

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MODELOS DE DECISÃO EM SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

GUTENBERG ALVES PEQUENO

**DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS CASOS DE TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA DO PERÍODO DE 2001 a 2009**

João Pessoa/PB

2011

GUTENBERG ALVES PEQUENO

**DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS CASOS DE TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA DO PERÍODO DE 2001 a 2009**

Dissertação apresentada ao Departamento de Estatística, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, da Universidade Federal da Paraíba, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde.

ORIENTADORES: Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

João Pessoa/PB

2011

Catálogo na publicação
Universidade Federal da Paraíba
Biblioteca Setorial do CCEN

P425d Pequeno, Gutenberg Alves
Descentralização da atenção aos casos de tuberculose no
município de João Pessoa do .../ João Pessoa, 2011.
94 p. : il.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN.
Orientadores: Jordana de Almeida Nogueira; Ulisses Umbelino
dos Anjos
Inclui referências.

1. Tuberculose 2. Saúde pública I. Título

BS/CCEN

CDU: 616-002.5(043)

GUTENBERG ALVES PEQUENO

**DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS CASOS DE TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA DO PERÍODO DE 2001 a 2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para obtenção do título de Mestre.

PRESIDENTE DA BANCA: Professora Doutora Jordana de Almeida Nogueira

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos (Orientador DE-UFPB)

Professora Dra. Bertha Cruz Enders (DENF/UFRN)

Professor Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto (DE-UFPB)

Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Viana (DN-UFPB)

Aprovada em: ____/____/____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Dôra, pessoa mais sublime e terna, fonte de amor, aconchego, paz, confiança e esperança, este momento dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tornar possível o alcance deste objetivo;

À minha mãe pelo apoio, dedicação, esforço e confiança em mim depositados ao longo deste percurso;

Aos meus irmãos, Rosemberg, Demilton e Roosevelt, pelos momentos vivenciados junto a mim nesta caminhada;

À Rosilene pelo incentivo, compreensão, amor e paciência dedicados, que participou desta conquista desde que era apenas um projeto;

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde por compartilhar os conhecimentos, contribuindo com meu crescimento pessoal e intelectual, e em especial a meus orientadores, Professora Dra. Jordana de Almeida Nogueira e o Professor Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos;

Aos colegas de turma, companheiros que serão lembrados sempre, pela vivência calorosa, pelo coleguismo, pelas horas de estudo juntos, pelos momentos de aflição e de glória compartilhados;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com a concretização deste objetivo, agradeço.

RESUMO

A tuberculose é um problema de saúde pública que tem demonstrado altas taxas de morbidade e mortalidade, tornando-se prioridade entre as políticas governamentais de saúde, que estabelecem diretrizes e fixam metas para a sua prevenção e controle. No Brasil, no ano de 2003, começou a ser definida a nova estratégia descentralizadora de controle da tuberculose de forma que os municípios tornassem, a partir de então, responsáveis pela implantação dos programas de controle da tuberculose, sendo incorporadas as ações nas unidades de saúde da família. Diante disso, em João Pessoa, um dos seis municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba, com características e problemas inerentes aos grandes centros urbanos, procurou-se saber se a descentralização das ações de controle da tuberculose para o âmbito da estratégia saúde da família vem se consolidando no município, e quais os fatores influenciam os usuários com tuberculose a elegerem o local de atendimento. Assim, objetivava-se avaliar a tendência das proporções dos casos de tuberculose notificados na Atenção Básica de Saúde no município de João Pessoa, após dez anos de implantação da estratégia *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS). Para tanto, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem quantiqualitativa no município João Pessoa/PB/Brasil, através de um estudo tipo ecológico de série temporal, predominantemente analítico. À pesquisa quantitativa, a coleta foi feita na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, envolveu todos os casos de tuberculose do município notificados, com o tratamento encerrado no período em questão. Para a análise, empregou-se o *software* de análise estatística e elaboração de gráficos R versão 2.10.1, no qual se processou o teste de proporções e o teste de tendência de proporções. Referente aos dados qualitativos, estes foram obtidos por meio de 14 entrevistas realizadas com indivíduos em tratamento, tanto na atenção básica quanto no serviço especializado, que foram discutidas com base na Análise de Conteúdo e embasadas na literatura pertinente ao tema. No que concerne às considerações éticas, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança de João Pessoa-PB, sob o protocolo de nº 215/2010 e CAAE: 0044.0.351.000-10, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e pelo Complexo Hospitalar Clementino Fraga e todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 196/96 que rege as pesquisas envolvendo seres humanos. Os resultados da pesquisa evidenciaram que, estatisticamente, não há diferenças significativas (p -valor > 0,05) entre as proporções de casos atendidos na atenção básica e que a atenção à tuberculose no município João Pessoa permanece centralizada. Ainda, identificou-se no discurso dos usuários deficiências na estrutura física e funcional, bem como no sistema de referência e contrarreferência. Conclui-se então que, para que o processo de descentralização ocorra de forma efetiva e eficiente, é necessário não apenas transferir os casos de tuberculose para a realização do tratamento na Atenção Básica de Saúde, mas também reestruturar os serviços, melhorando a oferta e a qualidade dos recursos humanos e materiais e moldando as atividades a partir da realidade local.

Descritores: Tuberculose. Descentralização. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis – TB is a public health problem that has been shown high rates of morbidity and mortality turning it into a priority among government health policies which establish guidelines and fix goals for its prevention and control. In Brazil, in 2003, a new decentralization strategy for TB control began to be defined: till that, cities became responsible for implementation of programs for TB control, incorporating actions at family health units. So, in João Pessoa, one of six priority cities for TB control in Paraíba, with characteristics and problems common to large urban centers, we sought to know whether decentralization of TB control, on the family health strategy field, has been consolidated in the city, and which factors influence users to elect the TB treatment location. Thus, this study aimed to assess the tendency of the proportion in tuberculosis cases reported in Primary Health Care in the city of João Pessoa, after ten years of implementation of the Directly Observed Treatment Short-course (DOTS). To this end, we chose to conduct a quantitative and qualitative research in the city of João Pessoa/PB/Brazil through a primary analytical ecological study of temporal series. In the quantitative research, data was collected in the Information System for Disease Notification database, and it involved all notification tuberculosis cases reported in the city including treatments performed in the period. In the analysis, we used the software for statistical analysis and charting R version 2.10.1, in what we assessed the proportions test and tendency of proportion test. In relation to qualitative data, it was obtained through interviews with 14 individuals in treatment, both in primary and in specialized health services, which were discussed based on Content Analysis and based in the literature on the subject. Results showed that there wasn't significant statistical differences (p -value > 0,05) between the proportions of cases treated in primary care and that TB care in the city of João Pessoa remains centralized. Still, it was found in users' speech problems in the physical structure and functional as well as in the reference and counter-reference system. We concluded that for the decentralization process occurs effectively and efficiently, it is necessary not only to transfer the cases of TB for treatment completion in primary health care units, but also restructure services, improving the supply and quality of human resources and materials and to adapt the activities for the local reality.

Descriptors: Tuberculosis. Decentralization. Access to Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários.....	35
Figura 02: Divisão administrativa da rede de serviços de saúde do Município de João Pessoa.....	36
Figura 03: Coeficiente de incidência de Tuberculose por todas as formas no município João Pessoa - 2001/2009.....	37
Figura 04: Evolução das notificações dos casos de tuberculose no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	50
Figura 05: Evolução das notificações da tuberculose em João Pessoa de 2001 a 2009, excetos os anos 2002 e 2006.....	51
Figura 06: Proporção dos casos de tuberculose por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde - ABS ou Serviço Especializado - SE) no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	52
Figura 07: Proporção dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) e Serviço Especializado (SE) por sexo, no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	53
Figura 08: Proporções dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) por sexo, no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	54
Figura 09: Proporção dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) e Serviço Especializado (SE) por classificação etária, no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	54
Figura 10: Proporção dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) e no Serviço Especializado (SE) por menores de 15 anos no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	55
Figura 11: Evolução das proporções dos casos de tuberculose, concomitante à presença de agravos, notificados no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	57
Figura 12: Proporção dos casos de tuberculose que realizaram o DOTS, por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde – ABS e Serviço Especializado – SE), no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	58
Figura 13: Proporção dos casos de tuberculose tratados na Atenção Básica de Saúde (ABS) em regime DOTS, no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	59
Figura 14: Evolução das proporções dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa, por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde – ABS e Serviço Especializado – SE) (2001-2009).....	60

Figura 15: Evolução das proporções dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa, por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde – ABS e Serviço Especializado – SE) (2001-2009, exceto 2003 e 2006)..... 61

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01: Variáveis consideradas para o estudo.....	38
Quadro 02: Tipos de possíveis erros em teste de hipóteses.....	44
Tabela 01: Caracterização da população conforme as variáveis: sexo, classificação etária e local de atendimento, no município de João Pessoa (2001-2009).....	49
Tabela 02: Número (N) e frequência (%) dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa/PB atendidos nos serviços básico (ABS) e especializado (SE), relacionado à presença de agravo associado (2001-2009).....	56

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS UTILIZADOS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
BCG	Bacilo de Calmette e Guerin
BK	Bacilo de Koch
CAIS	Centros de Atenção Integral a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CHCF	Complexo Hospitalar Clementino Fraga
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração)
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
FNS	FNS - Fundação Nacional de Saúde
H_0	Hipótese Nula
H_1	Hipótese Alternativa
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Adquirida)
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MDR	Multidrogarresistente

MS	Ministério da Saúde
NDE	Núcleo de Doenças Endêmicas
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PAS	Ácido Paraminossalicílico
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
SE	Serviços Especializados
SES	Secretaria Estadual de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tratamento Autoadministrado
TB	Tuberculose
TCLE	Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tratamento Supervisionado
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	15
1.2	TUBERCULOSE: A MAGNITUDE DO PROBLEMA.....	17
1.3	OBJETIVOS.....	22
1.3.1	GERAL.....	22
1.3.2	ESPECÍFICOS.....	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DA GESTÃO CENTRALIZADA À DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES.....	24
2.2	DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	26
3.	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	33
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....	34
3.3	POPULAÇÃO.....	38
3.3.1	ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	38
3.3.2	ABORDAGEM QUALITATIVA.....	39
3.4	INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	39
3.5	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	40
3.6	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	41
3.6.1	DADOS QUANTITATIVOS.....	41
3.6.2	DADOS QUALITATIVOS.....	45
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	46
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.1	ANÁLISE QUANTITATIVA.....	49
4.2	ANÁLISE QUALITATIVA.....	61
4.2.1	UNIDADE TEMÁTICA “SERVIÇO ESPECIALIZADO <i>VERSUS</i> ATENÇÃO BÁSICA: REVELANDO AS VOZES DOS USUÁRIOS”.....	62

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
----------	----------------------------------	-----------

6	REFERÊNCIAS.....	74
----------	-------------------------	-----------

APÊNDICES

	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados no SINAN.....	85
--	---	----

	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	88
--	---	----

	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
--	--	----

ANEXOS

	ANEXO A – Ficha de Notificação da Tuberculose no SINAN.....	91
--	---	----

	ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	92
--	--	----

	ANEXO C – Ofício Encaminhado à Gerência de Educação e Saúde da SMS/JP.....	93
--	---	----

	ANEXO D – Ofício Encaminhado à Gerência do Núcleo de Educação Permanente do CHCF.....	94
--	--	----

Capítulo 1
Introdução

1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

Há mais de duas décadas, o Brasil experimenta extraordinária experiência de reformas e de redefinição do perfil do seu sistema de saúde. As mudanças instituídas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) exigiram a reformulação dos papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Reforçou-se a necessidade de criar mecanismos de reorganização da lógica da assistência, transitando de um modelo centrado na produção, na atenção médica curativa, para outro, centrado na atenção integral do indivíduo e coletividade.

Nessa perspectiva, cujo reordenamento voltou-se à priorização da Atenção Básica à Saúde (ABS), recomenda-se desde 1994 a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), que, com efeito, vem sendo considerada não apenas o eixo estruturante da ABS, mas uma possibilidade de ampliar o acesso da comunidade as ações de prevenção, de promoção e de recuperação da saúde (anteriormente centralizadas), bem como assegurar uma variedade de serviços e os arranjos necessários para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, integrando-os aos outros níveis de atenção (MARQUES, MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

Anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF), a ESF é caracterizada como um modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área delimitada.

Para atender aos objetivos almejados, vários programas integram a ESF, dentre os quais se inclui o Programa de Controle da Tuberculose (PCT), antes desenvolvido, preferencialmente em centros especializados. Com a descentralização, as ações do PCT foram incluídas como atribuição das equipes de saúde da família. Nesta direção, a tuberculose (TB) passou a ser um agravo de prioridade da ABS, impondo a reorganização das ações de controle da TB nos níveis locais, atribuindo-se o planejamento e a execução de maior parte das ações de controle de TB para a ESF.

Ruffino-Netto (1999) assinala que a inserção das ações de controle da TB no âmbito da ESF poderia promover integração dos serviços, significando oportunidade para expansão das atividades de controle da doença, bem como complementaridade, ou seja, “mais unidades

de saúde poderiam se unir ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com integração das ações do programa as demais ações de saúde”. Ainda, ressalta que a descentralização permitiria a expansão do alcance das ações de controle, pois as decisões ficariam mais próximas da população, os recursos seriam mais efetivos, o que facilitaria o acompanhamento dos casos.

Teixeira (2000) afirma que a incorporação das ações de controle da TB com as da ESF, em todo o país, é um feito prodigioso, considerando nossa extensão territorial e a complexidade do sistema de saúde. Desse modo, espera-se que os serviços de saúde se organizem e a ESF incorpore em suas atividades a responsabilização pelo desenvolvimento de controle da TB. As equipes da ESF devem estar capacitadas para realizar a identificação e o diagnóstico dos casos suspeitos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; manter atualizado o sistema de informação; realizar ações educativas e preventivas (BCG, quimioprofilaxia), junto à comunidade, sendo estas, atribuições essenciais para o controle da TB (BRASIL 2002a).

Em decorrência das mudanças estabelecidas pelo PNCT (2001-2005), consoante às diretrizes do SUS que propõem a descentralização das ações de saúde para o âmbito da ABS, observa-se a expansão gradual da inserção das ações de controle da TB pela ESF, mas Teixeira (2000, p.4) salienta que:

Seria importante sinalizar que ambos os programas que estabelecerão as bases de uma parceria e estarão integrados na infra-estrutura de saúde terão de manter suas linhas de identidade, por razões de fidelidade ao seu corpo de doutrina, pela especificidade das técnicas e pela observância das estratégias selecionadas para alcançar os objetivos definidos.

A experiência da descentralização vem se consolidando nas práticas de saúde de maneira gradativa, entretanto é extremamente complexa e resulta de arranjos formais entre as diferentes esferas de governo. Reconhece-se que no território brasileiro a descentralização das ações não se concretiza de maneira homogênea por diversas as razões: dimensão continental, diferenças regionais e uma enorme quantidade de municípios existentes. No Brasil, são grandes as dificuldades de muitos municípios para assumir o novo modelo, uma vez que

historicamente adotou-se um padrão centralizador administrativo e financeiro, em que aqueles que estão fora do núcleo central quase não têm participação social no processo decisório.

