilizado no estudo ($p < 0,05$), conforme a apresentação na *tabela 7*.

O indicador *Tempo de demora em conseguir consulta nas Unidades de Saúde* atendeu aos critérios de significância ($p < 0,01$).

Comparando as médias das respostas dos sujeitos, observou-se que houve diferença numérica nos escores do indicador. A média observada nas respostas dos gestores foi 4,8, a dos profissionais de saúde 4,6 e a dos pacientes 4,0. Mesmo diferentes, os valores dos escores mostram que o tempo de demora em conseguir consulta na unidade de saúde pode chegar a dois dias, segundo a opinião das três categorias de sujeitos.

Ainda sobre o indicador acima, observou-se que todos os sujeitos avaliaram como ótimo o tempo gasto para conseguir uma consulta nos CSF, visto que o escore das médias alcançou valores maiores que 4,0. A média total do indicador obteve valor igual a 4,4 sendo, portanto, classificado como ótimo.

O segundo indicador que apresentou significância estatística com valor de ($p < 0,01$) foi o que se refere ao *Número de vezes que o paciente procura o CSF para o diagnóstico de TB*.

Na comparação das médias das respostas, observou-se que houve diferença na opinião dos sujeitos. Gestores de saúde apresentaram médias com valor igual a 3,9, mostrando que para estes sujeitos os pacientes necessitam procurar até três vezes o CSF para obter o diagnóstico de TB. Já o valor da média obtida entre os profissionais foi igual a 4,0, sugerindo que, para esta categoria de sujeitos, os pacientes procuram o CSF até duas vezes para obter o diagnóstico de TB. Já para os pacientes ficou evidenciado de que chegam a procurar até quatro vezes CSF para ter o diagnóstico de TB, visto que a média das suas respostas apresentou valor igual a 2,0.

No que diz respeito à avaliação do indicador, observou-se que a média dos escores de cada categoria demonstra que os gestores avaliam o indicador como bom, os profissionais avaliam como ótimo, enquanto os pacientes avaliam como regular. Na média geral dos escores, o indicador foi classificado como bom obtendo escore de 3,2.

O terceiro indicador com significância estatística ($p < 0,01$) foi o que trata da *Quantidade de tempo gasto para o paciente receber o diagnóstico de TB*.

Sobre a avaliação do indicador acima, observou-se que houve diferença de opinião dos sujeitos. Gestores e profissionais de saúde apresentaram percepções semelhantes, com médias 4,3 e 4,1 respectivamente ao relatarem que o tempo gasto para o paciente receber o diagnóstico de TB não ultrapassa duas semanas. Contudo, os pacientes cujo valor da média alcançou 2,8, consideraram que levaram até quatro semanas para receber o diagnóstico de TB.

No geral, a avaliação do indicador pelos gestores e profissionais de saúde ficou como ótimo, enquanto para os pacientes, regular. Na média geral, o indicador foi considerado bom pelas três categorias de sujeitos.

O indicador *Tempo de espera maior que 60 minutos para receber atendimento no CSF*, não apresentou significância estatística ($p = 0,54$).

As médias das respostas dos sujeitos apresentam valores de 2,9, 3,3 e 3,1 para gestores, profissionais e pacientes, respectivamente. Os gestores acham que quase sempre o tempo de espera no CSF ultrapassa 60 minutos, enquanto que profissionais e pacientes acham que somente às vezes isto ocorre.

Na avaliação individual a categoria gestores avalia o indicador como regular com escore 2,9, enquanto profissionais e pacientes avaliam como bom, com escores 3,3 e 3,1 respectivamente. Na média geral as três categorias de sujeitos avaliam o indicador como bom (3,2).

O quarto indicador que busca saber se o *Paciente possui dificuldade de deslocamento até o CSF para receber atendimento*, apresentou significância estatística com ($p < 0,01$).

Comparando as médias das respostas de profissionais de saúde e gestores, observou-se que os resultados são semelhantes com média igual a 3,9. Já os pacientes com média de 4,5, referem que quase nunca têm dificuldade de deslocamento até o CSF. A média geral das três

categorias alcançou escore de 4,1 evidenciando que os pacientes quase nunca tem dificuldade de deslocamento ao CSF.

No que diz respeito à avaliação geral do indicador, os escores são iguais para os gestores e profissionais de saúde atingindo um valor de 3,9, ou seja, as duas categorias avaliam o indicador como bom. Na avaliação dos pacientes o indicador alcança um escore de 4,5, ou seja, o escore é avaliado como ótimo. Pela média geral todas as categorias avaliam o indicador como ótimo, com escore de 4,1.

Outro indicador com significância estatística ($p < 0,01$) questiona se os *Pacientes gastam dinheiro com transporte motorizado para ir ao CSF*.

Comparando as médias das respostas, concluiu-se que houve diferenças de opiniões entre os sujeitos quanto a esta questão. Gestores e profissionais de saúde apresentam resultados semelhantes com escores de 3,5 e 3,8 respectivamente. Ambos acreditam que os pacientes quase sempre gastam dinheiro para ir ao CSF. Entretanto, opondo-se ao que pensam estes sujeitos, a média das respostas dos pacientes com escore de 4,5 demonstra que eles quase nunca gastam dinheiro com transporte para ir ao CSF. Neste aspecto, fica evidente a discordância nas percepções das categorias de sujeitos quanto ao indicador.

Na análise individual das médias, gestores (3,5) e profissionais de saúde (3,8) consideram o indicador como bom, e os pacientes (4,5) avaliam o indicador como ótimo. A média final indica que todos os sujeitos consideram o indicador ótimo (4,1).

O indicador *Perda de turno de trabalho ou compromisso pelo paciente para consulta na US* não apresentou significância estatística ($p = 0,38$).

Comparando as médias das respostas, constatou-se que os gestores com escore 2,8, acreditam que quase sempre os pacientes precisam perder algum turno de trabalho ou compromisso para conseguir atendimento, enquanto os profissionais de saúde, escore 3,1, e pacientes, escore 3,3, dizem que isso às vezes ocorre. Na média geral dos escores, as três categorias concebem que às vezes perdem seu turno de trabalho ou compromisso com consultas no CSF.

Com base na média de cada categoria, observou-se que os gestores avaliam o indicador como regular enquanto profissionais de saúde e pacientes avaliam como bom. Na média geral o indicador obteve escores 3,1, sendo, portanto, avaliado como bom.

Na dimensão acesso ao diagnóstico foram avaliados três indicadores. Destes, observou-se que dois atenderam aos critérios de significância do teste estatístico, ou seja, apresentaram o valor de $p < 0,05$.

O primeiro indicador avaliado foi o que trata do *Acesso do paciente à consulta médica no prazo de 24 horas quando passa mal por causa do uso da medicação*. Este indicador não apresentou significância estatística ($p = 0,74$).

Comparando as respostas conclui-se que não houve diferença significativa entre as médias dos sujeitos. Observou-se que todos os sujeitos têm e acreditam que, quase sempre o paciente consegue atendimento médico no prazo de 24 horas quando passa mal por causa do uso da medicação. Os escores das médias por categorias foram 4,3 para os gestores, 4,5 para os profissionais e 4,1 para os pacientes.

Por ter apresentado médias acima de 4,0 as três categorias avaliam individualmente o indicador com ótimo. Na avaliação geral com média final e igual a 4,2, as três categorias avaliam o indicador como ótimo.

Outro indicador avaliado foi o que procurou saber se os *Profissionais de saúde fazem visitas domiciliares aos doentes de tuberculose*. Este indicador apresentou significância estatística com valor de $p < 0,02$.

Na análise das médias das repostas observou-se que os gestores apresentaram escore igual a 4,4, os profissionais de saúde média igual a 3,8 e os pacientes 3,2. Como isso, verificou-se que houve divergência na percepção dos gestores, profissionais de saúde e pacientes quanto ao indicador avaliado. Os gestores afirmaram que os profissionais de saúde quase sempre fazem visita aos pacientes. Já profissionais e pacientes afirmam que às vezes estas visitas ocorrem.

Na análise individual do indicador, segundo a categoria de sujeitos, observou-se que gestores avaliam o indicador como ótimo (escore 4,4), enquanto profissionais de saúde e pacientes avaliam como bom (escores 3,8, 3,2, respectivamente). Baseado na média geral observou-se que o indicador foi avaliado como bom pelas três categorias de sujeito (escore 3,6).

O indicador *Falta de medicamento para tratamento da TB nos últimos 12 meses* apresentou significância estatística ($p < 0,01$).

Comparando as médias das respostas dos gestores (escore 3,9), dos profissionais (escore 4,2) e dos pacientes (escore 4,6), concluiu-se que houve diferença nas opiniões dos sujeitos quanto ao indicador. Os gestores defendem que às vezes chega a faltar medicamento, enquanto os profissionais e pacientes defendem que quase nunca falta medicação.

Quanto à avaliação do indicador, os gestores consideram-na como boa (escore 3,9), enquanto profissionais de saúde e pacientes avaliam-na como ótima, com escores iguais a (4,2). Pela média final dos escores, o indicador a avaliou como ótima, valor (4,4).

Tabela 5. Resultado dos cálculos dos indicadores da dimensão organizacional acesso ao diagnóstico e ao tratamento na percepção de gestores, enfermeiros (as) e pacientes com tuberculose, Sobral, Ceará, 2013.

Indicadores de acesso ao diagnóstico da tuberculose	Gestores (N=15) $\bar{X} \pm \sigma$	Profissionais de Saúde (N=48) $\bar{X} \pm \sigma$	Pacientes (N=54) $\bar{X} \pm \sigma$	Média Total	p
1 - Tempo de demora em conseguir consulta nas Unidades de Saúde. ^a	4,8±0,6	4,6±1,1	4,0±1,5	4,4 ^z	<0,01*
2 - Número de vezes que o paciente procura a US para o diagnóstico de TB. ^b	3,9±0,8	4,0±1,1	2,3±1,4	3,2 ^y	<0,01*
3 – Quantidade de tempo gasto para o paciente receber o diagnóstico de TB. ^c	4,3±1,0	4,1±1,2	2,8±1,6	3,6 ^y	<0,01*
4 - Tempo de espera maior que 60 minutos para receber atendimento na US. ^d	2,9±0,9	3,3±0,8	3,1±1,7	3,2 ^y	0,54
5 - Paciente possui dificuldade de deslocamento até US para receber atendimento. ^d	3,9±0,9	3,9±1,0	4,5±1,1	4,1 ^z	<0,01*
6 - Paciente gasta dinheiro com transporte motorizado para ir a US. ^d	3,5±1,1	3,8±1,0	4,5±1,2	4,1 ^z	<0,01*
7 - Perda de turno de trabalho ou compromisso pelo paciente para consulta na US. ^d	2,8±0,4	3,1±1,0	3,3±1,6	3,1 ^y	0,38
Indicadores de acesso ao tratamento da tuberculose					
1 - Acesso do paciente à consulta médica no prazo de 24 horas quando passou mal por causa do uso da medicação. ^e	4,5±0,8	4,3±1,0	4,1±1,2	4,2 ^z	0,74
2– Profissionais de saúde fazem visitas domiciliares aos doentes de tuberculose. ^e	4,4±0,8	3,8±1,1	3,2±1,6	3,6 ^y	0,02*
3 – Falta de medicamento para tratamento da TB nos últimos 12 meses. ^d	3,9±1,1	4,2±0,9	4,6±0,8	4,4 ^z	<0,01*

Legenda:

* Teste de Kruskal-Wallis significativo.

Opções de respostas em cada questão formadora do indicador

- a) 1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas).
 b) 1 – (5 ou mais vezes); 2 – (4 vezes); 3 – (3 vezes); 4 – (2 vezes); 5 – (1 vez).
 c) 1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana).
 d) 1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca.
 e) 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre

Parâmetros de avaliação dos indicadores segundo o valor da média geral.

- x) Médias menores que 3 = Indicador Regular.
 y) Médias entre 3 e 4 = Indicador Bom.
 z) Médias maiores que 4 = Indicador Ótimo.

6 DISCUSSÃO

Na realização deste estudo evidenciou-se a dificuldade em obter a participação de todos os sujeitos inicialmente selecionados. A categoria que apresentou maior número de situações que dificultaram a coleta de dados foi a das pessoas com tuberculose seguida pela categoria profissional de saúde.

Observou-se também que parte dos sujeitos que compõem a categoria pessoas com tuberculose possui condições sociais desfavoráveis. Sabe-se que a tuberculose historicamente possui forte componente de determinação social. A literatura reforça que os pobres e socialmente excluídos enfrentam uma maior exposição a muitas ameaças à saúde, e quando adoecem, são muito menos propensos a receber cuidados adequados à saúde (CAMPOMIZZI, 2008).

Além disso, o uso de drogas e moradias localizadas em comunidades onde o tráfico e a violência parecem ser comuns, entre outras situações, dificulta o acesso dos pesquisadores nestas áreas prejudicando a abordagem de alguns dos sujeitos.

O uso de drogas pelos pacientes tem se tornado um fator complicado para o controle da tuberculose, pois além de contribuir para o surgimento de novos casos, também pode comprometer o seguimento dos casos pela equipe de saúde. Os pacientes tornam-se mais susceptíveis ao abandono do tratamento contribuindo assim, na manutenção da cadeia de transmissão da doença.

Um levantamento feito pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no Hospital Leonor Mendes de Barros, unidade conveniada ao SUS especializada em tratamento de tuberculose no município paulista de Campos do Jordão, interior paulista, mostrou que todos os pacientes atendidos no local tinham histórico de uso de *crack* (ESTADÃO, 2012). No estudo realizado sobre abandono de tratamento em Itapetinga – BA, por Sousa e Cruz (2012), foi constatado que 66,6% dos pesquisados eram etilistas e 77,7%, tabagistas.

Este fato traz à tona uma situação preocupante, pois este tipo de população torna-se vulnerável e exposta ao contágio da tuberculose porque geralmente se alimenta mal, tem hábitos pouco saudáveis, mora em ambientes insalubres e quase sempre não dá continuidade ao tratamento, tornando-se propensa ao desenvolvimento de formas resistentes ao tratamento medicamentoso.

Ao analisar a distribuição dos sujeitos da categoria *pacientes segundo o sexo*, ficou evidente que a tuberculose acomete em sua maioria a população masculina. Os resultados mostraram que 59% dos casos eram do sexo masculino e 41% do sexo feminino. Situação semelhante à observada no estudo realizado em João Pessoa-PB por Silva (2011), no qual os percentuais de casos segundo o sexo foram de 61,4% para o sexo masculino e 38,6% do sexo feminino. Em Minas Gerais, entre 2002-2009 a concentração de casos segundo o sexo foi de 67% em homens e 33% entre mulheres (AUGUSTO *et al*, 2013). Na cidade de Londrina-PR, 68% dos casos de tuberculose ocorreram em homens e 32% em mulheres (GIROTE; BELEI; MORENO; SILVA, 2010), corroborando com os achados deste estudo.

Estes estudos chamam a atenção pelo fato de ser sabido que os homens geralmente procuram menos os serviços de saúde em busca de atendimento do que as mulheres, independente do tipo de doença que estejam portando. Parece que no caso da tuberculose, esta lógica não se sustenta já que o maior número de sujeitos acometidos é do sexo masculino. Tal situação suscita dúvidas quanto à quantidade real de casos nesta população, haja vista que estes sujeitos tendem a postergar a busca por atendimento conforme sustentam (MENTJES *et al*, 2008; BERALDO, 2012).

Quanto à *escolaridade dos sujeitos*, observou-se que a maioria dos pacientes de tuberculose apresenta menos de oito anos de estudo. Cerca de 70% dos sujeitos não tem sequer o ensino médio completo, fato este, observado também nos estudos realizados por (IGNOTTI *et al*, 2007; PAIXÃO; GONTIJO, 2007; VIEIRA; RIBEIRO, 2008) . Isto é preocupante, pois a baixa escolaridade influi diretamente na compressão que os pacientes têm da doença, muitas vezes retardando o diagnóstico e dificultando o seguimento do tratamento.

Em relação à *faixa etária*, a maioria dos casos de tuberculose que compõem a categoria paciente se concentrou na faixa etária entre 18 e 29 anos (53,7%), seguida pela faixa de idade entre 40 e 49 anos (26%), demonstrando deste modo, que a grande parcela da população atingida pela doença se situa em um faixa de idade na qual estão no auge da sua capacidade produtiva e reprodutiva.

Quanto à *renda familiar*, observou-se que mais da metade dos pacientes com tuberculose possuem renda familiar inferior a um salário mínimo. Com isso, fica evidente que TB e pobreza configuram-se numa relação bidirecional, pois tanto a pobreza pode estar relacionada às condições precárias de saúde, como essas podem produzir a pobreza, limitando

as oportunidades de trabalho e de subsistência, formando, assim, um ciclo vicioso que tende a piorar (SANTOS *et al*, 2007a).

Não é novidade que a imensa desigualdade social que ocorre no Brasil historicamente contribua para a manutenção das precárias condições socioeconômicas de grandes massas populacionais. Tais condições favorecem a vulnerabilidade das pessoas às diversas doenças dificultando seu controle. As populações pobres e aqueles grupos sociais em situação de desvantagem sofrem mais doenças e morrem mais cedo do que os mais favorecidos economicamente.

Na investigação da *situação de moradia* dos pacientes, mostrou-se que, a maioria (77,8%) reside em casa própria. Entretanto, esta condição não parece ser preponderante para uma efetiva diminuição da ocorrência de casos de tuberculose. Os aglomerados habitacionais com elevado número de pessoas em convívio comum, aliadas às precárias condições socioeconômicas, tendem a partir da ocorrência de um caso, a conduzir a um aumento na transmissão do bacilo, contribuindo para o aumento da prevalência da infecção por TB e consequente aumento da incidência da doença. (SANTOS *et al*, 2007b).

Quanto à categoria gestores de saúde, esta não apresentou situações que dificultam a participação dos sujeitos na pesquisa. Destaca-se nos resultados do estudo o papel que as mulheres têm desempenhado na liderança dos serviços de saúde e notadamente na gestão em saúde pública.

Observou-se em Sobral uma concentração de sujeitos do sexo feminino (80%) ocupando a função de gestores de saúde. Costa (2007) e Santos (2003) referem que o aumento da presença do sexo feminino assumindo posições de gestão tem ocorrido em função das características relacionadas à empatia, flexibilidade, agilidade, objetividade, resistência às críticas e trabalho em equipe, entre outras que as mulheres apresentam.

No que diz respeito ao *tempo dessa categoria de sujeitos na atuação das ações de controle da tuberculose*, verificou-se que 80% possuem mais de quatro anos de experiência de trabalho, presumindo-se que são conhecedores das rotinas e protocolos existentes para o diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose, sendo capazes também de fornecer as devidas informações à população e desenvolver estratégias de educação em saúde.

Entende-se que a educação em saúde se configura num conjunto de saberes e práticas orientadas à prevenção de doenças e promoção da saúde pelo qual o conhecimento científico

produzido no campo da saúde, por meio dos profissionais de saúde, consiga atingir a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença ofereça subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

No caso dos profissionais de saúde, a dificuldade de obter sua participação evidencia-se por diversas causas como: indisposição de responder ao instrumento de pesquisa, a não devolução de alguns instrumentos no tempo estipulado pelo pesquisador e por alguns profissionais que se encontravam afastados do serviço devido suas licenças para tratamento de saúde.

Este grupo de sujeitos era composto por enfermeiros (as) que atuavam nos CSF, onde se pôde observar que 93,75% eram do sexo feminino. O resultado não surpreende, haja vista que a categoria de enfermagem, ainda hoje, é majoritariamente composta por mulheres.

Quanto ao tempo desses profissionais na atuação das ações de controle da tuberculose, observou-se que 81,2% possuem mais de quatro anos de experiência, o mesmo encontrado na categoria gestores de saúde. Presume-se neste caso, que a maioria dos sujeitos também possua formação acerca do manejo da tuberculose. Sabe-se que a capacitação dos profissionais de saúde assume papel fundamental para o controle da TB e que treinamentos e supervisões contínuas são necessários para identificar as falhas a serem enfrentadas na atenção e/ou na gestão, bem como no aprimoramento das habilidades adquiridas (MONROE *et al.*, 2008).

Quanto à análise das dimensões organizacionais e de desempenho da Atenção Básica, a dimensão avaliada foi a que trata do *acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose*. Esta dimensão foi composta por 10 indicadores, onde sete deles atenderam ao critério de significância do teste estatístico de *Kruskall-Wallis* ($p < 0,05$).

Segundo a literatura, o conceito de acesso aos serviços e de saúde possui uma longa formação conceitual, pois são diversos os fatores que influenciam na sua disponibilidade determinando que ocorram ou não desigualdades no atendimento das demandas em saúde (SANCHES, 2012).

Donabedian (1973) utiliza o termo acessibilidade como sinônimo de acesso e destaca dois pontos inerentes ao termo. O primeiro diz respeito ao aspecto sócio organizacional, e o segundo se refere ao aspecto geográfico. Para o autor, o aspecto sócio organizacional diz respeito à condição social, cultural, educacional ou econômica dos indivíduos. Estes acabam

por influenciar significativamente o acesso à saúde. Já a acessibilidade geográfica diz respeito a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços.