Opondo-se justamente a tradição centralizadora do PNCT, o processo de descentralização traz o conceito de que o município é o melhor cenário para o gerenciamento das ações de saúde, devido à proximidade com a realidade da população. É imprescindível a organização de um trabalho que adote o planejamento e a gestão das inúmeras atividades envolvidas, destacando a capacitação dos profissionais para a definição de competências, estruturação dos sistemas de referência e contrarreferência, a fim de atender ao aumento da demanda gerada no âmbito da ABS (TEIXEIRA, 2000).

1.2 TUBERCULOSE: A MAGNITUDE DO PROBLEMA

A TB é reconhecida mundialmente como importante problema de saúde pública que assola a humanidade desde os mais remotos tempos, o que levou muitos países a desenvolverem estratégias para sua prevenção e controle, mas que apesar disto, os números de casos de TB ainda são alarmantes e preocupantes, exigindo uma maior atenção por parte dos setores responsáveis.

Doença estigmatizante de amplitude mundial, que tem como principal causador é *Mycobacterium tuberculosis*, a TB está intimamente relacionada às condições sócio-econômicas e insalubres a que está exposta a população.

Desde o início do século XX, a doença constitui-se uma das causas mais frequentes de morte nas regiões geográficas de clima temperado e a segunda, depois da febre amarela, nas regiões tropicais (FERREIRA *et al*, 2005). O aumento na incidência relaciona-se à elevação de problemas médico-sociais, mendicância, abuso de drogas, epidemia de HIV/Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), bem como à qualidade de vida de uma população cujos indicadores são representados por condições de alimentação, moradia e saneamento básico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2010), no Brasil, no ano de 2009, a incidência de casos novos de TB de todas as formas foi de aproximadamente 37/100.000 habitantes, com um total de 75.040 casos novos e recidivas, sendo, em torno de 61.000 pulmonares. O órgão ainda estimou que a incidência total de casos de TB, de todas as formas, notificados ou não, foi de 45/100.000 habitantes com um total de aproximadamente 96.000

casos novos e uma prevalência de 50/100.000 habitantes. O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2007) estima que ocorra no Brasil aproximadamente 5.000 óbitos por TB ao ano, sendo esta considerada a primeira causa de morte entre os pacientes com a Aids.

Estes números constituem a 9ª causa de internações por doenças infecciosas, o 7º lugar em gastos com internação pelo SUS por doenças infecciosas e a 4ª causa de mortalidade por doenças infecciosas (HIJJAR et al, 2005), fato que colocou o Brasil em alerta, para a necessidade de reorganização das estratégias visando diminuir a incidência e a prevalência da TB em todo território nacional.

No Brasil, em 2006, cuja taxa de mortalidade por 100 mil habitantes foi de 2,45, a Região Nordeste foi a que apresentou a maior taxa de mortalidade por TB (2,89). Entre os estados da Região Nordeste, a Paraíba apresentou a terceira maior taxa de mortalidade (2,93), ficando atrás apenas do Ceará (3,05) e de Pernambuco (4,39), estado que ocupou o primeiro lugar (BRASIL, 2008).

Entre todas as unidades federativas do Brasil, a Paraíba possui a 6ª maior taxa de mortalidade, ficando atrás, em ordem decrescente, do Rio de Janeiro (5,35), Pernambuco (4,39), Amazonas (3,11), Acre (3,06) e Ceará (3,05) (BRASIL, 2008). No Estado, os municípios prioritários no controle da doença e que obedecem a certos critérios de priorização são: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

À semelhança do que ocorreu com os demais países das Américas, no Brasil o Programa Nacional elaborou sucessivos planos de combate à TB objetivando a redução do problema, sendo o mais recente o PNCT com data de 1998, mas que apesar de sua existência, observa-se ainda no país, uma notificação de quase 90.000 casos novos da enfermidade por ano, e estima-se uma subnotificação em torno de 30%, o que pode gerar um agravamento da doença no futuro (BRASIL, 1999).

Devido aos altos números de incidência e mortalidade existentes, sendo mais presente em países com baixo nível sócio-econômico, a TB foi decretada, em 1993 pela OMS, como estado de emergência mundial. Com o propósito de reverter este quadro, o referido órgão vem estabelecendo diretrizes e estratégias globais para o controle da TB em todos os países, dentre as quais, destaca-se o DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) “(...) um conjunto de estratégias político-administrativas que inclui o tratamento supervisionado, com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento” (VIEIRA; RIBEIRO, 2008).

O tratamento supervisionado, um dos pilares da estratégia DOTS é definido como a observação direta da tomada de medicamento para TB pelo menos uma vez por semana

durante o primeiro mês de tratamento, aliado a vontade política, aquisição e distribuição regular de medicamentos e regular sistema de informação (BRASIL, 2004).

Apesar de a estratégia DOTS ter sido recomendada desde 1993 para todos os países que acumulam maior carga da doença, no Brasil, este só foi formalmente oficializado em 1999, por intermédio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2004). O objetivo geral seria o compromisso político governamental através dos gestores da saúde para o controle da TB, sendo de responsabilidades das Unidades Saúde da Família (USFs) tratar, supervisionar e controlar a TB junto à comunidade (RUFFINO-NETTO, 1999).

O PNCT, que contempla a estratégia da OMS, tem como uma de suas metas, expandir a cobertura do tratamento supervisionado para os 315 municípios brasileiros prioritários ao controle da TB. Esta estratégia continua sendo uma das prioridades mundiais para que seja possível atingir taxa de cura de 85%, reduzindo o abandono a menos de 5%, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da TB no mundo (WHO, 2001). “Visa reduzir a resistência medicamentosa, melhorar a adesão terapêutica, incrementar os percentuais de cura e, conseqüentemente, reduzir a incidência e a mortalidade por TB” (RODRIGUES et al, 2008).

A estratégia da OMS para o controle da TB no mundo inclui, além da ampliação da estratégia de tratamento supervisionado (TS/DOTS), controlar a coinfeção TB/HIV e a TB-MDR (Multidrogarresistente), contribuir para fortalecer o sistema de saúde, envolver todos os provedores de saúde (públicos e privados), estimular a mobilização dos doentes e comunidades, fomentar e promover pesquisas (BRASIL, 1999).

No Brasil, em 1998 apenas 3% da população era coberta pelo DOTS (BRASIL, 2002a), sendo que somente 27,6% dos estabelecimentos do sistema público de saúde integravam o programa, em sua maioria, centros de saúde especializados (TEXEIRA, 2000). Em 2002 esta cobertura alcançou 35% da população, sendo que em 2003 foi registrada uma ampliação de 34%, resultando em taxa da detecção de 55% dentro das áreas com cobertura DOTS. A taxa do sucesso do tratamento com a utilização do DOTS em 2002 era de 75%, com 18% dos pacientes em abandono ou transferência (VENDRAMINI et al, 2007). Em 2006, a cobertura populacional pela estratégia DOTS alcançou 86%.

A implantação da estratégia DOTS ao longo desta última década vem contribuindo com a descentralização das ações de controle da TB; integração entre ESF e serviços especializados (SE); facilitando o acesso ao tratamento da TB através da expansão da cobertura do PNCT para toda a rede básica.

No entanto, esta experiência vem se consolidando nas práticas de saúde de maneira gradativa e heterogênea diante das particularidades regionais e dos próprios atores envolvidos neste processo. Estudos realizados nos municípios prioritários do estado de São Paulo, em 2005, mostraram que há uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, observação da ingestão medicamentosa através do Tratamento Supervisionado - TS e busca de sintomáticos respiratórios para as UBS). As atividades gerenciais (manejo do sistema de informações, monitoramento da situação da TB a partir do banco de dados EPI-TB, planejamento e execução de treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde) são realizadas pela coordenação municipal do PCT e se configuram de maneira centralizada. As atividades de diagnóstico/tratamento são desenvolvidas, principalmente, nos PCTs das Unidades de Referência/Ambulatórios de Especialidades (54,5%) e são realizadas apenas 27,3% nas UBS. Acredita-se que, para contribuir efetivamente com as ações de controle da TB, seria necessária, primeiro, uma expansão da ESF e maior cobertura da população por este modelo de atenção (VILLA et al., 2006).

Vendramini e colaboradores (2007), em estudo realizado no município de São José do Rio Preto (SP), evidenciaram que o DOTS trouxe contribuições significativas para a redução da taxa de abandono e óbito. Entretanto, a taxa de cura sofreu um impacto nos primeiros anos, porém, manteve os mesmos patamares, nos anos seguintes. O mesmo foi relatado por Muniz e colaboradores (2005) no município de Ribeirão Preto-SP. A estratégia trouxe mudanças nos indicadores de abandono ao tratamento. Nos primeiros cinco anos, houve aumento nas taxas de cura, não alcançando, no entanto, os 85% esperados pelo PNCT.

No Estado da Paraíba, a implantação da estratégia DOTS foi iniciada em 1999, desde então, articulada à política de municipalização e, principalmente com as ações voltadas à reorganização dos serviços de ABS. Inicialmente, foram selecionados dez municípios que se enquadravam nos seguintes critérios: população superior a 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência. Em 2001, mediante avaliação e decisão do Núcleo de Doenças Endêmicas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (NDE-SES/PB), a estratégia DOTS foi implantada em mais vinte municípios.

Não obstante, é interessante reconhecer que os municípios agregam especificidades locais, sejam elas de cunho político, organizacional, humano, que os tornam heterogêneos na dinâmica de enfrentamento da doença (MARCOLINO et al, 2009). Apesar dos esforços despendidos na reorganização da rede de atenção e qualificação de recursos humanos, constata-se que a diversidade de problemas encontrados em grandes centros urbanos

(conglomerados populacionais, bolsões de pobreza) por vezes obstaculiza a descentralização e incorporação das atividades de controle da TB pelas ESF.

O município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, conta na atualidade com 180 USF perfazendo uma cobertura de 84% da população. Embora venha organizando um fluxo de atenção, descentralizando o atendimento aos indivíduos com TB para a ABS, a ESF ainda não funciona como “filtro” obrigatório para atenção especializada. É comum o usuário com sintomas de TB procurar espontaneamente o SE (Ambulatório Estadual de Referência) como primeiro contato e sem encaminhamento da USF.

Esta constatação motivou a elaboração deste estudo, norteado pelos seguintes questionamentos: Nestes 10 anos de implantação da estratégia DOTS, houve mudanças no fluxo de atenção aos casos de TB? Está ocorrendo um redirecionamento dos casos de TB de um nível com maior densidade tecnológica para o nível de atenção básica? A descentralização das ações de controle da TB para o âmbito das ESF vem se consolidando no município? Que fatores influenciam os usuários com TB ao eleger o local de atendimento?

O foco do presente estudo é centrado, portanto, no aspecto da descentralização da atenção aos casos de TB. Algumas hipóteses estão vinculadas a esta problemática: a) a atenção aos indivíduos com TB está sendo realizada, prioritariamente na ABS; b) a ABS funciona como filtro para os outros níveis de atenção; c) a escolha do local de atendimento é influenciada pelas necessidades do usuário. Com base nas hipóteses formuladas foi possível a elaboração dos objetivos propostos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GERAL

- Avaliar a descentralização da atenção aos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa, após dez anos de implantação da estratégia DOTS.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos casos de tuberculose segundo o local de atendimento (ABS- Atenção Básica à Saúde/ SE- Serviço Especializado);
- Analisar a tendência da proporção dos casos de tuberculose segundo a notificação, oferta de tratamento supervisionado segundo local de atendimento;
- Identificar na percepção do usuário os fatores que influenciam a escolha do local de atendimento.

Capítulo 2
Referencial Teórico

2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DA GESTÃO CENTRALIZADA À DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES

A atenção à saúde pública no Brasil teve seu início em meados do século XX com a elaboração de normas e organizações sanitárias que ficaram conhecidas como “sanitarismo campanhista”. Na década de 20 foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que, logo na década seguinte, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais, na década de 60, foram unificados dando origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Nesse período foi possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência, caracterizada pelo privilégio exercido pela prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento à saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada.

Em 1975, a Lei 6229 organizou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo. Esta organização tinha forte característica centralizadora no nível Federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do MS) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social) (BOSSERT; LARRAÑAGA; MEIR, 2000). O SNS sofreu fortes críticas de vários setores, principalmente da sociedade civil, devido a sua forma de organização.

Na segunda metade da década de 1980, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, mais precisamente em março de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram discutidas questões relativas à reforma do sistema de saúde do Brasil que deu origem a um relatório que serviu como base para os constituintes na elaboração da Constituição Brasileira dois anos mais tarde.

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto, fazendo valer os princípios do SUS (BRASIL, 2002a).

A constituição de 1988 concretizou princípios no que diz respeito à saúde, que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas interrelacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e

integralidade, os segundos, na descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social (BRASIL, 2000).

Para fins deste estudo nos deteremos ao princípio ético/doutrinário da universalidade que visa garantir, conforme texto da Constituição Federal de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado, para isso torna-se necessário facilitar o acesso aos serviços de saúde a todos, sem distinção, sendo necessário o emprego do princípio organizacional/operativo da descentralização para tal, que consiste na redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federativos, ficando a gestão do SUS sob a responsabilidade da União, estados e municípios (BRASIL, 2000).

Com o princípio da descentralização, além da gestão dos recursos referentes à saúde, veio a responsabilidade de garantir a oferta destes serviços, dessa forma, operacionalizando o princípio da universalidade e facilitando o acesso a tais serviços.

Entende-se que, para que existam os princípios éticos/doutrinários é necessário que os princípios organizacionais/operativos sejam estruturados, ou seja, para que ocorra a universalidade, a equidade e a integralidade, é necessário que ocorra a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Porém, este estudo abordará apenas o princípio da descentralização, avaliando o seu desenvolvimento e os seus resultados.

É importante observar que, na lógica adotada para SUS, os princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos, constituem um todo interdependente que devem desenvolver-se em constante interação. A descentralização dos serviços de Saúde é um dos componentes operacionais que concorrem para colocar em prática os princípios éticos/doutrinários da noção de saúde institucionalizada a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 2000).

Segundo a lei 8.080/90, no seu artigo 35, são definidos como critérios para a transferência de valores, de forma que os estados e municípios possam receber recursos para custear os serviços de saúde: o perfil demográfico da região; o perfil epidemiológico da população a ser coberta; as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; os níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos estaduais e municipais; a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Para habilitação no projeto de descentralização, a lei 8.142/90 define como pré-requisitos: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990; Plano de saúde; Relatórios de gestão que

permitam o controle de que trata o § 4.º do art.33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 1990b).

Através do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, o governo brasileiro reconhece a importância de descentralizar e desconcentrar as ações de controle da TB, e recomenda que a assistência aos doentes seja estendida a todas as UBS existentes (BRASIL, 2001).