O primeiro indicador tratava do *Tempo de demora em conseguir consulta nas Unidades de Saúde*. Nos resultados apresentados pôde-se observar que gestores, profissionais e gestores fizeram a mesma avaliação acerca do indicador considerando que uma pessoa com sinais e sintomas de tuberculose pode levar até dois dias para conseguir consulta nas unidades de saúde do município. Quanto à avaliação do indicador, as três categorias de sujeitos consideraram como ótimo o tempo que as pessoas gastam para conseguir consulta nas Unidades de Saúde.

É consenso que a identificação precoce dos sintomáticos respiratórios torna-se fundamental para se garantir o diagnóstico de novos casos de tuberculose. A tuberculose nas formas pulmonar e laríngea é classificada como doença de transmissão aérea e que requer medidas administrativas, ambientais e de proteção individual que diminuam o risco de transmissão da doença.

Deste modo, compreende-se que o tempo que os pacientes levam para conseguir uma consulta nos Centros de Saúde da Família de Sobral não corresponde aos critérios de priorização da tuberculose enquanto problema de saúde pública de grande magnitude no município, sendo, portanto, contraditório que as três categorias avalie como ótimo o indicador.

A dificuldade em conseguir consulta numa unidade de saúde pode levar os pacientes a não retornarem ao serviço. Diagnosticar um doente com tuberculose, particularmente um bacilífero (doente que, ao tossir, elimina bacilos no ar ambiente), e tratá-lo corretamente, curando-o, é eliminar uma fonte de infecção. Reduzir as fontes de infecção quebra a cadeia de transmissão da doença e diminui o problema da tuberculose na comunidade.

Para combater esta situação, medidas efetivas devem ser instituídas pelas Equipes de Saúde para diminuir a demora no atendimento e na identificação dos sintomáticos respiratórios nos territórios e Centros de Saúde da Família.

Como exemplos de medidas que podem ser adotadas, cita-se a triagem, método onde o profissional de saúde deve inquirir os pacientes sobre a presença e duração de sua tosse. Além disso, o estabelecimento de um fluxo especial de atendimento dos SR que lhes garanta a realização de exames deve existir em todas as unidades de saúde que admitam pacientes

potencialmente portadores de TB pulmonar ativa (BRASIL, 2011). Isto, certamente pode contribuir para a diminuição do tempo gasto pelos pacientes até conseguirem atendimento e consequentemente possibilita o rápido diagnóstico dos casos.

O segundo indicador avaliado se referia ao *Número de vezes que o paciente procura a US para o diagnóstico de TB*. Os resultados encontrados evidenciaram discordância na percepção dos sujeitos acerca do indicador, principalmente no que diz respeito ao número de vezes que o paciente procura a CSF. Porém, mesmo não sendo consenso quanto ao número, todos afirmam uma quantidade elevada de vezes que o paciente necessita procurar a Unidade de Saúde para receber o diagnóstico de tuberculose. Chamou a atenção no resultado da avaliação final do indicador a partir da média geral, a condição de que, mesmo com o intervalo de tempo prolongado que as categorias relataram, ainda assim, o indicador foi avaliado como bom.

Sabe-se que existem vários métodos que podem ser utilizados para se diagnosticar a tuberculose. Segundo a OMS, o método prioritário e de baixo custo para a realização do diagnóstico da tuberculose é a baciloscopia de escarro, ou método de pesquisa de *Bacilo-Ácido-Álcool-Resistente (BAAR)* (WHO, 1999).

Alguns estudos têm identificado a ocorrência de situações que criam dificuldades para o diagnóstico da tuberculose. Estes estão principalmente ligados à falta de condições adequadas que visem à melhoria na oferta da baciloscopia. (NOGUEIRA *et al.*, 2007). Além disso, ocorrem também falhas na sua operacionalização, que são resultado da falta de insumos e de condições materiais para a realização e conservação das amostras além de logística deficitária para o envio do mesmo ao laboratório (MARCOLINO *et al.*, 2009).

Em Sobral, a baciloscopia de escarro é amplamente disponível no município e possui boa retaguarda laboratorial. Paralelamente, possui também, uma estratégia já consolidada que inclui não só a disponibilização de insumos, mas também um profissional motoboy à disposição do Programa Municipal de Controle da Tuberculose. Este fica responsável pelo recolhimento e transporte das amostras de material das unidades de saúde para o laboratório, logo que as Equipes de Saúde da Família informam a existência dessas amostras.

Todas as amostras recolhidas nos CSF são analisadas e os laudos liberados em até 24 horas. Este tempo está condizente com as diretrizes do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, nas quais estabelece dentre outras, que se garanta o resultado da baciloscopia em

até 4 horas nos serviços de urgência e emergência e 24 horas na rede ambulatorial (BRASIL, 2004).

Neste contexto, considera-se que os resultados da análise deste indicador causaram dúvidas ao autor, visto que em Sobral é prioridade da gestão do sistema de saúde garantir a celeridade na coleta, transporte e liberação dos resultados das baciloscopias não condizentes com os resultados da pesquisa. Pressupõe-se que, em algum momento do processo instituído, possa ter ocorrido alguma falha, fazendo com que a percepção dos sujeitos seja de resultado insatisfatório para o indicador.

Outro pressuposto é o de que mesmo com uma estrutura logística e laboratorial respondendo às demandas de baciloscopias do município, outros fatores ligados à atenção dos profissionais de não suspeitar que o paciente possa ser portador de tuberculose, também podem contribuir para que o paciente retorne repetidas vezes ao serviço de saúde sem ser adequadamente abordado, levando ao atraso no diagnóstico da sua doença.

No terceiro indicador que trata da *Quantidade de tempo gasto para o paciente receber o diagnóstico de TB*, também se observou diferenças nas opiniões dos sujeitos. As percepções de gestores de saúde e profissionais de saúde foram semelhantes quando defendem que o tempo gasto para receber o diagnóstico de tuberculose pode levar no máximo duas semanas. Já os pacientes tiveram a percepção de que levam até quatro semanas para receber o diagnóstico da doença. No geral, os sujeitos avaliaram o indicador como bom.

Neste indicador, ficou evidente a diferença na percepção de gestores, profissionais e pacientes. Alguns autores defendem que esta diferença pode estar ligada a diversos fatores como a desinformação dos pacientes, pouco domínio do conhecimento sobre a tuberculose pelos profissionais de saúde, ausência de investimento em uma política de saúde pública organizada e a dificuldade dos pacientes em terem acesso aos serviços de saúde e a realização de exames, contribuindo para o retardo no diagnóstico da tuberculose (RUFINO-NETO, 2002).

Em relação ao tempo adequado para se realizar o diagnóstico de tuberculose, não há uma descrição específica na literatura. No entanto, sabe-se que, quanto mais cedo realizado o diagnóstico ao aparecimento dos primeiros sintomas da doença, maior a possibilidade de sucesso no tratamento. Estudos mostram que em algumas realidades os doentes que optaram procurar atendimento em Unidades de Atenção Primária como primeira escolha para

tratamento, acabaram por obter o diagnóstico de maneira tardia. Não ter conseguido a primeira consulta em 24 horas fez com que o diagnóstico da TB fosse realizado num prazo maior ou igual a 10 dias. Além disso, retornos repetidos ao serviço de saúde em busca do diagnóstico e o encaminhamento para consulta com outro profissional potencializou o diagnóstico tardio (SILVA-SOBRINHO *et al*, 2012).

Estudo realizado em outra realidade epidemiológica revelou que a média do tempo referido pelos pacientes entre a primeira consulta em uma unidade de saúde e o diagnóstico de tuberculose foi de duas semanas, tempo, portanto, inferior ao encontrado em Sobral. Este mesmo estudo revelou que existem alguns fatores que inibem a procura dos pacientes por atendimento médico e dificultam o diagnóstico da tuberculose. Os principais motivos descritos foram: “achar que os sintomas não indicavam nenhuma doença”; “custo para o deslocamento até uma unidade de saúde”; “dificuldade em conseguir atendimento”; “falta de tempo disponível para procurar uma unidade de saúde”; e “achar que melhorariam espontaneamente” (MAIOR *et al*, 2012).

Assim, tomando como perspectiva a opinião dos pacientes, sugere-se que se desenvolvam ações que visem identificar se estes mesmos fatores também estão contribuindo para os resultados apresentados pela Atenção Básica de Sobral.

Identificá-los e corrigi-los pode ser uma maneira de diminuir as disparidades de percepção dos sujeitos e, assim, melhorar a eficiência do atendimento oferecido à população, fortalecendo a importância dos Centros de Saúde da Família como porta de entrada para os casos de tuberculose.

O quarto indicador avaliado na dimensão acesso ao diagnóstico foi o *Tempo de espera maior que 60 minutos para receber atendimento na US*. Na avaliação desse indicado, observou-se que a percepção das categorias de sujeitos também foi discordante. Os gestores acham que quase sempre o tempo de espera no CSF ultrapassa 60 minutos, enquanto que profissionais e pacientes acham que somente às vezes isto ocorre. Pela média geral as três categorias avaliam o indicador como bom.

Conforme a literatura, o acesso é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de Saúde (BRASIL, 2004). Fatores ligados à acessibilidade sócio-organizacional (tempo de espera para a marcação de consultas, realização de exames e

aquisição de medicamentos) e geográfica (distância da casa ao serviço) são considerados atributos essenciais para a garantia da qualidade na atenção básica (HALFOUN *et al*, 2208).

A organização dos serviços é fundamental para o atendimento de populações que necessitam de determinados cuidados e que se garanta a continuidade da atenção. O estreitamento da relação profissionais de saúde/paciente e melhor organização do atendimento diminuem o tempo de espera para a consulta (LIMA *et al*, 2001).

Pode-se concluir que mesmo com a discordância observada entre as categorias, o resultado leva a crer que o tempo de espera por uma consulta nos Centros de Saúde da Família de Sobral não pode ser considerado elevado, corroborando com o resultado da avaliação final do indicador, configurando características de que os serviços da Atenção Básica de Sobral garantem um bom acesso aos pacientes no quesito tempo de espera para receber atendimento.

Outro indicador avaliado na categoria acesso ao diagnóstico tinha o objetivo de saber se o *Paciente possui dificuldade de deslocamento até US para receber atendimento*. Neste indicador ficou evidente a disparidade na percepção entre as categorias de sujeitos. No caso dos gestores e profissionais, estes defenderam que os pacientes têm dificuldade de se deslocarem até o CSF, enquanto os próprios pacientes tem a percepção de que quase nunca tem dificuldade de se deslocarem aos serviços de saúde. Todas as categorias de sujeitos avaliaram o indicador como ótimo.

Sabe-se que o acesso geográfico é um dos fatores que podem interferir no deslocamento dos pacientes aos serviços de saúde. Este é caracterizado pelo tempo de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde e tem estreita relação com o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização. Já o acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento com implicação de custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual (UNGLERT, 1990).