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A existência primordial da TB data da época do antigo Egito, em que pesquisadores encontraram lesões tuberculosas em múmias. Porém, somente em 1882 o cientista alemão Robert Koch isolou a bactéria responsável pela doença, ficando esta conhecida como Bacilo de Koch (BK). Era uma doença comum entre artistas e intelectuais, e estava relacionada a um estilo de vida boêmio, sendo considerada uma “doença romântica” no decorrer do século XIX e até meados do século XX (SOUZA; VASCONCELOS, 2005).

Até o descobrimento do agente etiológico atribuía-se à TB uma presumível origem. Com a descoberta ocorreu um grande avanço no conhecimento e gradativamente a TB passou a ser vista como moléstia transmissível (BASTA, 2006).

No Brasil, a TB data praticamente desde o ano de 1500, com a chegada dos portugueses e jesuítas durante a colonização. Os grandes movimentos migratórios, advindos da vinda da Família Real para o Brasil no início século XIX, acarretaram a disseminação da doença (RUFFINO-NETTO, 1999), criando um ambiente favorável à transmissão entre a classe operária. Em decorrência das precárias condições de vida impostas no processo de industrialização do país, a TB assumiu definitivamente o papel de patologia transmissível e de caráter social (BASTA, 2006).

No final do século XIX e início do século XX – período em que a TB ainda não fazia parte da agenda de prioridades do governo, a mesma era considerada a maior causa de morte no Rio de Janeiro. As principais vítimas advinham da massa de trabalhadores, constituindo um grupo de miseráveis e esquecidos (BASTA, 2006). Em vista disso, o debate em torno desta doença era grande.

Toda esta ambiência criou um espaço propício para a reunião de um grupo de médicos e intelectuais em torno da idéia de se fundar um órgão específico para o combate da TB. Assim, em 4 de agosto de 1900 foi criada, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira Contra a TB, instituição de caráter filantrópico que reunia médicos, higienistas, intelectuais, membros da alta sociedade, colocando a serviço da ciência e da sociedade todo um instrumental de combate à TB (SANGLARD, 2003).

Foi unicamente quando as epidemias de febre amarela, varíola e peste regrediram que a TB passou a ocupar espaço no discurso oficial. Finalmente, o governo reconhecia o caráter social da doença e admitia a necessidade de um programa sanitário para combatê-la. Foi nesse contexto que em 1902 a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) determinou que a TB devesse tornar-se uma doença de notificação compulsória e que os doentes deveriam ser submetidos ao isolamento em sanatórios para o tratamento com medidas higiênico-dietéticas adequadas. Entretanto, até aquele momento, o Estado não estava aparelhado para dar conta do número crescente de tuberculosos, sobretudo porque a grande maioria deles era proveniente das camadas mais desfavorecidas da população (BASTA, 2006).

Na década de 10, reconhecendo a necessidade da atenção das autoridades sanitárias sobre a TB, Oswaldo Cruz propõe e instituiu um Plano de Ação Contra a TB obtendo, contudo, pouco impacto e repercussão. Com a Reforma Carlos Chagas, no início da década de 20, cria-se o primeiro serviço oficial para o controle da enfermidade, a Inspeção de Profilaxia da TB que preconiza a descoberta e tratamento dos tuberculosos (BASTA, 2006; RUFFINO-NETTO, 1999).

Resumindo, as duas primeiras décadas do século XX foram marcadas pelo convívio sombrio com a morte e pelo grande número de pessoas acometidas pela doença. A TB assumiu um caráter de pandemia de repercussão nacional. Porém, as projeções sociais da doença caíram desproporcionalmente sobre a população desfavorecida, sendo a maioria excluída do acesso às ações em saúde, carregando o estigma social de portadores do mal (BASTA, 2006).

A ampliação da intervenção Estatal no combate à TB se deu com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930 e as reestruturações ocorridas ao longo da década. No entanto, permanecia a convivência com as iniciativas filantrópicas, que lentamente, transferiam a responsabilidade ao Estado (FUNDO GLOBAL, 2010).

A atuação do Estado foi intensificada na década de 40, iniciando com a criação do Plano Federal de Construção de Sanatórios. Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de TB (SNT), com função de estudar os problemas relativos à TB e o desenvolvimento de meios de

ação profilática e assistencial, seguido do surgimento da Campanha Nacional Contra a TB (CNCT) em 1946, que tinha como finalidade coordenar todas as atividades de controle da TB, uniformizando a orientação nacional e sugerindo descentralização dos serviços. As consequências desta foram: o cadastramento torácico da população e o aumento da eficiência do programa, alterando o quadro de mortalidade (RUFFINO-NETTO, 1999), desempenhando um papel singular e assumindo como proposta a expansão da estrutura hospitalar e sanatorial em todo o país (FUNDO GLOBAL, 2010).

A descoberta da quimioterapia antibiótica específica, a partir da década de 1940, iria alterar mundialmente o perfil epidemiológico, a ação institucional e o conhecimento científico em relação à TB, além de repercutir nas representações sobre a doença, porém, apesar de ter ocorrido inicialmente uma queda acentuada da mortalidade, o uso dos antibióticos ocasionou o surgimento de bacilos resistentes (FUNDO GLOBAL, 2010).

Assim, no ano de 1948 utilizou-se efetivamente a estreptomicina, primeira droga com eficácia comprovada para o tratamento da TB, e o PAS (ácido paraminossalicílico) em 1949, que compunha o grupo de agentes antimicobacterianos do primeiro esquema tríplice, no início dos anos 50. Com a descoberta da Rifampicina e do Etambutol, sua indicação se tornou restrita. Em 1952 houve a utilização efetiva da Hidrazida (RUFFINO-NETTO, 1999; BACHA, 2005).

A década de 60 foi marcada pela utilização de esquemas terapêuticos padronizados, como o esquema standard durante 18 meses (estreptomicina, isoniazida e PAS) em 1964 e reduzido para 12 em 1965 (RUFFINO-NETTO, 1999).

Com a comprovação da eficácia dos quimioterápicos na cura da TB, ao longo das décadas de 50 e 60, o tratamento passou a ser primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária a maioria das internações. Como consequência, nas décadas seguintes foram, paulatinamente, sendo desativados os sanatórios e a grande maioria dos hospitais destinados à TB (FUNDO GLOBAL, 2010).

Nos anos 70 intensificou-se a ação do Estado no controle da doença até alcançar sua completa monopolização na década seguinte. Em 70 foi criada a Divisão Nacional de TB (DNT), em substituição ao SNT e teve como marco fundamental, o início da implementação do PNCT (FUNDO GLOBAL, 2010).

O PNCT é desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas três esferas de governo e está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a

distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários, até ações preventivas e de controle do agravo (BRASIL, 2004).

Os marcos dessa década foram finalizados com a introdução do esquema de curta duração (seis meses), por intermédio da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) em 1976 (RUFFINO-NETTO, 1999).

A consolidação do uso dos antibióticos como terapêutica eficaz para o tratamento da TB, ao lado das medidas profiláticas e da simplificação do diagnóstico, levou a uma mudança no perfil epidemiológico da doença com uma queda acentuada no índice de mortalidade (FUNDO GLOBAL, 2010).

Em meio ao universo de mudanças ocorrentes, em 1981 as ações de controle da TB foram transferidas para as Secretarias estaduais de Saúde (SESs). A partir de então, surgiram novas estratégias de organização dos serviços de saúde, dentre elas, o SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 (RUFFINO-NETTO, 1999), garantindo aos brasileiros o acesso ao atendimento público de saúde.

Ligada à Fundação Nacional de Saúde (FNS), criou-se em 1990 a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS). Neste ano, para reduzir gastos e descentralizar a administração para os estados, foi extinta a CNCT acarretando uma desestruturação a nível federal do PNCT, levando à queda da cobertura, diminuição da busca de casos, piora dos resultados de tratamento, aumento do abandono.

A magnitude do problema no início da década de 90 se expressava em estimativas de ocorrência de cerca de 7,5 milhões de casos e uma taxa de notificação de 74,6/100 mil habitantes, com mortalidade de 48/100 mil habitantes. Em resposta a essa situação, a OMS considerou a TB como uma emergência global em 1993 e formulou o DOTS, introduzido e recomendado pela quadragésima quarta Assembléia Mundial da Saúde (1991) a todos os países para a melhoria das condições relacionadas ao controle da TB, que combina o tratamento de curta duração com medidas políticas, organizacionais e de vigilância (WHO, 1999 apud MOTA et al, 2003; WHO, 2006 apud VENDRAMINI et al, 2007).

Mais tarde, a elaboração e implementação do Plano Emergencial (1994) a partir de 1996 objetivou aumentar a efetividade das ações de controle através da implementação de atividades específicas nos municípios prioritários, visando diminuir a transmissão até o ano de 1998 (RUFFINO-NETTO, 1999).

No âmbito do SUS, uma das estratégias de reestruturar um novo modelo de assistência à saúde no Brasil surge no ano de 1994, o PSF, o qual modificou o conceito vigente de saúde,

focalizando a valorização do ser humano e proporcionando um cuidado holístico baseado na prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua.

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBSs. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área delimitada. O PSF se integra a uma rede de serviços, de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e contrarreferência para os diversos níveis do sistema (PORTAL EDUCAÇÃO, 2008).

Com o objetivo de aumentar a cobertura para todos os 5.500 municípios do país, reduzindo a incidência e a mortalidade (RUFFINO-NETTO, 1999), foi lançado em 1996 o Plano Nacional de Controle da TB e desde então o MS recomenda a implantação do TS (DOTS) para o controle da TB (BRASIL, 2004). O referido órgão define, em 1999, a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações de controle.

Em âmbito nacional, a partir de 2001, as ações do Programa de Controle da TB (PCT) passam a ser responsabilidade de todos os municípios, privilegiando as unidades de saúde de nível primário. Através da reformulação do PSF, iniciada em 2003, começou, então, a ser definida a nova estratégia descentralizadora de controle da doença, atribuindo aos municípios a implantação dos programas de controle da TB, tornando-os responsáveis pelo tratamento ambulatorial (BRASIL, 2009). Com o Pacto de Gestão do SUS, incluso no Pacto pela Saúde de 2006, a descentralização é radicalizada e as atribuições do MS passam para os estados e os municípios, promovendo um choque de descentralização (BRASIL, 2006).

Até então, houve dificuldades no processo de descentralização. Em muitos lugares o tratamento continuou ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a Rede Básica (BRASIL, 2009).

A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas e se dará no âmbito da atenção básica, para garantir a implantação das ações de controle da TB (BRASIL, 2002c) que são: estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios, organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos, garantia de acesso ao TS ou ao Tratamento Autoadministrado (TA), proteção dos sadios, alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão.

Inclui-se ainda nas políticas, a instituição do Fórum Parceria Brasileira contra a TB, denominado Parceria Brasileira contra a TB/STOP TB Brasil, em 2008, instância colegiada,

de caráter propositivo, consultivo e de mobilização social, voltada para promover a prevenção e o controle da TB e da coinfeção TB/HIV por meio de esforços conjuntos e articulados de organizações governamentais e não governamentais, entidades públicas e privadas, entidades confessionais, academia, instituições de pesquisa, sociedade civil organizada, pessoas físicas e outros entes jurídicos nacionais e internacionais com atuação no Brasil, comprometidos com a temática e em parceria com o PNCT (BRASIL, 2008c).

No obstante a tamanha mobilização, há problemas sérios na área da saúde pública, como a continuidade dos programas e a adequação das propostas. Torna-se necessário criar alternativas, optar por um modelo de assistência voltado a uma prática de saúde participativa, coletiva e integral, vinculada à realidade da comunidade, assistida por uma equipe multiprofissional cujos objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das UBSs (RUFFINO-NETTO, 2001).

São sobejamente reconhecidos os resultados favoráveis da implantação da estratégia DOTS em diferentes países, nos PCTs. Os representantes da OMS têm insistido na sua eficácia e efetividade, assim como apregoado a sua implantação/implementação nos diferentes locais onde a TB representa uma grande carga como problema de saúde pública. O Brasil está entre os 22 países nessa situação (RUFFINO-NETTO & VILLA et al, 2006).

No âmbito nacional, a partir de 2001, as ações de controle da TB vêm se desenvolvendo orientadas pela mobilização técnica, política e social em torno de metas de controle da doença; pela melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; pela ampliação e qualificação da rede de laboratórios; pela garantia de assistência farmacêutica com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; pela capacitação de recursos humanos, descentralização das ações e mudanças no modelo de atenção com a reorganização dos serviços (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

O estado da Paraíba encontra-se habilitado na gestão avançada do Sistema Estadual, aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) desde 26/abril/2001, publicação feita através da portaria GM Nº 763 de 16.05.2001, em conformidade com a Norma Operacional Básica de Sistema Único de Saúde NOB/SUS 01/96 (PARAÍBA, 2001)

De acordo com Ruffino-Netto, Villa e colaboradores (2006), atendendo as determinações da Norma Operacional Básica (NOB/96), o gestor priorizava as ações do PCT no Estado. Qualquer município que apresentasse a mais incipiente forma de municipalização segundo a NOB/96 deveria incluir atenção ao doente de TB.

Com a implantação do DOTS no estado da Paraíba a partir de 1999, observam-se alterações nos indicadores referentes à situação epidemiológica da TB. Entre outros fatores

concorrentes, a causa desses indicadores parece ter sido a descentralização da estratégia para a atenção básica que, gradativamente vem sendo incorporada pelos profissionais que atuam na ESF (SÁ et al, 2006).

O autor supracitado refere ainda que quanto à situação atual das atividades técnicas em relação às atividades de diagnóstico e tratamento, percebe-se que as atividades continuam centralizadas, uma vez que não há expansão da retaguarda laboratorial, e que naquele ano, no Município de João Pessoa, o TS ainda permanecia centralizado, sendo realizado somente na Unidade de Referência.

Capítulo 3
Considerações Metodológicas

3.1 TIPO DE ESTUDO

A opção metodológica voltou-se para a articulação de distintas abordagens quantiquantitativa, empregadas de acordo com os objetivos propostos. Para avaliar a tendência da distribuição de casos de TB nos serviços de saúde de João Pessoa no período de 2001 a 2009, realizou-se um estudo epidemiológico observacional do tipo ecológico de série temporal, predominantemente analítico com abordagem quantitativa. Segundo Medronho (2009) são estudos em que a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas, que geralmente pertence a uma área geográfica definida. Afirma ainda que este tipo de estudo possa ser utilizado também para prever tendências futuras da doença ou avaliar o impacto de uma intervenção populacional. Conforme Terence e Filho (2006), a pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas que se preocupa em medir e analisar as relações causais entre as variáveis, permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

Com o propósito de explorar as compreensões subjetivas de indivíduos acometidos por tuberculose, caracterizar as experiências vivenciadas no percurso da escolha do local de atendimento da doença, optou-se pelo enfoque qualitativo. Trivinões (1992) afirma que com os estudos exploratórios “o pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seus estudos no limite de uma realidade específica, buscando maior conhecimento para, em seguida planejar uma pesquisa descritiva (...)”. O autor supracitado afirma ainda que “os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações do que se desejam pesquisar e que, este tipo de estudo, pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”. A pesquisa descritiva tem por objetivo conhecer a natureza do fenômeno, sua composição, processos que o compõem ou neles se realizam.