Entende-se que deslocamento também pode sofrer interferências de situações como limitações físicas dos pacientes, ausências de meios de transporte coletivo ou particular que permitam que os pacientes cheguem aos serviços de saúde e até mesmo do interesse que o paciente tem em se tratar.

Se a percepção da categoria paciente for baseada na premissa do acesso geográfico e territorial, infere-se a partir do contexto analisado que os pacientes reconhecem que a maioria

dos CSF de Sobral fica próximo às suas residências e são nelas que devem buscar atendimento, fundamentando ainda mais a premissa de que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2006). Esta proximidade pode ser um dos fatores que aumenta a possibilidade de acesso das pessoas aos serviços de saúde, muito embora, em alguns casos, os pacientes prefiram ser atendidos em unidades de saúde mais distantes de sua residência em função do preconceito que a doença ainda carrega.

O posicionamento dos pacientes em relação ao indicador fortalece a importância dos serviços de Atenção Básica do município Sobral no atendimento às pessoas com tuberculose, já que em outras realidades o principal serviço de saúde procurado por essa população foi o oferecido nas unidades de Pronto Atendimento (MARQUES; LIMA, 2007; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Na avaliação do indicador *Pacientes gastam dinheiro com transporte motorizado para ir a US*, a percepção dos gestores e profissionais foi semelhante. Estes entendem que os pacientes sempre gastam dinheiro com transporte para chegarem às unidades de saúde enquanto que os pacientes acham que quase nunca gastam, ficando deste modo, evidente a discordância nas percepções das categorias de sujeitos quanto ao indicador. Mesmo com a discordância entre as percepções dos sujeitos, a avaliação do indicador foi considerada como ótimo pela média das três categorias.

O fato dos pacientes terem que utilizar transporte motorizado para se deslocar e receber atendimento requer que estes disponham de dinheiro para poder financiá-lo. Isto pode incorrer na dificuldade de acesso aos serviços de saúde e gerar problemas no diagnóstico e na continuidade do tratamento da tuberculose (ARAKAWA *et al*, 2012a).

Mediante aos resultados da pesquisa, em Sobral, pressupõe-se que os pacientes contradizem os gestores e os profissionais de saúde. Estes afirmam que não necessitam dispor de recursos financeiros para a utilização de veículos motorizados e comparecer aos CSF demonstrando que este não é um fator que dificulte o acesso dos mesmos aos serviços de saúde. Infere-se que a percepção dos pacientes está ligada ao fato da cidade de Sobral não ser territorialmente extensa. Além disso, as Unidades de Saúde também estão geograficamente bem posicionadas, fazendo com que as pessoas não necessitem percorrer grandes distâncias em busca de um serviço de saúde.

Quanto ao indicador *Perda de turno de trabalho ou compromisso pelo paciente para consulta em US*, os gestores consideram que os pacientes quase sempre precisam perder turno de trabalho ou compromisso para conseguir atendimento, enquanto que os profissionais de saúde e pacientes dizem que às vezes isso ocorre. Na média geral, o indicador foi avaliado como bom.

A demora no atendimento dos pacientes com tuberculose pode ser resultado de horários incompatíveis com os turnos no emprego, resultando na necessidade de perda do dia de trabalho pelo paciente. A literatura ressalta que a rigidez na rotina de atendimento, por parte dos serviços de saúde, agrava as dificuldades econômicas e sociais vivenciadas pelos indivíduos portadores de TB (DIMITROVA *et al*, 2006).

Os CSF de Sobral funcionam regularmente de segunda à sexta-feira de 07 às 17 horas. Não existem outros horários que possibilitem alternativas de atendimento. Deste modo, a implantação de turnos extraordinários de atendimento, se tornaria medida importante para facilitar o acesso dos pacientes com suspeita ou já em tratamento de tuberculose. Isto certamente teria impacto no diagnóstico de novos casos, numa maior adesão e continuidade do tratamento, diminuindo os casos de abandono e aumento do número de casos curados.

No indicador *Acesso do paciente à consulta médica no prazo de 24 horas quando passou mal por causa do uso da medicação* os resultados indicaram que todas as categorias de sujeitos consideram que neste caso, os pacientes não sofrem qualquer restrição de acesso nas Unidades de Saúde de Sobral. A Avaliação do indicador recebeu conceito ótimo pelos sujeitos.

As reações adversas aos medicamentos são eventos comuns em pacientes em tratamento de tuberculose. Tal situação requer atenção especial por parte da equipe de saúde que acompanha o paciente. A oferta de consultas médicas com facilidade sugere que as unidades de saúde mantêm a regularidade das consultas de controle, garantindo o acompanhamento da evolução do tratamento de TB, e, também, garantem agilidade em situações eventuais, possibilitando o atendimento quando o indivíduo apresenta necessidade (ARAKAWA *et al*, 2012b).

Deste modo, com o resultado da avaliação do indicador, infere-se que as Unidades de Saúde de Sobral oferecem a possibilidade dos sujeitos terem fácil acesso à consulta médica quando necessitam.

Outro indicador avaliado foi o que buscou saber se os *Profissionais de saúde fazem visitas domiciliares aos doentes com tuberculose*. Verificou-se diferença na percepção dos gestores, profissionais de saúde e pacientes quanto ao indicador avaliado. Os gestores afirmam que os profissionais de saúde quase sempre fazem visita aos pacientes. Já profissionais e pacientes afirmam que somente às vezes isto ocorre. Segundo a média final este indicador foi avaliado como bom pelas categorias analisadas.

Uma das ações inerentes às ESF é praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visam propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade (BRASIL, 2011). Deste modo, faz-se necessário que as Equipes de Saúde incorporem nas suas rotinas a estratégia de visitas domiciliares regulares aos pacientes com tuberculose.

A atenção à TB implica lidar com uma doença considerada como condição crônica que exige habilidades específicas para um atendimento diferenciado, por se tratar de uma doença de longa duração, cujo planejamento das ações deve incluir os aspectos socioeconômico-cultural do doente e o estabelecimento de vínculo e corresponsabilidade entre o serviço de saúde, doente e família (OMS, 2003).

Pelos resultados apresentados, infere-se que as visitas domiciliares aos pacientes com tuberculose parece não ser uma atividade rotineira realizada pelas Equipes de Saúde de Sobral, destoando, portanto do que se preconiza para o atendimento adequado das pessoas portadoras desta doença. Isto implica que há falhas na execução desta atividade, prejudicando o acesso dos pacientes a uma atividade fundamental para o controle da tuberculose.

Entretanto, entende-se que a culpa pela não realização regular das visitas domiciliares aos pacientes de tuberculose não pode ser atribuída apenas aos profissionais das equipes da ESF. Em muitas situações, as condições organizacionais e o excesso de atribuições sobrecarregam os profissionais tornando impossível a realização desta atividade.

Estudos mostram que os profissionais das unidades de saúde que possuem número elevado de pacientes com tuberculose e área adstrita extensa, relatam maior dificuldade para a execução de visitas domiciliares para realizar o tratamento diretamente observado no domicílio em função de tempo disponível restrito (GONZALES *et al*, 2008).

A realização de visitas domiciliares exige, dos serviços de saúde, reorganização de suas atividades internas e a existência de estrutura mínima (viatura, motorista e profissional de saúde supervisor), necessária para desenvolver as atividades do tratamento de TB no domicílio do paciente e, ao mesmo tempo, garantir a continuidade das atividades executadas no âmbito do serviço (VENDRAMINI *et al*, 2002).

Conseguir atuar, no entanto, em uma lógica que privilegie assistência centrada no paciente, considerando suas singularidades e sua autonomia frente ao processo terapêutico, pode se tornar tarefa difícil para serviços de saúde com demanda que supera seus recursos e sua estrutura.

Compreende-se que para tornar esta lógica uma realidade, torna-se necessário um sistema de saúde composto por profissionais comprometidos com a causa e acima de tudo, serviços equipados e organizados que possibilitem gerar uma cultura de responsabilidade sanitária realmente efetiva.

Quanto ao indicador *Falta de medicamento para tratamento da TB nos últimos 12 meses* verificou-se que as percepções dos sujeitos foram discordantes. Gestores relatam que às vezes chegou a faltar medicamento. Já os profissionais e pacientes defendem que quase nunca faltou medicação. Estes resultados fizeram com que o indicador fosse avaliado como ótimo pelas categorias de sujeitos.

Mesmo com a discordância observada na percepção dos sujeitos, pela avaliação final do indicador, evidencia-se que a questão da dispensação dos medicamentos para tratamento da tuberculose nos CSF de Sobral parece não ser problema, ocorrendo regularmente, garantindo assim aos pacientes, o acesso às medicações sem que o tratamento sofra interrupções.

Esta condição é importante, pois evidencia que o município põe em prática o que é preconizado pela OMS (1993) ao declarar a tuberculose como uma emergência global em função do seu recrudescimento e sugerir aos seus países membros uma estratégia fundamental para o controle da tuberculose que é a implementação da Estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course). Além de outros componentes, a estratégia DOTS engloba a necessidade dos governos desenvolverem um sistema efetivo de aquisição e distribuição regular de medicamentos.

Por fim, neste estudo, pôde-se evidenciar que os indicadores referentes ao *Tempo de demora em conseguir consulta nas Unidades de Saúde; Paciente possui dificuldade de deslocamento até US para receber atendimento; Pacientes gastam dinheiro com transporte motorizado para ir a US; Acesso do paciente à consulta médica no prazo de 24 horas quando passou mal por causa do uso da medicação; e Falta de medicamento para tratamento da TB nos últimos 12 meses*, tiveram seus resultados avaliados como ótimo. Os indicadores referentes ao *Número de vezes que o paciente procura a US para o diagnóstico de TB; Quantidade de tempo gasto para o paciente receber o diagnóstico de TB; Tempo de espera maior que 60 minutos para receber atendimento em US; Perda de turno de trabalho ou compromisso pelo paciente para consulta em US; Profissionais de saúde que fazem visitas domiciliares aos doentes de tuberculose* foram avaliados como bom.

Deste modo, embora havendo discordâncias nas percepções das categorias de sujeitos acerca de alguns indicadores, encontrou-se nos resultados evidências de que para gestores de saúde, profissionais de saúde e pacientes com tuberculose, os serviços da Atenção Básica de Sobral de modo geral, oferecem condições que favorecem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose a seus usuários.

7 CONCLUSÕES

Defende-se que estudos que visem à avaliação de estratégias existentes e a identificação de novas maneiras de enfrentar a tuberculose, se revestem de grande relevância, pois podem revelar sugestões que contribuam para o controle de uma doença que ainda se constitui em grande problema de saúde pública em diversos lugares no mundo.

Este estudo, não teve a intenção de identificar todos os aspectos relacionados às condições ideais para o controle da tuberculose, o que seria demasiadamente ousado. Assim, reconhece-se que o mesmo apresentou limitações como, por exemplo, a impossibilidade de obter a opinião de todos os sujeitos escolhidos para participar da pesquisa.