3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O cenário para o desenvolvimento do estudo foi o município João Pessoa, capital da Paraíba e um dos municípios considerados prioritários pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose para o controle da TB (Figura 01).

Segundo dados do IBGE (2010), João Pessoa, capital do estado da Paraíba, possui uma população de 716.042 habitantes e uma área territorial de 210,55 km² (0,3 % da superfície do estado), o município tem atualmente 64 bairros com uma área bruta de 160,76 Km². Limita-se ao norte com o município de Cabedelo através do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.



Figura 01: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários.

Fonte: <http://www.emepa.org.br>, 2010.

A rede de serviços de saúde do município está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (Figura 02), que recortam toda a extensão territorial da cidade, sendo o maior deles o Distrito Sanitário III, que engloba uma população de 179.229 habitantes, distribuída em 14 bairros. Para cada distrito, existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executada nas respectivas dimensões geográficas (SMS/JP, 2008).

Existem 04 Centros de Atenção Integral a Saúde (CAIS), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e 04 Hospitais que são: Ortopedia de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, Hospital Geral Santa Isabel, Hospital de Valentina de Figueiredo e Instituto Cândida Vargas, todos de gestão municipal (Relatório de Gestão DVS, 2008).

Para os casos de TB co-existem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

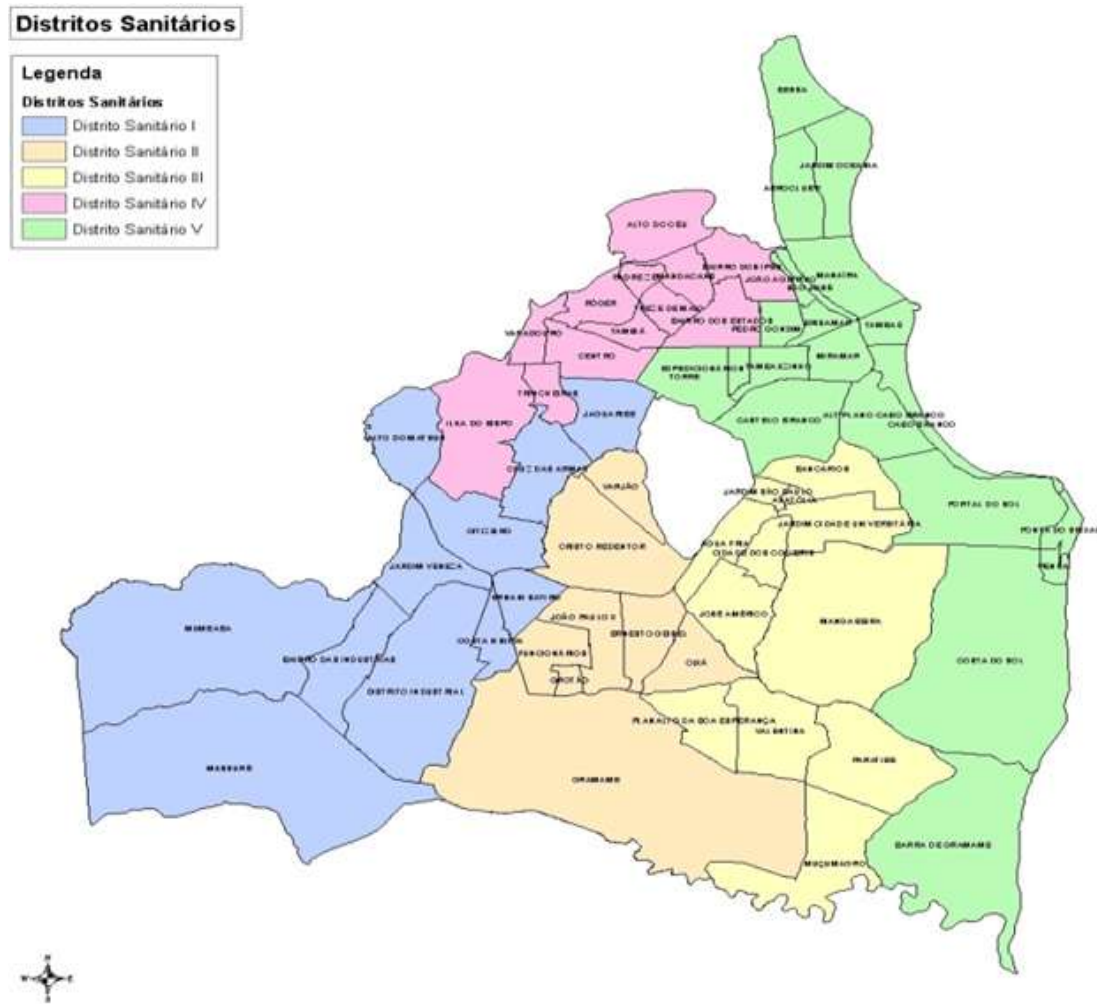


Figura 02: Divisão administrativa da rede de serviços de saúde do Município de João Pessoa.

Fonte: SMS / João Pessoa-PB, 2010.

Todas as 180 USFs (100%) foram qualificadas para a identificação dos sintomáticos respiratórios, acompanhamento e tratamento de TB em sua área de abrangência, sendo 36% de profissionais médicos, 49% de enfermeiros e 47% de odontólogos, realizadas pela área técnica de TB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As unidades de saúde possuem os insumos necessários para realização da coleta de material de escarro e solicitação de exames complementares para diagnóstico de TB (SMS/JP, 2008).

Para processamento e análise do material existem dois laboratórios municipais credenciados que são o Centro de Referência de Mandacaru e o CAIS de Jaguaribe.

A Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) está responsável pela elaboração, execução e monitoramento de ações no âmbito da prevenção, promoção e controle de doenças e agravos à saúde. Interligadas à Diretoria estão três Gerências de Vigilância: Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Da mesma forma as Gerências estão divididas em áreas temáticas. Neste caso a Gerência de Vigilância Epidemiológica tem em sua composição quatro áreas temáticas: Imunização, DST/AIDS, Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Doenças Transmissíveis. Embora não esteja contemplada oficialmente na estrutura do organograma a Diretoria de Vigilância em Saúde é responsável pelos Sistemas de Informação em Saúde, dentre eles o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação compulsória, inclusive da TB, em todo o território, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal.

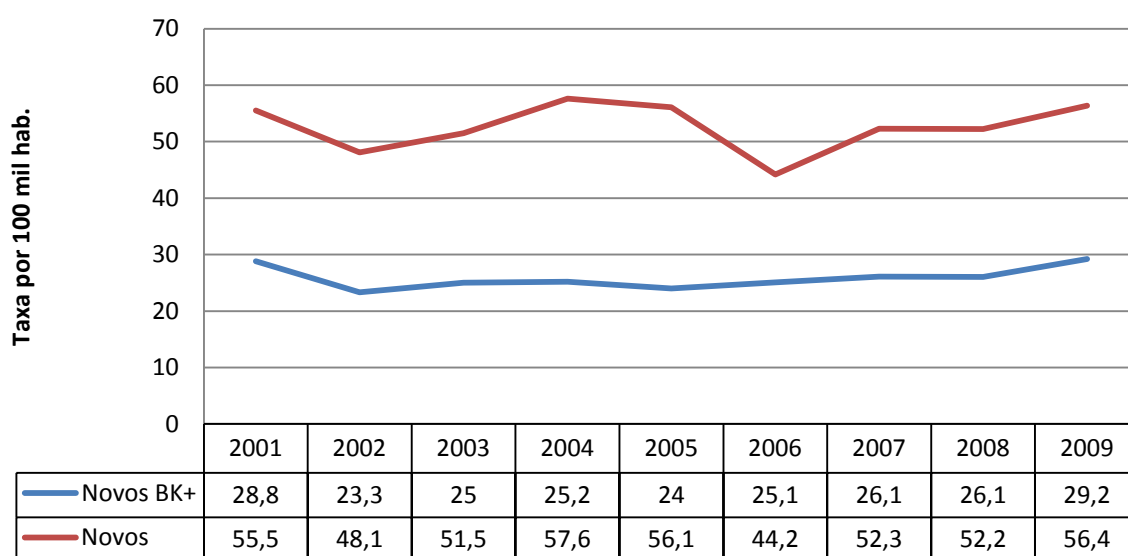


Figura 03: Coeficiente de incidência de Tuberculose por todas as formas no município de João Pessoa - 2001/2009.

Fonte: SINAN / DAS / SMS, 2010.

Salienta-se que a DVS, em João Pessoa, fica responsável em monitorar todas as notificações e investigações de casos de TB no território municipal cabendo a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) o desenvolvimento das ações de controle.

Em relação aos coeficientes de incidência no período de 2001 a 2009 (Figura 03), observa-se que nos anos 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008 e 2009 o município apresentou

coeficientes acima de 50 casos por 100.000 habitantes, que caracteriza valores superiores a média nacional.

3.3 POPULAÇÃO

3.3.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

A população do estudo foi composta inicialmente por todos os casos de TB notificados na base de dados do SINAN, no período de 2001 a 2009. Correspondendo a um total de 3717 casos de TB residentes no município de João Pessoa no período em questão.

Como critérios de exclusão foram considerados: casos que apresentaram ausência de dados referentes às variáveis de interesse do estudo (Quadro 01) e/ou que não concluíram o tratamento em João Pessoa.

A cada variável de importância ao estudo foi realizada a verificação referente a registros “em branco” ou inconsistentes, à categorização do serviço e erros de digitação, os quais foram retirados da amostra.

Desta forma, foram excluídos da população 47 indivíduos, somados todos os anos em questão, por apresentarem algum dos critérios de exclusão.

Quadro 01: Variáveis consideradas para o estudo.

DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL	CATEGORIZAÇÃO/ CODIFICAÇÃO
Local de Diagnóstico e Tratamento	0 = Serviço Especializado 1 = Atenção Básica
Sexo	0 = Feminino 1 = Masculino
Faixa Etária	0 = < 15 anos 1 = > 15 anos
Agravos associados	0 = Não 1 = Sim
Tratamento Supervisionado	0 = Unidade de Referência 1 = Atenção Básica

3.3.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

Trata-se de uma amostra não probabilística, na qual foi utilizado como critério para seleção a variável relativa ao local de tratamento, que corresponde àqueles indivíduos que realizavam o tratamento em USF próxima a sua residência ou em Serviço Especializado (SE) e que estivessem, no mínimo, no terceiro mês de tratamento.

Foram entrevistados 14 indivíduos que estavam entre o terceiro e sexto mês de acompanhamento terapêutico, estando 09 em tratamento para a TB no CHCF (Unidade de Referência Estadual Especializada) e 05 no Centro Integrado de Mandacaru, Unidades da Atenção Básica com maior número de notificações de TB.

3.4 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Com o intuito de atingir os objetivos do estudo foram utilizados dois instrumentos de pesquisa. Para o estudo epidemiológico foi utilizado um roteiro de observação sobre o número de casos de TB notificados em João Pessoa no período de 2001 a 2009, estruturado com as seguintes variáveis: local de atendimento, sexo, classificação etária, notificações de agravos e tipo de tratamento (Apêndice A).

Para obtenção do material empírico (abordagem qualitativa) optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada, por permitir ao entrevistador discorrer sobre o tema sem condições pré-fixadas e, ao entrevistado, alcançar a liberdade e espontaneidade durante a investigação. Parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses e, em seguida, apresentam inúmeras interrogativas que surgem, na medida em que as respostas dos entrevistados são fornecidas (TRIVIÑOS, 1992). Por ter um apoio na sequência das questões, esse tipo de entrevista, que também é chamado de semi-aberta, facilita a abordagem e assegura, sobretudo, os investigadores inexperientes de que suas suposições ou seus pressupostos serão garantidos durante a conversa (MINAYO, 2006). Sendo assim, utilizou-se um roteiro de perguntas (Apêndice B) centradas nos aspectos que podem influenciar o usuário a eleger determinado serviço de saúde para realização do tratamento.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, João Pessoa / PB, ao desenvolvimento do projeto e encaminhamento de Ofícios da Coordenação do Curso de Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, ao CHCF e ao Centro Integrado de Mandacaru, iniciou-se a coleta de dados, a qual se deu nos meses setembro e outubro de 2010, em dois momentos distintos. No primeiro, foi realizada a coleta de dados, mediante consentimento prévio da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, junto à base de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), principal fonte de registros de doenças transmissíveis, onde se obteve os dados referentes aos casos de TB notificados do referido sistema de informações, nos anos de 2001 a 2009.

Após a coleta e análise dos dados secundários do SINAN, foi realizada a segunda etapa, onde, após consentimento da gerente do Núcleo de Educação Permanente do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (NEP/CHCF) e da Gerente de Educação e Saúde da SMS/JP, foram realizadas as entrevistas com 14 indivíduos, sendo 09 que realizaram o tratamento centralizado em unidade especializada, nesse caso no CHCF, situado no bairro de Jaguaribe em João Pessoa, por se tratar de Hospital de Referência estadual para o tratamento da TB assim como de outras doenças, de forma que as entrevistas foram realizadas no ambulatório da referida instituição.

Dando continuidade, foram entrevistados 05 indivíduos que realizaram o tratamento próximo a sua residência, por intermédio da atenção básica (descentralizado), o local escolhido foi a Unidade Integrada de Mandacaru, por se tratar da unidade de atenção básica responsável por um dos maiores números de notificações de TB junto ao SINAN no período em estudo. Para tal, foram contatados os responsáveis pelo referido serviço, que identificaram os prováveis participantes e por intermédio de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) as entrevistas foram realizadas no próprio domicílio dos indivíduos.

Objetivando possibilitar aos entrevistados a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão, optou-se pela técnica de entrevista individual. Para tanto, os mesmos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, garantindo o anonimato e o sigilo dos dados confidenciais a serem relatados, bem como da livre decisão de aceitar a participar do estudo, respeitando o direito de desistência em qualquer momento. Posteriormente às elucidações cabíveis e cientes do envolvimento, todos os entrevistados assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e as entrevistas gravadas em aparelho eletrônico de MP3 e transcritas. O tempo de duração de cada entrevista não pôde ser confirmado, pois, cada entrevista é única, e depende das circunstâncias que rodeiam a pessoa entrevistada e o teor do assunto em questão (TRIVIÑOS, 1992).

3.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Conforme mencionado anteriormente, para a análise dos dados dessa pesquisa foram aplicados os métodos quantitativo e qualitativo, e os resultados discutidos embasados na literatura pertinente ao tema. Polit e Hungler (1995, p. 158) afirmam que:

As abordagens qualitativas e quantitativas são complementares, representando palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Com a pesquisa multimétodo, isto é, com a mescla dos dois tipos de abordagem utilizada, pode haver um melhor enriquecimento de muitas áreas de investigação. Esta integração pode gerar oportunidades para testar interpretações alternativas dos dados, contribuindo também para a observação da medida que o texto modelou os resultados.

3.6.1 DADOS QUANTITATIVOS

Após a coleta dos dados secundários referentes aos casos de TB notificados no SINAN, foi verificada a consistência e realizada uma codificação dos dados, para análise através do pacote R, versão 2.10.1, objetivando analisar se as proporções de indivíduos atendidos na ABS ao longo do período em estudo são estatisticamente iguais. Para tanto, utilizou-se o Teste de Comparação de Proporções e, em seguida, foi realizado o Teste de Tendência de Proporções visando analisar se as referidas proporções apresentaram tendência de crescimento ou redução.

Segundo Triola (2005) uma hipótese estatística é uma afirmativa sobre uma característica da população.

São componentes formais para o teste de hipótese: hipótese nula; hipótese alternativa; estatística do teste; região crítica; nível de significância; valor crítico; valor P ; erro tipo I e erro tipo II

Para o Teste de Comparação das Proporções, inicialmente foram definidas a hipótese nula (representada por H_0), que é presumida verdadeira até que as provas estatísticas indiquem o contrário, e a hipótese alternativa (H_1), que deve ser complementar à H_0 , onde p_1 , p_2 , p_3 , p_4 , p_5 , p_6 , p_7 , p_8 e p_9 são as proporções das variáveis relativas a indivíduos que realizaram o tratamento na ABS.

Assim, para H_0 : $p_1 = p_2 = p_3 = p_4 = p_5 = p_6 = p_7 = p_8 = p_9$, ou seja, não houve diferenças significativas entre as proporções analisadas, sendo assim, as diferenças observadas são devidas ao acaso, no entanto, para H_1 : pelo menos um $p_i \neq p_j$, desta forma, em pelo menos um dos anos analisados ocorreu diferenças estatisticamente significativas.

A rejeição da hipótese H_0 não implicará que houve uma tendência, mas, que apenas ocorreu algum ano que se diferenciou dos demais por algum motivo que foi analisado separadamente.

Em estudos epidemiológicos, é comum o manuseio de dados compostos por uma série de proporções, muitas vezes, ocorrendo grupos que se enquadram em alguma ordem natural. Conforme Armitage (1955, p. 375) “a questão geralmente, não é então verificar se as proporções diferem significativamente, mas se elas mostram uma tendência significativa, para cima ou para baixo, com a ordenação dos grupos”.

Com intuito de averiguar se as proporções de indivíduos que fazem o tratamento na ABS apresentam alguma tendência para cima ou para baixo, durante todo período de estudo (2001-2009), foi realizado o Teste de Tendência de Proporções.

Considerando as proporções utilizadas no Teste de Comparação de Proporções, que apresentaram diferenças significativas entre se, foram definidas as hipóteses para realização do Teste de Tendência de Proporções, de forma que, para H_0 : não houve tendência nas proporções dos casos de tuberculose notificados na Atenção Básica de Saúde em João Pessoa no período em questão, no entanto, para H_1 : ocorreu tendência para aumento ou redução dos casos de tuberculose notificados na Atenção Básica de Saúde, no período estudado, em João Pessoa.

Assim, para testar a hipótese de que as proporções de indivíduos que realizaram o tratamento na ABS apresentam alguma tendência foi usado o Teste de Tendência de Proporções, o qual utiliza o Qui-quadrado (simbolizado por χ^2) que, segundo Medronho

(2009), “compara” as frequências observadas no estudo com as frequências esperadas se H_0 é verdadeira.

A estatística do teste tem distribuição χ^2 com 1 grau de liberdade.

Evidentemente, pode-se dizer que dois grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as frequências observadas e as esperadas em cada categoria sejam muito pequenas, próximas a zero.

Para medir as possíveis discrepâncias entre proporções observadas e esperadas, foi proposta a seguinte estatística do teste:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

O_i = frequência observada para cada classe;

E_i = frequência esperada para cada classe;

Soma para as k classes.

Nota-se que $(O_i - E_i) =$ desvio (d), portanto a fórmula também pode ser escrita como

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(d)^2}{E_i}$$

Ainda, percebe-se que as frequências observadas são obtidas diretamente dos dados das amostras, enquanto que as frequências esperadas são calculadas a partir destas.

É relevante notar que $(O_i - E_i)$ é a diferença entre a frequência observada e a esperada em uma classe. Quando as frequências observadas são muito próximas às esperadas, o valor de χ^2 é pequeno. Mas, quando as divergências são grandes $(O_i - E_i)$ passa a ser também grande e, conseqüentemente, χ^2 assume valores altos.

A região crítica é o conjunto de todos os valores da estatística de teste que nos fazem rejeitar a hipótese nula, já o nível de significância, representado por α , é a probabilidade de que a estatística de teste cairá na região crítica quando a hipótese nula for realmente

verdadeira e o valor crítico é qualquer valor que separe a região crítica dos valores da estatística de teste que não lavam a rejeição da hipótese nula (TRIOLA, 2005).

Já que o nível de significância de um teste, é a probabilidade máxima de rejeitar H_0 . Se, por exemplo, utilizarmos um $\alpha = 0,05$, H_0 será rejeitada somente se o resultado da amostra for tão diferente do valor suposto que uma diferença igual ou maior ocorreria com uma probabilidade máxima de 5%. Na prática, o valor de α é fixo. Geralmente os valores para o nível de significância podem ser de 0,01, 0,05 ou 0,10, sendo definido previamente pelo pesquisador.

O valor p consiste na probabilidade de que o valor calculado de uma estatística de teste é, no mínimo, tão extremo quanto um valor especificado da estatística de teste, de forma tal que a hipótese nula é verdadeira. Assim, o valor p deve ser menor que o valor de α para o qual podemos rejeitar a hipótese nula (DANIEL, 2009).

Dessa forma, se o valor p for inferior a α rejeita-se H_0 , caso seja superior, não existem evidências que permita rejeitá-la. Conclui-se que, a decisão de rejeitar ou não H_0 depende do valor p .

Quadro 02: Tipos de possíveis erros em teste de hipóteses.

Decisão	H_0 Verdadeira	H_0 Falsa
ACEITAR A HIPÓTESE NULA	Decisão correta (1- α)	Erro tipo II β
REJEITAR A HIPÓTESE NULA	Erro Tipo I α Nível de significância	Decisão correta (1- β) Poder do teste

Os testes de hipóteses estão sujeitos a dois tipos de erros: erro tipo I conhecido também como erro de rejeição ou erro α , aquele que ocorre quando rejeita-se H_0 quando H_0 é verdadeira, e o erro tipo II, também conhecido como erro de aceitação ou erro tipo β , que ocorre quando não rejeita H_0 quando esta é falsa (Quadro 02).

É necessário saber que existe uma relação entre o α , β e n (tamanho da amostra) de forma que, quando escolhermos ou determinamos quaisquer dois deles, o terceiro fica automaticamente determinado. Segundo Triola (2005) a prática usual na pesquisa e na indústria é selecionar os valores de α e n de modo que o valor de β fica determinado. O mesmo autor afirma ainda que quanto menor for o α maior será o β e vice e versa. Para o

controle do erro tipo I e erro tipo II é necessário o aumento do n, que neste estudo é suficientemente grande. Buscando minimizar ainda mais a chance de ocorrência do erro tipo II, optou-se por um teste ao nível de significância de 0,05.

As características dos indivíduos, em tratamento para TB notificados em João Pessoa durante os anos de 2001 a 2009 segundo o sexo, classificação etária, local de tratamento, tipo de tratamento realizado e o desfecho, foram apresentadas em forma de frequência e proporção, aos quais foi adicionada à análise comparativa desses valores ano a ano. Após a aplicação dos teste de igualdade de proporções e tendência para proporções, as variáveis foram descritas com a utilização de figuras e tabelas, que representaram os resultados do estudo.

3.6.2 DADOS QUALITATIVOS

Para a análise dos dados empíricos, optou-se pela utilização da Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin (1977 p.42), consiste em:

“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

Por meio do emprego da Análise de Conteúdo é possível extrapolar a abrangência descritiva do conteúdo das mensagens no campo das comunicações e se atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda dos significados manifestos (MINAYO, 2006).

Bardin (1977) organiza as fases da análise do conteúdo em três fases cronológicas: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase da organização propriamente dita, em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as idéias iniciais.

Os passos da pré-análise são:

1.a - Leitura flutuante - consiste em estabelecer o contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.

1.b - Escolha dos documentos - consiste em demarcar o universo dos documentos a serem analisados, constituindo-se um *corpus*. O corpus é o conjunto dos documentos considerados para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

1.c - Preparação do material - preparação formal dos documentos a serem analisados, constituindo-se novos documentos com todas as respostas de cada uma das perguntas.

1.d - Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores - determinar quais eram os índices (temas) encontrados nos documentos, determinando os seus indicadores através de recortes de texto nos documentos.

A exploração do material consiste na definição das unidades de registro e das unidades de contexto; definição dos sistemas de categorias e dos sistemas de codificação, e a identificação das unidades de registro nos documentos.

A unidade de registro é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial. É de natureza e de dimensão variável.

As unidades de contexto é a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação é a última etapa, consiste no tratamento estatístico simples dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise.

A análise foi organizada obedecendo às seguintes categorias: motivo da escolha do local de tratamento; vantagens e desvantagens relacionadas ao local escolhido; o melhor local para realização do tratamento.

Seguindo o princípio ético da resolução 196/96, a qual dispõe sobre o princípio do anonimato dos participantes da pesquisa, decidiu-se denominar cada indivíduo com o nível de atenção do local de atendimento (ABS ou SE) e a ordem sequencial em que foram realizadas as entrevistas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi aprovado em 09/09/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE, sob protocolo de número: 215/2010 e CAAE: 0044.0.351.000-10. Seu desenvolvimento obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual normatiza os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos de forma individual ou coletivamente, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996).

Em obediência a essa Resolução, foram assegurados aos participantes do estudo esclarecimentos sobre os objetivos, justificativa e métodos da pesquisa, através de informações que estiveram disponíveis no TCLE, assim como, o direito de desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem algum prejuízo, o direito ao anonimato, a confidencialidade e a privacidade, atentando ainda para o sigilo profissional e para a garantia da utilização das informações apenas para os fins da pesquisa.

Em relação à amostra quantitativa, como os sujeitos não foram envolvidos diretamente, haja vista utilizarmos dados secundários, não foi necessário o uso do TCLE.

Capítulo 4
Resultados e Discussão

A análise e discussão do presente estudo estão divididas em dois momentos distintos, primeiramente com análise quantitativa, de forma que se fez uso da análise estatística buscando contemplar o objetivo que se propõe a verificar: o processo de descentralização da atenção aos casos de TB no município de João Pessoa.

O segundo momento foi composto por análise qualitativa por meio da Análise de Conteúdo, com objetivo de identificar segundo a percepção do usuário com TB quais os aspectos que influenciaram a seleção do local de atendimento (ABS ou SE).

4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

A população inicial continha 3.717 observações, sendo excluídas 47 por não contemplarem os critérios de inclusão, ficando composta por 3.670 observações. Na análise sociodemográfica (Tabela 01), no que diz respeito ao sexo, não diferente de outras populações, a TB, no município de João Pessoa se torna mais prevalente em indivíduos do sexo masculino.

Tabela 01: Caracterização da população de notificados em João Pessoa, conforme as variáveis: sexo, classificação etária e local de atendimento.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	%
SEXO		
Masculino	2379	64,8
Feminino	1291	35,2
FAIXA ETÁRIA		
< 15 anos	226	6,2
> 15 anos	3444	93,8
LOCA DE ATENDIMENTO		
Serviço Especializado (SE)	3118	85
Atenção Básica de Saúde (ABS)	552	15

Na população total, ocorreram 2.379 (64,8%) casos de TB em indivíduos do sexo masculino e 1.291 (35,2%) do sexo feminino.

Segundo Galesi (2004), em estudo realizado no município de São Paulo, os indivíduos do sexo masculino têm 1,6 mais chances de adoecerem do que o do sexo feminino. Esta distribuição ocorre tanto em países desenvolvidos como nos que estão em desenvolvimento, fato relacionado às desigualdades entre os gêneros como, as diferenças fenotípicas, a variedade de comportamento e também as expectativas e os papéis que o homem representa na sociedade, influenciando assim a relação entre as doenças infectocontagiosas. Ressalta-se ainda que, indivíduos do sexo feminino têm um melhor cuidado com a saúde, buscando medidas preventivas e até mesmo tratando de doenças durante o início de sua instalação.

Para classificação etária considerou-se duas categorias, conforme preconizado pela OMS, a de menores de quinze anos (<15), caracterizados pela dificuldade de diagnóstico devido aos indivíduos nesta classificação etária não apresentarem sintomas sendo possível apenas por intermédio de exames laboratoriais e de imagem e a categoria de maiores de quinze anos que são os indivíduos sintomáticos.

Da população em estudo, 3118 (85%) indivíduos realizaram o tratamento em um serviço especializado, o que caracteriza a atenção centralizada nas unidades de referência, e 552 (15%) em unidades da atenção básica de saúde, entendida como atenção descentralizada.

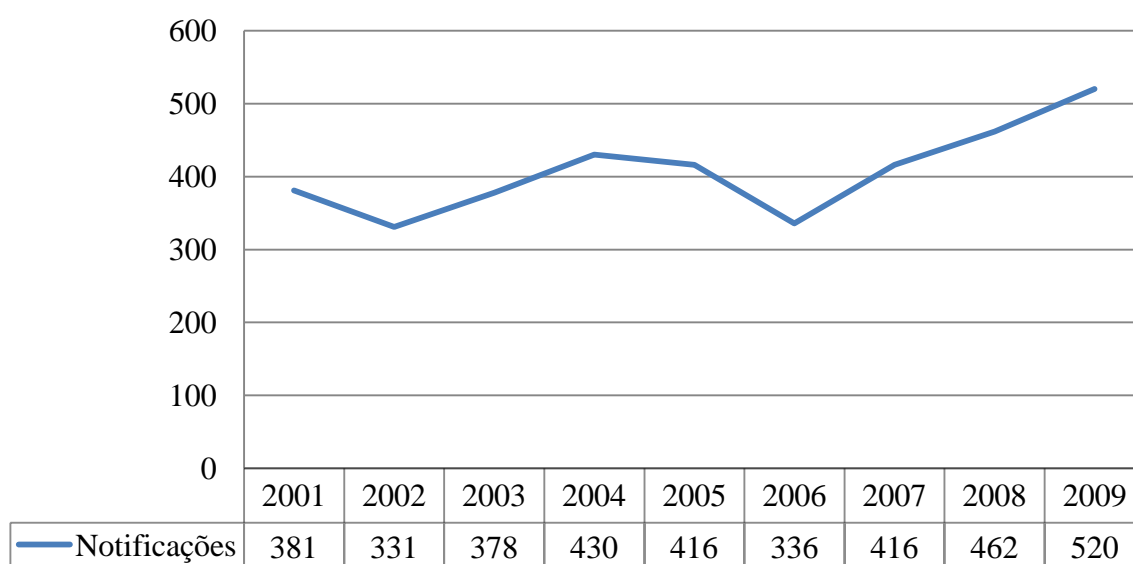


Figura 04: Tendência da distribuição dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Observando as notificações ocorridas entre os anos de 2001 a 2009 (Figura 4), verificou-se que houve uma média de, aproximadamente, 408 notificações de TB por ano, apresentando uma amplitude de 189 casos, o que corresponde a 5% das notificações realizadas nos referidos anos.