Pode-se também considerar como fator limitante, o fato de se ter analisado apenas uma dimensão dentre as sete que compõem a Atenção Básica, posto que outros aspectos que compõem a dimensão acesso, não foram abordados no estudo. Para isso, compreende-se que novos estudos são imprescindíveis para captar com mais amplitude tais aspectos, contribuindo assim para esclarecer outras condições que envolvem a dimensão avaliada. Isto certamente poderá possibilitar a ampliação dos resultados além dos encontrados.

Entretanto, mesmo com tais limitações, observou-se que os resultados encontrados foram capazes de demonstrar de certa monta, aspectos positivos no tocante ao trabalho realizado para o controle da tuberculose pelas Equipes de Saúde da Família do município de Sobral. Porém, parece ser contraditório o fato da avaliação positiva dos serviços não refletir na melhoria dos indicadores do município, demonstrando que ainda há muito para ser feito para efetivamente controlar a tuberculose em Sobral.

Acredita-se que para que isso ocorra, medidas como a efetivação das visitas domiciliares na busca de sintomáticos respiratórios, visando o diagnóstico precoce de novos casos de tuberculose na comunidade, o acompanhamento regular e sistemático dos casos em tratamento, com implantação e efetivação do tratamento diretamente observado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família aos pacientes portadores da doença, devam ser priorizadas.

Outra situação que se defende é a de que a tuberculose, por possuir um forte componente social, passe a ser tratada pela gestão municipal como um agravo verdadeiramente prioritário, assim como já faz com outros agravos. Defende-se como

fundamental, a mobilização do aparato institucional a fim de implementar medidas intersetoriais efetivas que visem uma adequada condução das ações de controle da tuberculose, compreendendo que, no contexto endêmico da doença no município, não se deve deixar a cargo apenas do setor saúde a responsabilidade de combater tão importante agravo.

Considera-se relevante também destacar que o fornecimento regular de insumos, a melhoria nas condições de trabalho e a valorização dos profissionais que atuam nos serviços de Atenção Básica devam se constituir como estratégias contínuas dos gestores do sistema municipal de saúde, a fim de garantir condições adequadas que visem à integralidade no cuidado aos portadores de tuberculose.

Por fim, espera-se que os resultados observados neste estudo possam ser utilizados pela gestão municipal para a melhoria das ações de controle da tuberculose no município de Sobral, fortalecendo assim, as ações positivas que os indicadores avaliados revelaram, e que as ações que foram avaliadas negativamente possam ser revistas e criadas estratégias para que sejam aprimoradas.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface Comum Saúde Educ. 2005; 9 (16):39-52.

ARAKAWA, T; ARCÊNCIO, R.A; SCATOLIN, B.E; SCATENA, L.M; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(4): [09 telas] jul.-ago. 2011.

ASSIS, MARLUCE MARIA ARAÚJO; VILLA, TEREZA CRISTINA SCATENA; NASCIMENTO, MARIA ANGELA ALVES DO. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática.** Ciência & Saúde Coletiva, 8(3):815-823, 2003.

ARCÊNCIO, R.A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M.F.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; SCATENA, L.M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo.** Ver. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(5):1121-7.

AUGUSTO, C.J; CARVALHO, W.S; GONÇALVES, A.D; CECCATO, M.G.B; MIRANDA, S.S. **Características da Tuberculose no Estado de Minas Gerais Entre 2002 e 2009.** Jornal Brasileiro Pneumologia. 2013; 39(3): 357-364.

BERALDO, A.L. **Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionada ao doente, Ribeirão Preto-São Paulo, 2009.** Dissertação de Mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem de Saúde Pública.

BOSI, M.L.M., M.F.J., **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** [Data do acesso: 15/10/2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa nacional de controle da 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**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS; 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Em:

http://www.saovicente.sp.gov.br/concursos_processos/pdf/ACS/Portaria2488_5046-041111_SES-MT.pdf. Data do acesso: 01/06/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: documento técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS - para estabelecimentos de saúde**. Edição 2004/2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. **Projeto MSH. Sistema de vigilância epidemiológica da tuberculose multirresistente**. Boletim nº 1. 1994 – 2006.

_____. Portal da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)**. Em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101. Acesso: 10/04/2013.

_____. Portal da Saúde. **Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2012)**. Em:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mar/25/taxa_incidencia_tuberculose_1990_2012_base_22_02_2013.pdf. Acesso: 09/04/2013.

_____. Portal da Saúde. **Série histórica do número de casos novos de tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano diagnóstico (1990 a 2012).**

Em:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mar/25/casos_novos_tuberculose_1990_2012_base_22_02_2013.pdf. Acesso: 09/04/2013.

_____. Portal da Saúde. **Tuberculose no Brasil e no Mundo.**

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31109. Acesso: 09/04/2013.

_____. Portal da Saúde. **Principais Indicadores da Tuberculose.** Em:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mar/25/site_base_22_02_2013.pdf. Acesso: 10/04/2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde /MS. **Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª edição, Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília – DF 2009.

_____. SVS. **Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2011).**

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/taxa_incidencia_tuberculose_1990_2011_30_05_2012.pdf. Acesso em 24 de nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 2012.

_____. SVS. **Série Histórica da Taxa de Mortalidade de Tuberculose.** Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2010).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios. **2.º Seminário de Gestão Participativa Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I. Rio de Janeiro I.** Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 168 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade.** Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.** Brasília, DF, 2008.

BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.P., HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

CAMPOMIZZI, J.B. **Fatores clínicos e sociais relacionados com o tempo de hospitalização de pacientes com tuberculose na enfermaria de tisiopneumologia do Hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte, no ano de 2008.** Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais.

CEARÁ .**Governo Estado do Ceará. Secretaria da Saúde. Seminário orienta médicos no manejo clínico da tuberculose. 10 de Setembro de 2013.** Disponível em:<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46057-seminario-orienta-medicos-no-manejo-clinico-da-tuberculose>. Acesso: 18 de dezembro 2013.

CONTANDRIOPOULOS A-P, CHAMPAGNE F, DENIS J-L & PINEAULT R. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In Hartz, Z.M.A. (org.). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997.

COSTA, M. T. A. **E Mulher Pode Ser Gestora de Alguma Coisa?** Caderno de Estudos, Ciência e Empresa, v. 4, p. 1-14, 2007.

DESLANDES, S.F. **Concepções em Pesquisa Social: articulações com o Campo da Avaliação em Serviços de Saúde.** Cad. Saúde Publ. Rio de Janeiro, 13(1).103-107, jan-mar.1997. Disponível em: <http://www.who.int/home-page/index.es.shtm>].

DIMITROVA, B.; BALABANOVA, D.; ATUN, R.A.; LEVICHEVA, V.; COKER, R.J. **Health service providers perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia.** Health Policy Plan.2006; 21:265-74. 17

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University, 1973.

ESTADÃO. **Estudo Vincula Novos Casos de Tuberculose a Dependência de Crack**. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,estudo-vincula-novos-casos-de-tuberculose-a-dependencia-de-crack,863095,0.htm>. Acesso: 17 maio de 2014.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, 1988.

FIGUEIREDO, E.N.A. **Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS/UNIFESP. Em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/nidade05/unidade05.pdf. Acessado em 07 fev.2012.

FURTADO, J.P. **Um Método Construtivista para a Avaliação em Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Campinas. 6(1): 165-181, 2001.

GIROTE; S.K.O.; BELEI, R.A.; MORENO, F.N.; SILVA, F.S. **Perfil dos Pacientes com Tuberculose e os Fatores Associados ao Abandono do Tratamento**. Cogitare Enferm. 2010 Abr/Jun; 15(2): 271-7.

GONÇALVES, M.J.F. **Avaliação de Programa de Saúde: O programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil**. Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 3, núm. 1, 2012, pp. 13-17, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.

GONZALES, R.I.C.; MONROE, A.A.; ASSIS, E.G.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. **Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose**. Ver. Esc. Enferm. USP. 2008; 42(4): 628-34.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, **Secretaria da Saúde. Informe Epidemiológico Tuberculose**, março 2011.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

GUBA,E.G. & LINCOLN,Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Beverly Hills:Sage, 1990.

HALFOUN, V.L.R.C.; AGUIAR, O.B.; AGUIR, O.B.; MATTOS, D.S. **Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro**. Rev. bras. educ. méd. 2008; 32(4): 424-430.

IGNOTTI, ELIANE et al . **Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família**. J. bras.pneumol., São Paulo , v. 33, n. 3, June 2007.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós- Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA-COSTA, M.A.; Barreto, S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4): 189 – 201.

LIMA, M.B.; MELLO, D.A.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, W.C. **Estudo de casos sobre abandono de tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil)**. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(4): 877-85.

LIRA, G.V. **Avaliação da Ação Educativa em Saúde, na Perspectiva Compreensiva: O Caso da Hanseníase**. Curso de Mestrado Acadêmico em Educação em Saúde. Fortaleza: Unifor, 2003.

MAIOR, MARINA DE LOUREIRO et al . **Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença**. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 38, n. 2, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132012000200009&lng=en&nrm=iso>.access on 27 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000200009>.

MARCOLINO, A.B.L.; NOGUEIRA, J.N.; RUFFINO-NETTO A.; MORAES, R.M.; SÁ, L.D.; VILLA, T.C.S. **Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.12, n.2, p.144-157, 2009.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.13-19, 2007.

MEINTJES, G.; SCHOEMAN, H.; MORRONI, C.; WILSON, D.; MAARTENS, G. **Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: a cross-sectional study**. BMC InfectDis, London, v.8, n.72, p.01-08, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose**. Belo Horizonte, 2006. 144 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Capítulo 3: Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos**. Editora HUCITEC, São Paulo, 2010.

MIRAS, N. ; SOLÉ, I. **La evaluación de la aprendizaje y la evaluación en el proceso de enseñanza e aprendizaje. Desarrollo psicológico y educación II. Psicología de la educación**. Madrid. Aliança. 1992.

MONROE, A.A; GONZALEZ, R.I.C; PALHA, P.F; SASSAKI, C.M; RUFFINO-NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. **Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.42, n.2, p.262-267, 2008.

NEMES, M.I.B. **Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001. 28p. (Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação, n1).

NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; VILLA, T.C.S. **Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.09, p.106-118, 2007.

ORGANIZACIONMUNDIAL DE SALUD (OMS). Actasoficiales de la OMS, nº2, p.100. [Acesso em: 10/04/2013].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **136ª Sessão do comitê executivo. Estratégia regional para o controle da tuberculose em 2005-2015**. Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junho de 2005. [Acesso em 20/04/2013]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/ce/ce136-17-p.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **O apoio à implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para o combate à Tuberculose**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2010.

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS, R.A.; SOUZA, A.I.S. **Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1929-1938, 2009.

PAIXÃO, L. M.M.; GONTIJO, E. D. **Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 41, n. 2, Apr. 2007 .

PATTON, M.Q. **Utilization-Focused Evaluation**. 2. ed. Beverly Hills: Sage, (1986,1997).

PORTELA, M.C. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: Fundamentos da vigilância sanitária. Organizado por Suely Rozenfeld. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL. **Secretaria da Saúde e Ação Social**. Núcleo de Vigilância Epidemiológica, fevereiro, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL. **Secretaria da Saúde e Ação Social**. Plano Municipal de Saúde – 2009-2013.

ROCHA, J.L.; Et al. **Tuberculose Multirresistente**. Pulmão, R.J. v.17, n.1, p.27 – 32, 2008.

ROZMAN, L. M.; SANTO, A. H.; ROZMAN, M. A. **Resistência do Mycobacterium tuberculosis às drogas em pacientes HIV+ em cinco municípios da Baixada Santista**, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1051-1059, maio 2007.

RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculosis: the neglected calamity** [Article in Portuguese]. Rev Soc Bras Med Trop. 2002; 35(1):51-8. PMID: 11873262. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822002000100010>.

SANTOS, M.L.S. G; VENDRAMINI, S.H. F; GAZETTA, C.E; S.A. C; VILLA, T.C.S. **Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose**. Revista. Latino-americana de Enfermagem, 2007. Setembro-outubro; 15 (número especial) www.eerp.usp.br/rlae.

SANTOS, A. A. **O Perfil Gerencial da Mulher**. São Paulo: Atlas, 2003.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. **Conceitos de acesso à saúde**. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8.

SILVA, E.A. **Modelo Preditivo ao Abandono do Tratamento da Tuberculose**. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Departamento de Estatística. Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde. João Pessoa, 2011.

SILVA-SOBRINHO, R.A.; ANDRADE R.L.P.; PONCE, M.A.Z.; WYSOCKI, A.D.; BRUNELLO, M.E.; SCATENA, L.M, et al. **Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina**. RevPanamSalud Publica. 2012;31(6):461–8.

SOUZA, A.B.F.; CRUZ, Z.V. **Abandono do Tratamento da Tuberculose no Município de Itapetinga-BA: Um Estudo da Influência dos Fatores Ambientais**. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.8, N.14; p.– 2012.

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

TRAVASSOS, CLAUDIA; MARTINS, MÔNICA. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S190-S198, 2004.

SCHILLING, C.; REIS A.T, MORAES J.C. **A política de regulação do Brasil**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2006.

UNGLERT, C.V.S. **O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde**. Ver. Saúde Pública 1990; 24 (6): 445-452.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. **Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento autoadministrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil**. J. bras.pneumol., São Paulo , v. 34, n. 3, Mar. 2008.

VILLA, TEREZA CRISTINA SCATENA.; RUFFINO-NETTO, ANTONIO. **Tuberculose. Pesquisas operacionais**. São Paulo. FUNPEC-Editora, 1ª Ed. 2009.

VENDRAMINI, S.H.F.; MONROE, A.; VILLA, T.C.S. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente**. Bol. Pneumol. Sanit. 2002;10(1):5-12.

WHO. Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). Update 2013. March 2013. <www.who.int/tb/challenges/mdr>. Acesso: 25 de mar/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (W.H.O). **The Global Plan to Stop TB 2011–2015. Transforming the fight. Towards Elimination of Tuberculosis**. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (W.H.O). **Global Tuberculosis Control 2009: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: WHO Report; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2008.

ANEXOS - QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL – CE.

Anexo A1 - Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Sobral.

I. CATEGORIA: PESSOAS COM TUBERCULOSE.

Número do questionário: _____

Responsável pela coleta de dados: _____

Data da coleta de dados: ____/____/____

Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

A. Informações gerais

1 - Iniciais do nome do paciente: _____

Endereço: _____

2 - Nome do CSF: _____

3 - Endereço do CSF: _____

4 - Horário de atendimento aos doentes de TB: _____

5 - Primeiro serviço de saúde que o doente procurou quando apresentou os primeiros sinais e sintomas de TB
() 1 - CSF; 2 – Centro de infectologia; 3 – Hospital 4 – Outro. Qual? _____

6 - Faz tratamento supervisionado (TS)? () – Sim N () – Não

Filtro - Se o doente não fizer TS, ir para a questão 7b.

Para as questões 7a e 7b responda:

1 - CSF; 2 – Centro de infectologia; 3 – Domicílio; 4 - Outros (especificar)

7a Local onde realiza o tratamento supervisionado ()

7b Local onde realiza a consulta médica de controle ()

1 - CSF; 2 – Centro de infectologia; 3- Hospital 4 – Outro. Qual? _____

Forma clínica da TB

1() Pulmonar

2() Extrapulmonar (_____)

Tempo de tratamento medicamentoso

1() > 1 mês até 3 meses

2() > 3 meses até 6 meses

3() > 6 meses até 9 meses

4() > 9 meses

B. Informações sociodemográficas.

7.a1 Sexo

0 - () Feminino 1 - () Masculino

7.a 2 Idade

0 () 18 – 29 anos

1 () 30 – 39 anos

2 () 40 – 49 anos

3 () 50 – 59 anos

4 () 60 anos ou mais

- 7.a3 Estado civil
0 () Solteiro
1 () Casado
2 () Separado/Divorciado
3 () Viúvo
4 () Outro (_____)

Para as questões 7.a4 e 7.a5 responda: S – sim; N – não.

7.a 4 () O senhor estava trabalhando quando descobriu que tinha TB?

Se responder Não, pular para a questão 7.a7

7.a 5 () O senhor precisou se afastar do trabalho por conta da TB?

7.a 6 Por quanto tempo o Sr. está (ficou) afastado? (dias) _____

- 7.a 7 Ocupação
0 () Desempregado
1 () Empregado
2 () Do lar
3 () Autônomo:
4 () Outro (_____)

- 7.a 8 Qual a renda familiar?
0 () Sem renda
1 () Sem renda fixa (serviço eventual)
2 () Até 1 salário mínimo (SM)
3 () >1 e até 3 SM
4 () >3 e até 5 SM
5 () > 5 SM

- 7.a9 Recebe benefício do governo?
0 () Não recebe
1 () Benefício do INSS
2 () Bolsa Família
3 () Outro (_____)

- 7.b1 Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?
0 () Sem escolaridade
1 () Ensino fundamental (incompleto)
2 () Ensino fundamental (completo)
3 () Ensino médio (incompleto)
4 () Ensino médio (completo)
5 () Ensino superior (incompleto)
6 () Ensino superior (completo)

- 7.b 2 Qual o grau de instrução do chefe da família?
0 () Sem escolaridade
1 () Ensino fundamental (incompleto)
2 () Ensino fundamental (completo)
3 () Ensino médio (incompleto)
4 () Ensino médio (completo)
5 () Ensino superior (incompleto)
6 () Ensino superior (completo)

- 7.c O local onde o(a) Sr.(a) vive é:
0 () Própria
1 () Alugada
2 () Cedida

- 3 () Não tem moradia
 4 () Outra (_____)

Filtro – Se responder que não tem moradia, ir para a questão 11

7.d Tipo de Moradia

- 0 () Alvenaria
 1 () Taipa
 2 () Madeira
 3 () Material reciclável
 4 () Outros (_____)

7.e Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o cômodo banheiro:

- 1 () 1 Cômodo
 2 () 2 cômodos
 3 () 3 cômodos
 4 () 4 cômodos
 5 () 5 cômodos ou mais

Para as questões 7.f a 7.h responda:

1 – (4 ou mais pessoas); 2 – (2 – 3 pessoas); 3 – (1 pessoa); 0 – Não se aplica

- 7.f () Número de pessoas residentes em sua casa?
 7.g () Número de adultos maiores de 60 anos?
 7.h () Número de crianças (menores de 12 anos)?

O(a) Sr.(a) possui? Responda: S – sim; N – não.

7. i () Água encanada
 7.j () Luz elétrica
 7.k () Geladeira
 7.l () Máquina de lavar
 7.m () Vídeo cassete/DVD
 7. n () Freezer/parte duplex

Quantos desses itens abaixo o Sr.(a) possui?

- 7.o () Televisão em cores
 7.p () Rádio
 7.q () Banheiro privativo
 7.r () Carro próprio
 7.s () Empregada mensalista
 7.t () Telefone (Celular/Fixo)

C. Saúde do caso confirmado de tuberculose

Para as questões 08 a 10, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica.

- 08 () Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da TB?
 09 () Com que frequência o(a) Sr.(a) tem problemas relacionados ao tratamento ou à medicação?
 10 .Com que frequência o (a) Sr.(a):
 10.a () Bebe?
 10.b () Fuma?
 10.c () Usa outras drogas?

D. Porta de entrada

Para as questões 11 e 12, responda:

1 – CSF 2 – Ambulatório de referência; 3 – Hospital público; 4 – Hospital privado; 5 – Consultório particular; 6 – Pronto-atendimento; 7 – Outros (_____); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

11 () Quando precisa de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG), qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) procura?

12 () Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)?

E. Acesso ao diagnóstico

Para a questão 13, responda:

1 – CSF ; 2 - Ambulatório de referência; 3 – Hospital público; 4 – Hospital privado; 5 - Consultório particular; 6 – Pronto-atendimento; 7 - Outros (_____); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

13 () Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB?

Para a questão 14, responda:

1 - (5 dias ou mais); 2 - (4 dias); 3 - (3 dias); 4 - (2 dias); 5 - (1 dia - 24 horas); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

14 () Quando o Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no serviço de saúde?

Para as questões 15 e 16, responda:

1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

15. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para conseguir atendimento?

16. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para descobrir que tinha TB?

Para a questão 17, responda:

1 – 5 ou mais semanas; 2 – 4 semanas; 3 – 3 semanas; 4 – 2 semanas; 5 – 1 semana

17. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo levou para descobrir que tinha TB?

Para a questão 18, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

18. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa?

Para as questões 19 a 25, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

19. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento) e procurou um serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?

20. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para pedir informação por telefone no serviço de saúde?

21. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para marcar consulta por telefone no serviço de saúde?

22. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?

23. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?

24. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), gastou dinheiro como transporte para ir até o serviço de saúde?

25. () Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), perdeu o turno de trabalho ou compromisso para a consulta no serviço de saúde?

F. Acesso ao tratamento.

Para as questões 26 a 30, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

26 () Se o Sr.(a) passar (ou) mal por causa da medicação ou da TB, consegue(iu) uma consulta médica no prazo de 24 horas na unidade de saúde que faz tratamento?

27 () O Sr.(a) consegue(iu) pedir informações por telefone na unidade de saúde?

28 () O Sr.(a) consegue(iu) marcar consultas para tratamento da TB por telefone na unidade de saúde?