É possível observar, que ocorreu uma oscilação quanto ao número de notificações ocorridas entre os anos de 2001 a 2007, com especial atenção para os anos de 2002 e 2006.

No período entre 2006 e 2009 ocorreu uma tendência de crescimento do número de notificações ocorridas, havendo em 2009 o maior número de notificações durante todo o período em estudo.

Vendramini (2007) afirma que o descuido por parte dos governos e a má administração dos PCTs são fatores que colaboram com a persistência da doença.

Nos anos de 2002 e 2006 ocorreram os menores números de casos de TB notificados, com 331 e 336 notificações, respectivamente, que coincidem, justamente, com o ano de implantação PNCT no Brasil (2002) e com sua reformulação iniciada em 2006, com a política de atenção básica, quando começou a ser definida a nova estratégia descentralizadora de controle da doença, de forma que as ações de controle da TB seriam transferidas para a ABS.

No trabalho de expansão desse programa, foram treinados em todo o Brasil, em 2004, 12 mil profissionais das equipes do PSF, para diagnosticar e acompanhar o tratamento dos pacientes nas visitas rotineiras às comunidades (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

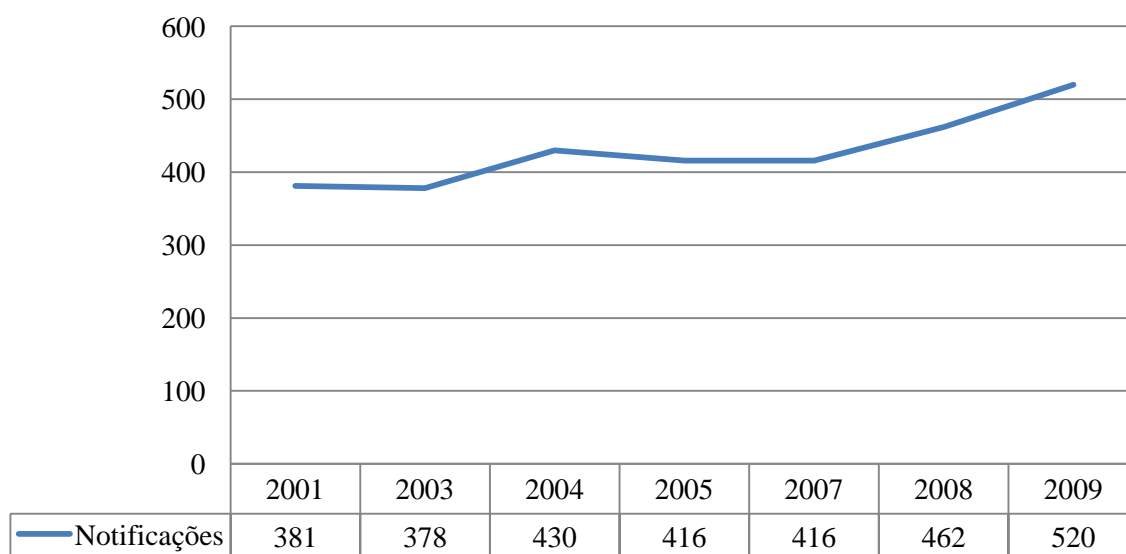


Figura 05: Tendência das notificações da tuberculose em João Pessoa de 2001 a 2009, excetuando os anos 2002 e 2006.

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Uma das principais linhas de ação do PNCT no período 2003 – 2007 foi o fortalecimento do PCT nos Estados e Municípios prioritários, com foco no paciente através da concessão de transporte e bolsa-alimentação para os usuários que realizassem o tratamento supervisionado que, de certa forma, refletiu na redução do número de notificações nos anos seguintes.

Ao retirar, da análise de tendência, os valores referentes aos anos de 2002 e 2006 é possível verificar uma tendência ao crescimento da quantidade de notificações (Figura 05).

Estes dados podem significar uma melhora na alimentação do sistema de informação, no entanto, percebe-se que os valores são bem elevados o que demonstra uma necessidade de intensificação das ações de controle da TB.

Divididos por ano e local de atendimento (Figura 06) podemos observar que no ano de 2003 mais de 90% dos indivíduos realizaram o tratamento no SE e que em 2006 observou-se a maior proporção de casos em tratamento na ABS.

Perrechi e Ribeiro (2009) afirmam que o tratamento para TB deve ser realizado, em sua maioria, em nível ambulatorial no local mais próximo à residência do paciente, com exceção apenas para casos em que existam agravos associados, ou seja, quando da avaliação por um profissional capacitado, este identifique algum agravo que necessite de uma atenção mais elaborada, que implique na utilização de recursos que não existam na ABS.

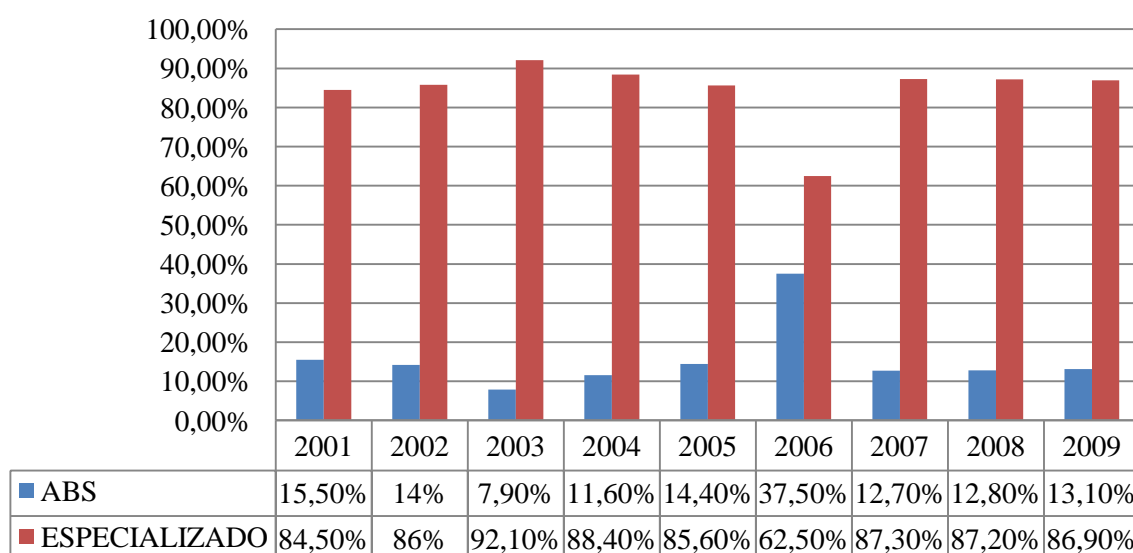


Figura 06: Proporção dos casos de tuberculose por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde - ABS ou Serviço Especializado - SE) no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

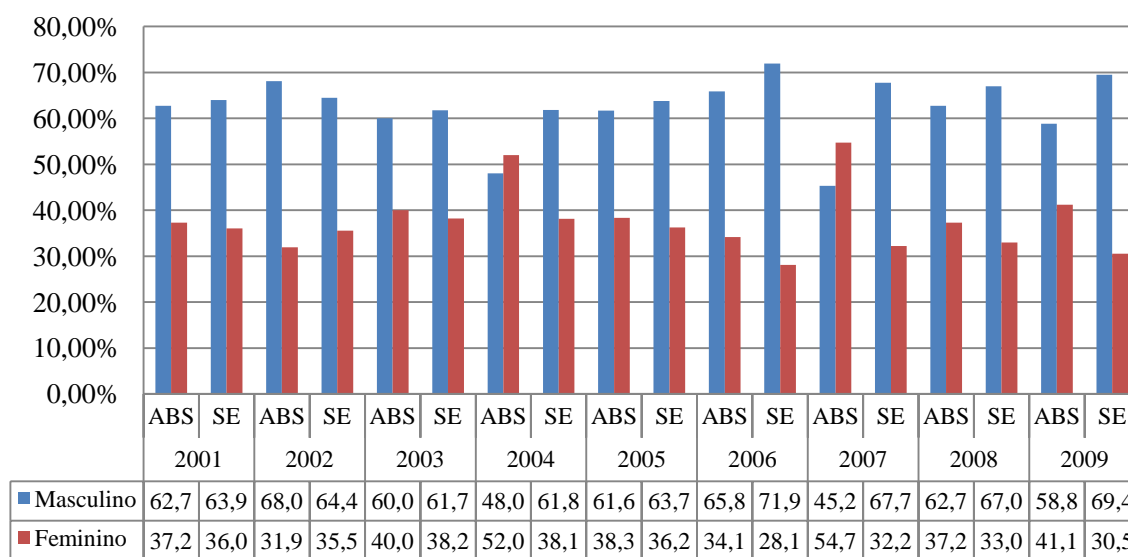


Figura 07: Proporção dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) e Serviço Especializado (SE) por sexo, no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Desta forma, nota-se que a maioria dos casos de TB está sendo tratado no SE independente de qualquer pré-requisito.

Quanto ao sexo e o local de atendimento, é possível observar que o sexo masculino foi maioria nos dois tipos de serviços em quase todos os anos, com exceção dos anos de 2004 e 2007 em que as mulheres foram maioria na ABS (Figura 07). Segundo Souza e colaboradores (2006), em relação ao gênero o predomínio masculino tem ocorrido no Brasil desde o início da epidemia.

Para Dolin (1998), os fatores epidemiológicos, biológicos, além da diferença de gêneros e de acesso aos serviços de saúde influenciam no número inferior de mulheres acometidas pelo bacilo, contudo, apesar da prevalência ser maior entre os homens, nas mulheres a TB constitui a principal causa de morte por doenças infecciosas.

Ao realizar uma análise comparativa da proporção entre os indivíduos do sexo masculino e feminino que realizaram o tratamento para TB na ABS, em cada ano do estudo, percebe-se que houve uma maior preferência do sexo feminino pela ABS em detrimento aos usuários do sexo masculino, com exceção apenas para o ano de 2002 (Figura 08).

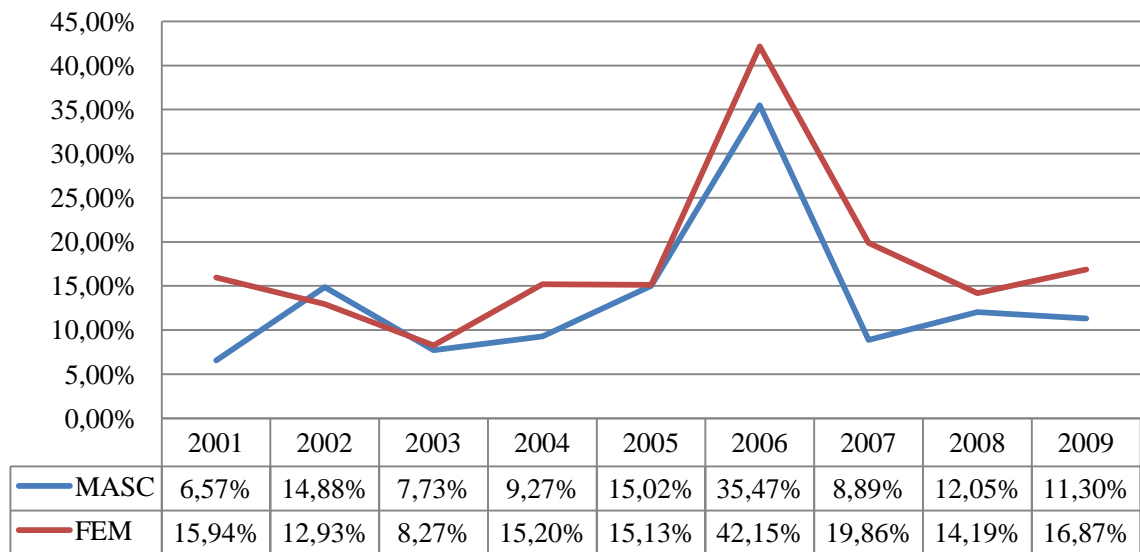


Figura 08: Proporção dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) por sexo, no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

A partir dos dados apresentados, justifica-se a necessidade de compreender as diferenças existentes entre homens e mulheres em relação à TB, bem como o comportamento frente à doença, visto que, para Diwan e Thorson (1999), as diferenças sexuais no controle da TB têm sido negligenciadas, sendo necessário explorá-las e conhecê-las.

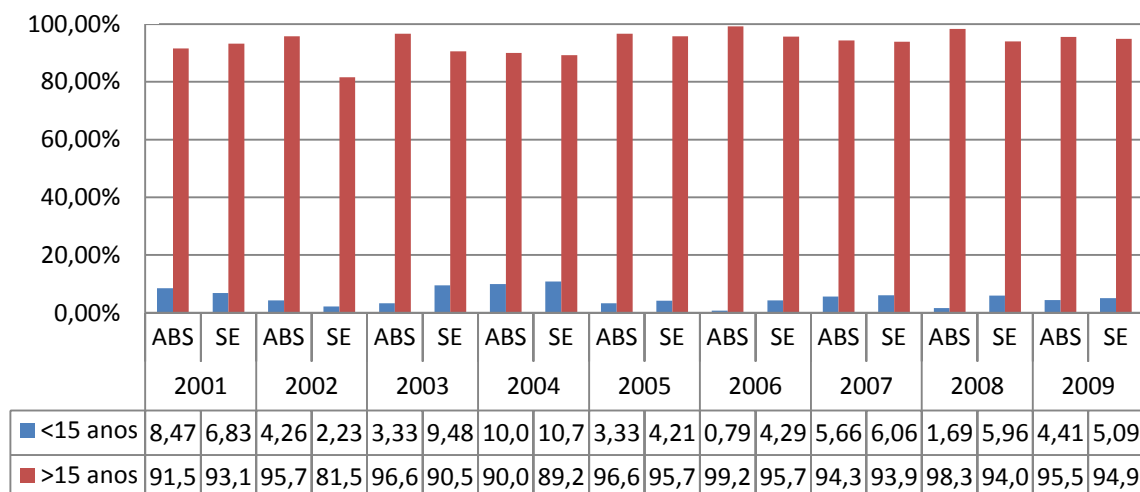


Figura 09: Proporção dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) e Serviço Especializado (SE) por classificação etária, no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Em relação à classificação etária, os indivíduos foram divididos como assintomáticos (< 15 anos) e sintomáticos (> 15 anos) de forma que, 93,8% do total correspondeu aos indivíduos sintomáticos.

Divididos por notificações ocorridas entre 2001 e 2009, conforme a figura 09, percebe-se que os indivíduos sintomáticos são maioria nos dois tipos de serviço, apresentando uma média anual de aproximadamente 93% das notificações, questão que merece uma atenção especial, já que os menores de 15 anos apresentam uma maior dificuldade de diagnóstico, caracterizando, talvez, casos de subnotificação.