29 () Os profissionais da unidade de saúde que acompanham(ram) seu tratamento de TB costumam(vão) visitá-lo em sua moradia?

30 () O (A) Sr.(a) faz(fez) o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima da sua casa?

Para as questões 31 a 36, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

31 () Quando o(a) Sr.(a) vai/foi à unidade de saúde para consultar seu problema de TB, perde/perdeu seu turno de trabalho ou compromisso?

32 () O(a) Sr.(a) tem/teve dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?

33 () Quando o(a) Sr.(a) vai/foi à unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa/precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado?

34 () Quando o(a) Sr.(a) vai/foi à unidade de saúde para consultar, paga/pagou pelo transporte?

35 () Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?

36 () Quando o(a) Sr.(a) vai/foi à unidade de saúde para consultar, demora/demorou mais de 60 minutos para ser atendido?

G. Adesão/vínculo

Para as questões 37 a 47, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

37. O senhor prossegue(iu) no tratamento devido a aspectos relacionados com:

37.a () Família?

37.b () Emprego/trabalho?

37.c () Recuperação da autoimagem e da autoestima?

37.d () Melhora nas condições de vida?

38. Com que frequência o (a) Sr.(a) recebe(u) apoio por parte:

38.a () Família?

38.b () Colegas de trabalho?

38.c () Amigos?

38.d () Profissionais de saúde da unidade?

38.e () Outras (_____)

39. () Quando o(a) Sr.(a) vai/foi à unidade de saúde para a consulta de TB, é/foi atendido pelos mesmos profissionais?

40. () Se o(a) Sr.(a) tem/teve alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue(iu) falar com os mesmos profissionais da unidade de saúde que o atende(u)?

41. () Quando o(a) Sr.(a) faz/fez alguma pergunta aos profissionais da unidade de saúde sente(iu) que é/foi compreendido?

42. () Os profissionais da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está/estava fazendo o tratamento respondem(iam) às suas perguntas de maneira clara?

43. () Os profissionais da unidade de saúde dão/davam tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale/falasse suas dúvidas ou preocupações?

44. () Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam(vam) sobre outros problemas de saúde?

45. () Os profissionais da unidade de saúde explicam(vam) sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?

46. () Os profissionais da unidade de saúde perguntam(vam) sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está/estava utilizando?

47. () O(A) Sr.(a) recomenda o atendimento desta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?

Para as questões 48 a 52, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

48. Com que frequência o (a) Sr.(a) sente(iu) algum tipo de preconceito por parte:

48.a () Família?

48.b () Colegas de trabalho?

48.c () Amigos?

48.d () Profissionais de saúde da unidade?

48.e () Outras (_____)

49. () O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa de algum profissional da unidade?

50. () O(A) Sr.(a). necessita (ou) dos incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?

51. () Algum paciente desta unidade queixou-se do atendimento de algum profissional?

52. () Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.

H. Elenco de serviços

Para as questões 53 a 64, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

Com que frequência as ações a seguir são/foram oferecidas pela equipe que acompanha (ou) o seu problema da TB?

53. () Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?

54. () Exame para HIV/AIDS?

55. () Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?

56. () Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?

57. () Cestas básicas ou vale alimentação ou leite?

58. Informação sobre:

58.a () Sintomas da TB?

58.b () Transmissão da TB?

58.c () Tratamento da TB?

59. () Informação sobre outros temas de saúde?

60. () Visitas domiciliares durante o tratamento?

61. () Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?

62. () Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o Sr. (a) procura a unidade?

63. () Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?

64. () Tratamento supervisionado? *

* Obs.: Considerar nunca (Auto administrado); quase nunca (A cada 15 ou 30 dias); às vezes (1-2 vezes/semana); quase sempre (3-4 vezes/semana); sempre (todos os dias úteis da semana).

I. Coordenação

Para as questões 65. a 80, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

65. () Os profissionais da unidade de saúde pegam(vam) o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?

66. () Durante seu atendimento os profissionais da unidade de saúde anotam(vam) as suas queixas no seu prontuário?

67. () Quando o(a) Sr(a) precisa(sou) dos resultados de seus exames, eles estão(vam) disponíveis na unidade de saúde?

68. () O(A) Sr.(a) é/foi avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde?

Obs: Agora vamos falar sobre o encaminhamento do (a) Sr.(a) para outros serviços de saúde ou especialidades (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista)

Filtro: Se o doente responder (N/A), NÃO SABE ou NUNCA ir para a questão 72.

69. () Quando o(a) Sr.(a) é/foi encaminhado a outro serviço de saúde, os profissionais da unidade de saúde ajudam(ram) a marcar a consulta?
70. () No agendamento da consulta em outro serviço de saúde, o(a) Sr.(a) recebe(u) comprovante que a consulta foi marcada?
71. () Quando o(a) Sr.(a) é/foi encaminhado a outro serviço de saúde, os profissionais da unidade de saúde Fornecem (ram) informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?

J. Enfoque na família

Para as questões 72 a 79, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

72. () Os profissionais da unidade de saúde conversam(vam) sobre as condições de vida das pessoas que moram com o Sr.(a) e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?
73. () Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o (a) Sr.(a) e/ou da sua família?
74. () Os profissionais da unidade de saúde conversam(vam) sobre doenças das pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família?
75. () Os profissionais da unidade de saúde perguntam se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família têm tosse, febre, emagrecimento?
76. () As pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD pelos profissionais da unidade?
77. () Os profissionais da unidade de saúde conversam(vam) com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre a TB?
78. () Os profissionais da unidade de saúde conversam(vam) com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre seu tratamento?
79. () Os profissionais da unidade de saúde conversam(vam) com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre outros problemas de sua saúde?

K. Orientação para a comunidade

Para as questões 80 a 84, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

80. () As pessoas que trabalham e/ou estudam com o Sr(a) foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD pelos profissionais da unidade?
81. () O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?
82. () O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc. para entrega do pote para coleta de escarro?
83. () O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?
84. () O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?

Observações

Anexo A2 - Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Sobral.

II. CATEGORIA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE – ENFERMEIROS (AS)

Número do questionário: _____
 Município: _____
 Responsável pela coleta de dados: _____
 Data da coleta de dados: ____/____/____
 Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

A -Informações gerais

1. Iniciais:
2. Nome do Serviço de Saúde:
3. Titulação do entrevistado (especificar área) _____.
4. Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos.

B. Porta de entrada

Para as questões 5 a 13, responda:

1 – CSF; 2 - Ambulatório de referencia; 3 – Hospital Público; 4 – Hospital Privado;
 5 - Consultório particular; 6 – Pronto atendimento; 7 - Outros (_____)

6. () Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?
7. () Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?

C. Acesso ao diagnóstico

Para a questão 8, responda:

1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)

8. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta ?

Para as questões 9 a 10, responda:

1 – (5 ou mais vezes); 2 – (4 vezes); 3 – (3 vezes); 4 – (2 vezes); 5 – (1 vez); 0 – Não se aplica

9. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?
10. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?

Para a questão 11, responda:

1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana)

11. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?

Para a questão 12, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

12. () Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?

Para as questões 13 a 19, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica

13. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60

minutos para serem atendidos?

14. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?

15. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

16. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?

17. () Para a consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?

18. () Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?

19. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde?

D. Acesso ao tratamento

Para as questões 20 a 24, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

20. () Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?

21. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?

22. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

23. () Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?

24. () Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adstrita?

Para as questões 25 a 30, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca

25. () Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?

26. () Os usuários têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?

27. () Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?

28. () Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?

29. () Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?

30. () Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

E. Vínculo

Para as questões 31 a 42, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

31. () Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?

32. () Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?

33. () As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atendem?

34. () Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?

35. () Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?

36. () Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?

37. () Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?

38. () Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?

39. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte?

39.a () Família

39.b () Colegas de trabalho

- 39.c () Amigos
 39.d () Profissionais de saúde da unidade
 40. () O tratamento é aceito pelos doentes de TB?
 41. () Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?
 42. () Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.

F. Elenco de serviços

Para as questões 43 a 54, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica.

Com que frequência a unidade oferece os seguintes serviços:

43. () Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?
 44. () Exame para HIV/AIDS?
 45. () Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?
 46. () Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?
 47. () Cestas básicas ou vale alimentação?
 48. Informação sobre:
 48.a () Sintomas da TB?
 48.b () Transmissão da TB?
 48.c () Tratamento da TB?
 49. () Informação sobre outros temas de saúde?
 50. () Visitas domiciliares durante o tratamento?
 51. () Visitas domiciliares para realização do TS?
 52. () Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?
 53. () Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?
 54. () Tratamento supervisionado? *

* *Obs.: Considerar nunca (auto administrado); quase nunca (a cada 15 ou 30 dias); às vezes (1-2 vezes/semana); quase sempre (3-4 vezes/semana); sempre (todos os dias úteis da semana).*

G. Coordenação

Para as questões 55 a 63, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

55. () Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
 56. () As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?
 57. () Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?
 58. () Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
 59. () Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
 60. () Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?
 61. () Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?
 62. () Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?
 63. () Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?

H. Enfoque na família

Para as questões 64 a 71, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

64. () Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?

65. () Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?
66. () Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?
67. () Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?
68. () Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?
69. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?
70. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?
71. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?

I. Orientação para a comunidade

Para as questões 72 a 76, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

72. () Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?
73. () Os profissionais realizam propagandas/campanhas/ trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?
74. () Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?
75. () Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?
76. () Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?

J. Formação profissional

Para a questão 77 responda:

1 – (menos de 1 ano); 2 – (1 a 2 anos); 3 – (2 a 3 anos); 4 – (3 a 4 anos); 5 – (4 anos ou mais)

77. () Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle da TB?

Para as questões 78 a 84, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre

78. () Durante a sua formação, foi abordado o tema TB?
79. () Durante a sua formação, teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB?
80. () O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?
81. () Os profissionais são qualificados para atender TB?
82. () Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?
83. () O Sr(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?
84. () O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?

Observações.

Anexo A3 - Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Sobral.

III. CATEGORIA: GESTORES DE SAÚDE

Número do questionário: _____

Responsável pela coleta de dados: _____

Data da coleta de dados: ____/____/____

Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

A. Informações gerais

1. Iniciais: _____

2. Função: _____

3. Titulação do entrevistado (especificar área) _____.

4. Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos.

B. A TB na agenda municipal

Para as questões 5.a a 5.i, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

5.a () A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?

5.b () A distribuição de recursos para TB é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?

5.c () São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?

5.d () É mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?

5.e () Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?

5.f () No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?

5.g () Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?

5.h () O município investe recursos próprios para TB?

5.i () Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório, etc.) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?

Para a questão 5.j, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca

5.j () Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?

C. Porta de entrada

Para as questões 6 a 7, responda:

1 – CSF; 2 - Ambulatório de referência; 3 – Hospital público; 4 – Hospital privado;

5 - Consultório particular; 6 – Pronto-atendimento; 7 - Outros (_____)

6. () Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?

7. () Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?

C. Acesso ao diagnóstico

Para a questão 8, responda:

1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)

8. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta ?

Para as questões 9 a 10, responda:

1 – (5 ou mais vezes); 2 – (4 vezes); 3 – (3 vezes); 4 – (2 vezes); 5 – (1 vez); 0 – Não se aplica

9. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de

saúde para conseguir atendimento?

10. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?

Para as questões 11, responda:

1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana)

11. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?

Para a questão 12, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

12. () Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?

Para as questões 13 a 19, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica

13. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

14. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?

15. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

16. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?

17. () Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?

18. () Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?

19. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta no serviços de saúde?

D. Acesso ao tratamento

Para as questões 20 a 24, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

20. () Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?

21. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?

22. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

23. () Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?

24. () Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?

Para as questões 25 a 30, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca

25. () Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?

26. () Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?

27. () Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?

28. () Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?

29. () Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?

30. () Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

E. Vínculo

Para as questões 31 a 42, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

31. () Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?
32. () Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?
33. () As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atendem?
34. () Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?
35. () Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
36. () Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?
37. () Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?
38. () Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?
39. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte?
 - 39.a () Família
 - 39.b () Colegas de trabalho
 - 39.c () Amigos
 - 39.d () Profissionais de saúde da unidade
40. () O tratamento é aceito pelos doentes de TB?
41. () Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?
42. () Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.

F. Elenco de serviços

Para as questões 43 a 51, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

Com que frequência a unidade oferece os seguintes serviços:

43. () Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?
44. () Exame para HIV/AIDS?
45. () Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?
46. () Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?
47. () Cestas básicas ou vale alimentação?
48. Informação sobre:
 - 48.a () Sintomas da TB?
 - 48.b () Transmissão da TB?
 - 48.c () Tratamento da TB?
49. () Informação sobre outros temas de saúde?
50. () Visitas domiciliares durante o tratamento?
51. () Visitas domiciliares para realização do TS?
52. () Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?
53. () Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?
54. () Tratamento supervisionado? *

* *Obs.: Considerar nunca (auto administrado); quase nunca (a cada 15 ou 30 dias); às vezes (1-2 vezes/semana); quase sempre (3-4 vezes/semana); sempre (todos os dias úteis da semana).*

G. Coordenação

Para as questões 55 a 63, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica.

55. () Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
56. () As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?
57. () Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?

58. () Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
59. () Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
60. () Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?
61. () Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?
62. () Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?
63. () Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?

H. Enfoque na família.

Para as questões 64 a 71, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

64. () Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram como doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?
65. () Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?
66. () Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?
67. () Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?
68. () Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que moram como doente de TB e/ou sua família?
69. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?
70. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?
71. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?

I. Orientação para a comunidade

Para as questões 72 a 76, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

72. () Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?
73. () Os profissionais realizam propagandas/campanhas/ trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?
74. () Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?
75. () Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?
76. () Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?

J. Formação profissional

Para a questão 77, responda:

1 – (menos de 1 ano); 2 – (1 a 2 anos); 3 – (2 a 3 anos); 4 – (3 a 4 anos); 5 – (4 anos ou mais)

77. () Há quanto tempo o Sr (a) atua em ações de controle da TB?

Para as questões 78 a 84, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre

78. () Durante a sua formação, foi abordado o tema TB?

79. () Durante a sua formação, teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB ?
80. () O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?
81. () Os profissionais são qualificados para atender TB?
82. () Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?
83. () O Sr(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?
84. () O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?

Observações

ANEXO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – Pessoas com tuberculose.

Título da pesquisa: “AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL – CE”.

Prezado (a) Senhor (a): Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL – CE”, realizada em **Sobral, CE**.

O objetivo da pesquisa é: Avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Sobral – CE, na percepção das pessoas com tuberculose, dos profissionais e gestores de saúde.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: o senhor (a) irá responder as perguntas contidas no instrumento de coleta de dados referentes às dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica, segundo (STARSFIELD, 2002) que são as seguintes: **Porta de entrada, Acesso, Vínculo, Serviços oferecidos, Coordenação dos serviços, Enfoque na família, Orientação para a comunidade e Formação profissional**.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Espera-se com esta pesquisa, contribuir para o aprimoramento das ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família para o controle da tuberculose em Sobral. Esta pesquisa é livre de qualquer risco para os sujeitos envolvidos. Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar a Prof.^a, Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva. Tel. (88) 9961 1972, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes nº 186, bairro Derby Club, ou no telefone 3677 4242.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável

Prof.^a, Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva.

RG: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO – Pessoas com tuberculose.

Eu, _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Sobral, ____ de _____ de 2013.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – Profissionais de saúde.

Título da pesquisa: “AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL – CE”.

Prezado (a) Senhor (a): Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL – CE”**, realizada em **Sobral, CE**.

O objetivo da pesquisa é: Avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Sobral – CE, na percepção das pessoas com tuberculose, dos profissionais e gestores de saúde.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: o senhor (a) irá responder as perguntas contidas no instrumento de coleta de dados referentes às dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica, segundo (STARFIELD, 2002) que são as seguintes: **Porta de entrada, Acesso, Vínculo, Serviços oferecidos, Coordenação dos serviços, Enfoque na família, Orientação para a comunidade e Formação profissional.**

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Espera-se com esta pesquisa contribuir para o aprimoramento das ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família para o controle da tuberculose em Sobral. Esta pesquisa é livre de qualquer risco para os sujeitos envolvidos. Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar a Prof.^a, Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva. Tel. (88) 9961 1972, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes nº 186, bairro Derby Club, ou no telefone 3677 4242.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável

Prof.^a, Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva.

RG: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO – Profissionais de saúde.

Eu, _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Sobral, ____ de _____ de 2013.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – Gestores de saúde.

Título da pesquisa: “AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL – CE”.

Prezado (a) Senhor (a): Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL – CE”**, realizada em **Sobral, CE**.

O objetivo da pesquisa é: Avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Sobral – CE, na percepção das pessoas com tuberculose, dos profissionais e gestores de saúde.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: o senhor (a) irá responder as perguntas contidas no instrumento de coleta de dados referentes às dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica, segundo (STARFIELD, 2002) que são as seguintes: **Porta de entrada, Acesso, Vínculo, Serviços oferecidos, Coordenação dos serviços, Enfoque na família, Orientação para a comunidade e Formação profissional.**

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Espera-se com esta pesquisa contribuir para o aprimoramento das ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família para o controle da tuberculose em Sobral. Esta pesquisa é livre de qualquer risco para os sujeitos envolvidos. Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar a Prof.^a, Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva. Tel. (88) 9961 1972, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes nº 186, bairro Derby Club, ou no telefone 3677 4242.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador Responsável

Prof.^a, Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva.

RG: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO – Gestores de saúde.

Eu, _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Sobral, ____ de _____ de 2013.

ANEXO - PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL.



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE Nº063/2013

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia da pesquisa classificada como: Dissertação de Mestrado intitulada - **AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DAS ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL-CE** desenvolvido pelo mestrando João Sérgio Araújo Soares, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASEF/ nucleadora UVA e técnico da Vigilância Epidemiológica de Sobral, sob orientação da Profa., Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva, tendo como coorientadora a Profa., Ms. Maria Socorro Carneiro Linhares.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar o acesso aos registros das pessoas diagnosticadas com tuberculose entre os meses de julho de 2012 e junho de 2013, bem como à todos os Enfermeiros(as) e gerentes vinculados aos Centros de Saúde da Família e coordenadores de macroáreas e da atenção básica de Sobral-CE, mediante pactuação prévia entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos quanto à disponibilização do espaço e escolha dos melhores dias e horários para realização das entrevistas. Pontuamos que o pesquisador terá apoio dos monitores do PET-Vigilância para a coleta dos dados.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga o pesquisador de solicitar anuência aos sujeitos do estudo, no caso as pessoas diagnosticadas com tuberculose usuárias do sistema, enfermeiros, gerentes e coordenadores devendo estes serem esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação através da assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

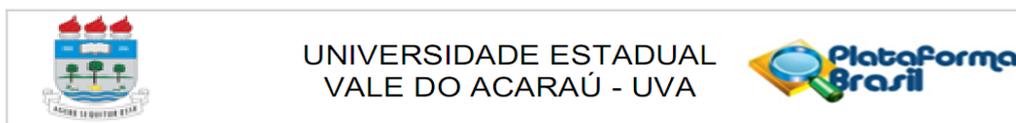
Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 18 de outubro de 2013

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenação da Comissão Científica

COMISSÃO CIENTÍFICA
Escola de Formação em Saúde
da Família Visconde de Sabóia
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SOBRAL - CE

Pesquisador: JOÃO SÉRGIO ARAÚJO SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20337013.4.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 457.165

Data da Relatoria: 13/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, que intenta avaliar a atenção básica de Sobral no controle da tuberculose.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Sobral-CE, na percepção das pessoas com tuberculose, dos profissionais e gestores de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Envolve riscos mínimos, onde o pesquisador se compromete a evitá-los.

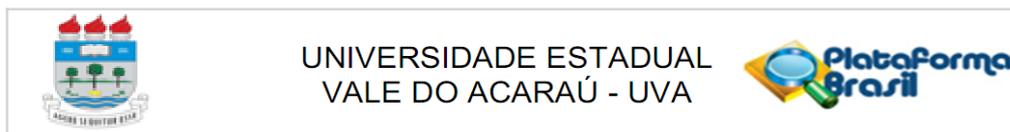
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada metodologicamente e de alta relevância para o setor da saúde pública/coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios, embora havendo a necessidade de personalizar os TCLE e os Termos de Consentimento Pós-Informado, considerando os três grupos de sujeitos do estudo.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 457.165

Recomendações:

Elaborar um Termo de Consentimento Livre Esclarecido para cada grupo de sujeitos (pessoas com TB, profissionais e gestores), devendo utilizar linguagem adequada e acessível principalmente para os pacientes, explicando todo o procedimento para coleta dos dados e solicitando anuência para participação da pesquisa.

Recomenda-se ainda optar por uma das técnicas de coleta de dados (se entrevista, questionário ou formulário), observando as peculiaridades de cada uma. Após a conclusão do estudo, encaminhar relatório final através da aba notificações nesta Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador deverá enviar notificações ao CEP através da Plataforma Brasil, enviando os 03 TCLE e Termos de consentimento pós-informado específicos para cada grupo de sujeitos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apresentação e discussão do projeto na reunião do colegiado do CEP, decidiu-se pela aprovação deste protocolo, devendo portanto o pesquisador atentar para as recomendações listadas em caráter de urgência.

SOBRAL, 13 de Novembro de 2013

Assinador por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocélilo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com