Os casos suspeitos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser encaminhados para a unidade de referência para investigação e confirmação do diagnóstico. Após definição do diagnóstico e estabelecido o tratamento, a criança deverá voltar para acompanhamento na UBS (BRASIL, 2002c).

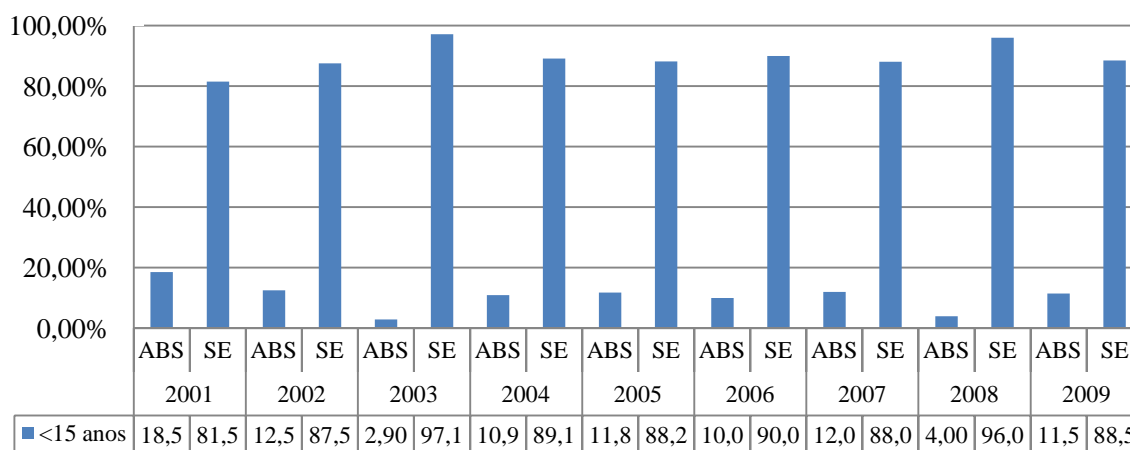


Figura 10: Proporção dos casos de tuberculose atendidos na Atenção Básica (ABS) e no Serviço Especializado (SE) por menores de 15 anos no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Quanto aos registros de casos de TB com agravos associados (Alcoolismo, HIV, Aids, Diabetes, Hipertensão Arterial, etc.), que é um dos pré-requisitos para definição do nível de atenção, observou-se que 857 (23,35%) indivíduos, apresentavam algum tipo de agravo associado, destes, 740 (86,3%) realizaram o tratamento em um SE (Tabela 02).

Tabela 02: Número (N) e frequência (%) dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa/PB atendidos nos serviços básico (ABS) e especializado (SE), relacionado à presença de agravo associado (2001-2009).

PRESENÇA DE AGRAVO ASSOCIADO POR LOCAL DE ATENDIMENTO

	N	%
ABS	117	13,7
SE	740	86,3

Fonte: SINAN / SMS / JP, 2010.

Na intenção de comparar as proporções de menores de 15 anos relacionando ao local de tratamento (Figura 10), foi possível observar que uma maioria realizou o tratamento no serviço especializado em todos os anos de estudo.

Estes resultados permitem a identificação da existência de falha no sistema de referência e contrarreferência, de forma que os menores de 15 anos encaminhados para o SE, objetivando a elucidação do diagnóstico, não retornaram para implementação do tratamento da TB na ABS, conforme recomendado pelo MS.

Comparando-se, ano a ano, a proporção de casos de TB notificados com agravo associado, através do teste de igualdade de proporções, verificou-se uma estatística do teste igual a $\chi^2 = 211,6741$ e um p - valor $< 0,001$, o que demonstra significância estatística em relação a diferenças entre as proporções analisadas, ao realizar o teste de tendência de proporção, com objetivo de verificar se existe uma tendência de aumento ou redução das proporções nos anos em estudo, obteve-se um $\chi^2 = 141,0667$, um p - valor $< 0,001$ isto determina uma tendência de crescimento estatisticamente significativa no decorrer do período em estudo.

É perceptível que a partir do ano de 2006 (Figura 11) ocorreu um aumento significativo nas notificações de indivíduos com agravo associado à TB, o que pode demonstrar um melhoramento na alimentação do SINAN, nesta variável, a partir deste período.

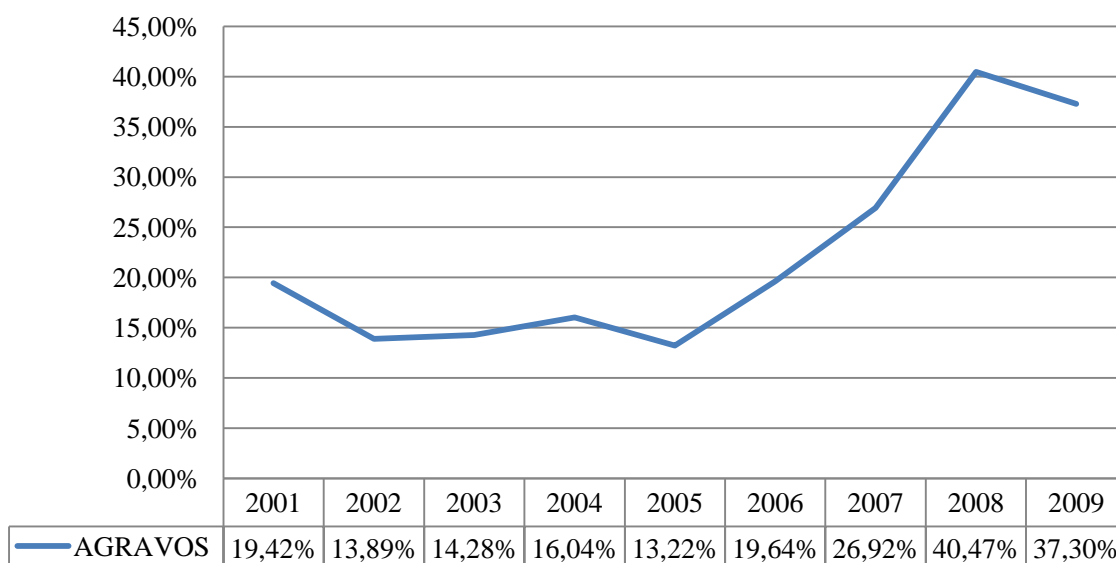


Figura 11: Evolução na proporção dos casos de tuberculose, concomitante à presença de agravos, notificados no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: SINAN / SMS / JP, 2010.

No caso de presença de agravo associado à TB, é importante o acompanhamento do tratamento em um SE, pois existe a necessidade de realização de alguns exames e até mesmo outro tratamento que não seja oferecido pela ABS, porém, é importante a supervisão intensiva destes indivíduos, principalmente nos casos de alcoolismo associado a TB, o que se torna mais fácil a sua efetivação por parte da ABS por intermédio da estratégia DOTS.

Quanto ao emprego do DOTS no município de João Pessoa, apenas 28,72% (1054), da população em estudo, realizaram o tratamento supervisionado e destes, aproximadamente 75% realizaram o tratamento em um SE.

No período em questão, é perceptível que a maioria dos indivíduos que realizaram o tratamento supervisionado, o fizeram no SE, com exceção do ano de 2006 em que houve uma inversão, de forma que aproximadamente 60% dos indivíduos realizaram o DOTS naquele ano e o fizeram na ABS conforme demonstra a Figura 12.

Segundo a OMS (2005), a cobertura populacional dos serviços de saúde que aplicam o tratamento supervisionado no Brasil (68%), em comparação com os 22 países com as maiores taxas de TB, era a segunda pior, melhor somente que a Nigéria (65%).

No Brasil, a expansão do DOTS vem se consolidando em consonância com a política de descentralização e municipalização para a organização da atenção básica, articulada à ampliação da cobertura do PSF.

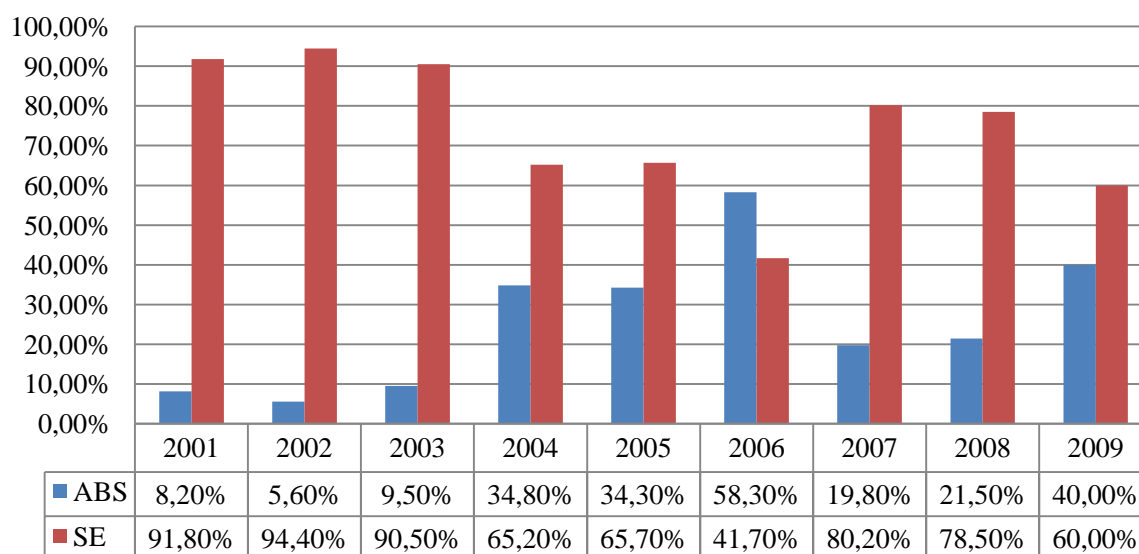


Figura 12: Proporção dos casos de tuberculose que realizaram o DOTS, por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde – ABS e Serviço Especializado – SE), no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados SINAN / SMS / JP, 2010.

Nesse enfoque, a responsabilidade das ações relacionadas ao DOTS tem sido transferida para as ESF, principalmente, no que concerne à identificação dos usuários, à notificação de casos e ao TS (RODRIGUES et al, 2008), visto que o processo de inclusão no TS exige uma avaliação individual e domiciliar de cada caso segundo alguns fatores de risco.

Ao se realizar o teste de igualdade de proporções entre todos os indivíduos que realizaram o TS e os que o realizaram na ABS, ano a ano, observou-se uma estatística do teste igual a $\chi^2 = 141,0167$ e p - valor $< 0,001$, o que demonstra uma diferença estatisticamente significativa, ou seja, pelo menos uma das proporções é diferente das demais. Ao se realizar o teste de tendência de proporção, obteve-se um $\chi^2 = 34,9992$ e p - valor $< 0,001$ o que demonstra uma tendência de crescimento na proporção de indivíduos que fizeram uso do TS no decorrer dos anos em estudo (Figura 13).

Observando os casos de indivíduos que realizaram o TS na ABS separadamente, percebe-se que no primeiro triênio do estudo, não houve uma diferença significativa entre as proporções, no entanto, nos anos de 2004 a 2006 é perceptível um aumento chegando a aproximadamente 60% dos casos em realização do TS comparados com o total de casos notificados na ABS com uma queda em 2007 e 2008 fechando em 2009 com 40%.

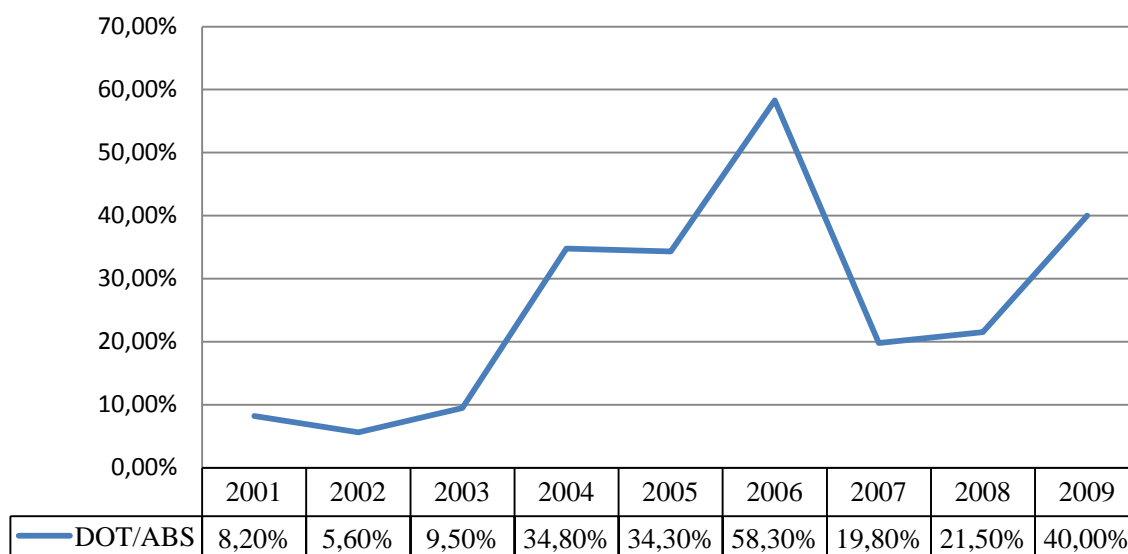


Figura 13: Evolução da proporção dos casos de tuberculose tratados na Atenção Básica de Saúde (ABS) em regime DOTS, no município João Pessoa/PB (2001-2009).

Fonte: Dados SINAN / SMS / JP, 2010.

Em estudo realizado por Andrade (2006), envolvendo os municípios prioritários para o controle da TB na Paraíba, identificaram como fatores limitantes que tendem a fragilizar a sustentabilidade da estratégia DOTS, a alta rotatividade dos profissionais de saúde, a falta de qualificação dos mesmos para atuar no controle da doença na porta de entrada do sistema, uma retaguarda laboratorial insuficiente e dificuldades operacionais no manejo do sistema de informações.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, decidiu-se testar a hipótese de que não houve tendência para aumento da distribuição dos casos de tuberculose notificados na Atenção Básica de Saúde no município João Pessoa no período de estudo, através do teste de igualdade de proporções e do teste de tendência de proporções.

Ao ser realizado o teste de igualdade de proporção, o qual se obteve um $\chi^2 = 157,0023$, $gl = 8$ e um p – valor $< 0,001$, percebe-se que as proporções no período do estudo não são iguais. Logo, foi realizado o teste de tendência de proporção que apresentou um $\chi^2 = 0,9024$, $gl = 1$ e um p – valor = 0.3421, o que demonstra que não houve tendência estatisticamente significativa, desta forma, aceita-se a hipótese nula. (Figura 16).

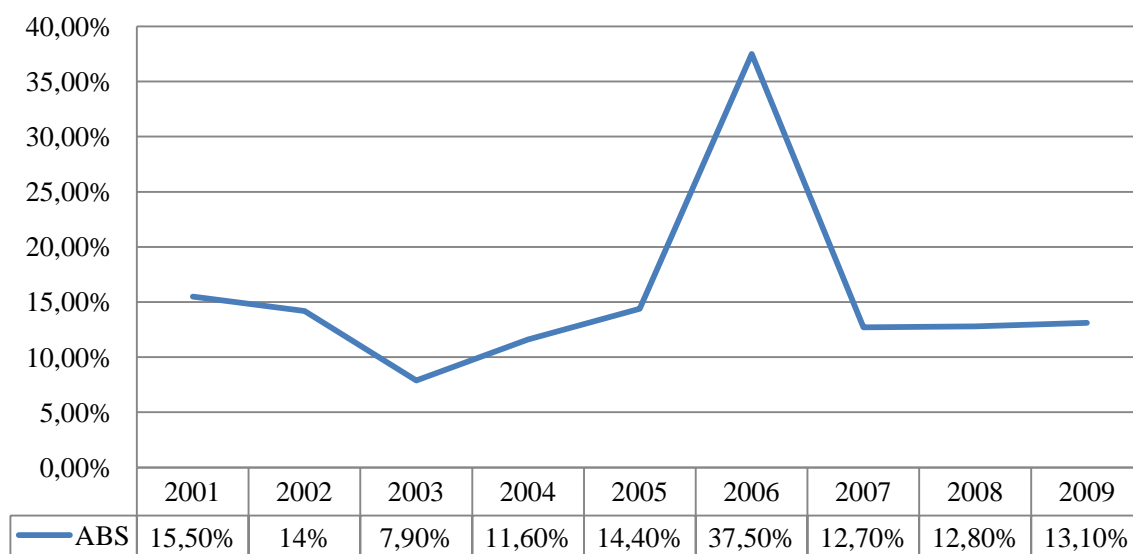


Figura 14: Evolução da proporção dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa, por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde) (2001-2009).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Os anos de 2003 e 2006 foram anos atípicos por apresentarem valores extremos com o menor e o maior número de notificações na ABS, respectivamente. Com a retirada destes dois valores para nova análise, obteve-se um $\chi^2 = 3,5104$, $gl = 6$ e um $p - \text{valor} = 0,7426$, o que demonstra que não houve diferenças significativas entre as populações em estudo, conseqüentemente, todas as proporções são estatisticamente iguais e que não existe nenhum tipo de tendência, desta forma aceita-se H_0 (Figura 17).

Na Figura 17, é possível observar que não existe nenhuma tendência de modificação das proporções, ano a ano, na ABS. As proporções variaram entre 11% e 16%, o que permite identificar que nos nove anos em questão não ocorreu nenhuma condição que caracterizasse a descentralização das ações de controle da TB para ABS.

Com vista dos resultados obtidos na realização do teste de hipóteses, viu-se a necessidade de identificar quais fatores interferem na descentralização das ações de controle da TB, buscando identificar os aspectos que podem influenciar a escolha do serviço de saúde pelo usuário em tratamento de TB.

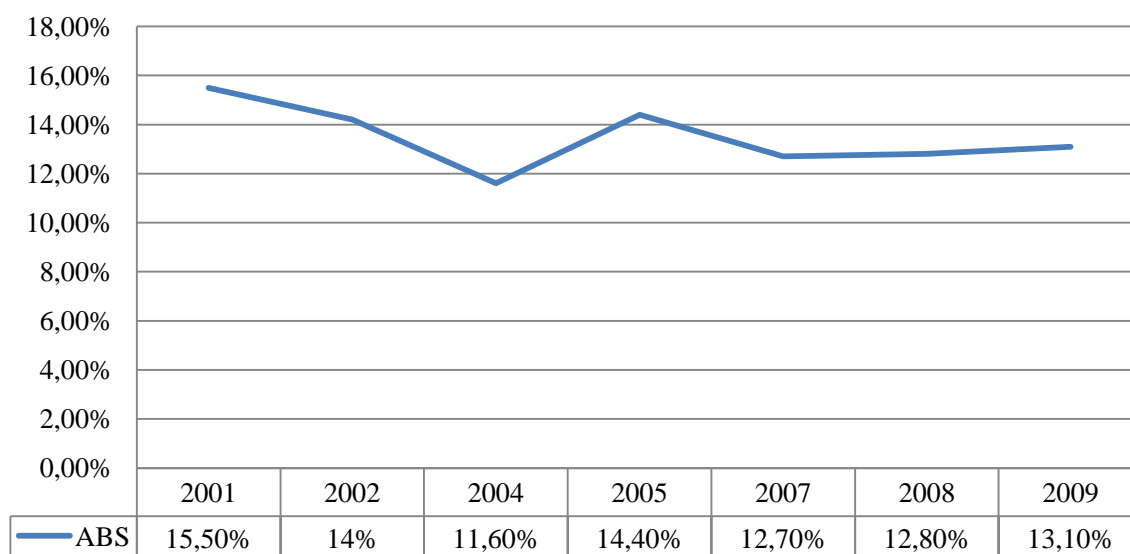


Figura 15: Evolução da proporção dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa, por local de atendimento (Atenção Básica de Saúde – ABS), (2001-2009, exceto 2003 e 2006).

Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Foram realizadas quatorze (14) entrevistas seguindo um roteiro pré-elaborado. Destes cinco (35,7%) realizavam o tratamento na ABS e dez (64,3%) no SE. Em se tratando do sexo, onze (78,6%) eram do sexo masculino, todos (100%) maiores de 15 anos, sendo que nove (64,3%) deles eram analfabetos, apenas dois (14,3%) tinham concluído o ensino fundamental e três (21,4%) o ensino médio. Em relação à ocupação apenas cinco (35,7%) estavam empregados.

A Unidade Temática que se segue, foi definida a partir da análise minuciosa dos discursos dos participantes do estudo.

4.2.1 UNIDADE TEMÁTICA “SERVIÇO ESPECIALIZADO *VERSUS* ATENÇÃO BÁSICA: REVELANDO AS VOZES DOS USUÁRIOS”

A utilização dos Serviços de Saúde é resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características sócio-demográficas e de saúde, a organização da oferta, o perfil epidemiológico, a proximidade, recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, a cobertura por planos de saúde privado e as percepções do indivíduo referentes à sua saúde (CAPILHEIRA, SANTOS 2006).

Através dos relatos dos entrevistados, em relação aos motivos que o levou a escolher aquele local para realização do tratamento de tuberculose teve como Unidade de Registro, para os usuários da ABS, a proximidade com sua residência e como Unidade de contexto a facilidade de acesso.

“É mais perto.” (ABS 3)

“Porque é um lugar mais próximo da minha residência. Porque quanto mais próximo melhor, né?” (ABS 4)

Os depoimentos assinalaram como elemento facilitador à utilização dos serviços ABS, às condições favoráveis de localização geográfica das Unidades de Saúde da Família. A acessibilidade geográfica reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida pela distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros fatores (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002). Verificam-se ainda nos discursos que a eleição do serviço relaciona qualidade com proximidade (*“...quanto mais próximo melhor... ABS4”*)

Martins (2006), em pesquisa envolvendo a acessibilidade aos serviços de saúde realizada no município de Uberaba – MG, constatou-se que a proximidade da residência ou trabalho foi declarada pela maioria dos pesquisados como motivos que influenciaram na procura dos serviços. Em seu estudo destacaram-se as expressões referidas pelos entrevistados: “é mais perto”, “aqui é mais fácil”, “é ponto central”, “o acesso é mais fácil”, “trabalho perto”, “tenho parentes que moram perto”. Assim sendo, Prado, Fujimori e Cianciarullo (2007) ressaltam a importância da organização dos serviços adequados à estratégia Saúde da Família, que trabalha com o princípio da territorialização facilitando o acesso do usuário até a unidade de saúde.

Ramos e Lima (2003) acrescentam, no entanto, que existe uma estreita relação entre acesso geográfico e acolhimento, pois mesmo havendo facilidades decorrentes da disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do cidadão, identificam-se fatores

determinantes da escolha que passam pela forma como o usuário é recebido e a resolutividade desses serviços.

Portanto além da acessibilidade geográfica, o acesso a saúde tem vinculação com características individuais e da organização dos serviços de Saúde. Relacionados aos aspectos sócio-culturais e econômicos dos indivíduos deve-se considerar: as condições de vida; de habitação; nutrição; grau de instrução; níveis de emprego; renda; seguridade social; o conhecimento sobre o próprio corpo; nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos; dificuldades de comunicação com a equipe de saúde; crédito dado ao sistema de saúde. Quanto às características ligadas ao modo de organização, incluem aspectos como: tempo para obter uma consulta, tipo de marcação (agendamento), turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento. (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002).

Quando aos questionados sobre o motivo que o levou à procura do SE quando da suspeita do diagnóstico de tuberculose, é possível identificar nos discursos características individuais e organizacionais que orientaram à procura por este serviço.

“O Médico do “Laureano”¹ quem me encaminhou.” (SE 4)

“Encaminhamento do médico particular.” (SE 10)

“Uns amigos me disseram: se for tuberculose, o Clementino Fraga, ele é especializado nisso... Pode ir pra lá.” (SE 9)

“Porque no PSF não tem médico.” (SE 8)

“Encaminhamento do posto.” (SE 3)

“Vim encaminhada da médica do PSF”. (SE 6)

¹ Hospital Napoleão Laureano – Hospital filantrópico do município João Pessoa / PB, referência no tratamento de pacientes com câncer.

Os depoimentos expressam crenças e hábitos (*“...uns amigos me disseram: se for tuberculose...”*), (des)crédito dado ao sistema de saúde (*“...porque no PSF não tem médico”*), mencionando carência de profissionais na ABS.

É predominante nos relatos evidenciando que se adota como prática o encaminhamento e/ou procura espontânea por serviços especializados. Aciona-se a unidade de referência estadual para tratamento de doenças infectocontagiosas (Complexo Hospitalar Clementino Fraga), clínicas particulares ou consultas em planos de saúde. Por outro lado, observa-se que dois usuários elegeram inicialmente a ABS, entretanto foram encaminhados ao serviço especializado.

Em conformidade com a proposta de descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da atenção básica, seria esperado que as USF se consolidassem como “porta de entrada” do sistema de serviços de saúde. A conformação da USF como porta de entrada do sistema deve integrar cuidados básicos e especializados tendo como pressuposto comunicação sistemática entre os serviços, mediada pelo fluxo de referência e contra-referência.

Os achados apontam atuação paralela dos serviços, onde a ABS não funciona como filtro obrigatório para atenção especializada, sendo esta acessada diretamente pelo usuário, o que pode ser indicativo de insuficiente organização da rede de serviços. Ademais, apontam para ausência de um ponto de primeiro contato facilmente acessível na ABS, o que pode resultar no retardo ao diagnóstico e conseqüente agravamento do estado de saúde do doente. Sabe-se que quanto maior for o acesso aos serviços de atenção básica de qualidade tanto no campo assistencial como no campo da promoção e proteção à saúde, menor será a utilização de serviços especializados.

Não obstante, vale destacar, que a falta de resposta dos serviços de atenção básica e conseqüente encaminhamento aos SE ocasionam uso desnecessário de tecnologias ou mesmo incorrem em duplicidade de procedimentos.

Ademais, tal posicionamento influencia atitudes e reforça a idéia de que os SE são mais resolutivos. Denuncia posturas contraditórias com as diretrizes da ESF, cujo pressuposto contempla três sentidos diferentes e complementares: o de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nestas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com os centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Leva, consciente ou inconscientemente, a sobrevalorização, seja material ou simbólica do uso de tecnologias de produto, em detrimento dos serviços de atenção básica, intensivos em tecnologias leves.

Em pesquisa realizada por Nogueira e colaboradores (2008) em João Pessoa / PB, no que diz respeito ao modo como os pacientes foram encaminhados ao serviço de saúde foi demonstrado que, 36% (8/22) foram referenciados por hospitais locais; 27% (6/22) orientados

por familiares ou amigos; 14% (3/22) dos pacientes procuraram o serviço espontaneamente; 14% (3/22) não constavam informação e apenas 9% (2/22) foram referenciados pelas ESF.

Oliveira (2008) ao estudar o componente “acessibilidade às ações de diagnóstico e tratamento da TB no contexto dos serviços de saúde do município de Campina Grande / PB” destacou que 51% dos casos de TB diagnosticados não procuraram a USF por ocasião do diagnóstico da doença.

Em estudo realizado por Terra (2007) em São Paulo, este aponta que os doentes não têm confiança na resolubilidade do trabalho nas unidades de saúde, uma vez que é comum percorrerem vários serviços até receber o diagnóstico completo. Estes achados corroboram com o estudo de Arcêncio (2008), o qual verificou que 34,5% dos doentes de TB foram encaminhados pelo pronto atendimento ou hospital, sendo inexpressiva a contribuição da atenção básica na identificação dos casos, uma vez que somente 9,8% dos doentes foram diagnosticados por UBS.

Segundo Travassos e Castro (2008), a percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo pode originar o desejo de obter cuidado, que poderá implicar ou não a decisão de procura serviços ambulatoriais ou hospitalares para a obtenção de atendimento.

No contexto avaliado, foi solicitado aos usuários que elencassem aspectos vantajosos e desvantajosos quanto ao local eleito para tratamento. Quanto às vantagens, foram apontadas entre aqueles que procuraram a ABS, a disponibilidade e interesse da equipe quanto ao tratamento do mesmo.

“É bom porque ‘tudinha’ (ACSs) vêm deixar os medicamentos aqui”.
(ABS 2)

“Tudo direitinho”. (ABS 3)

“[...] fui bem recebido e as pessoas ‘demonstraram’ interesse pelo meu tratamento.” (ABS 4)

Na relação profissional/usuário de saúde, o respeito e a atenção aos anseios, dúvidas, opiniões e sentimentos do usuário evidencia a qualidade da atenção ‘[...] fui bem recebido e as pessoas “demonstraram” interesse...’. Franco e Merhy (2005) propõem a reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, um processo de trabalho

usuário centrado e relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias relacionais para a assistência aos usuários. O mesmo autor descreve que “o usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades e é nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuido”.

Quanto às desvantagens, os usuários da ABS identificaram insuficiência de estrutura física, equipamentos, medicamentos etc.

“[...] O atendimento é bom, mas falta nebulização, que o principal da minha doença. Às vezes o médico passa o medicamento, mais tem vez que não tem. O PSF é meio longe, mas dá pra eu ir devagarzinho, ‘né’?” (ABS 2)

“É ruim porque eu com esse cansaço não podia ir até lá e ela (ACS) é quem vem trazer os medicamentos.” (ABS 3)

Por outro lado, o que foi mencionado pelos usuários como deficiente nos serviços de ABS, foi considerado eficiente pelos usuários atendidos no SE. Apontam que as unidades de referência têm boa estrutura física e capacidade funcional, acesso rápido a procedimentos e exames laboratoriais, disponibilidade de medicamentos e profissionais capacitados.

“Porque além de dar os remédios, a doutora é capacitada e aqui tem muito processo. Mas, se meu problema for outra coisa, eu já ‘tô’ aqui pra ter melhora.” (SE 6)

“Porque tem medicamento e médico pra atender.” (SE 7)

“Aqui tem um acompanhamento melhor do que no PSF (ABS). Os profissionais são bons, medicamentos não faltam, exames [...]” (SE 9)

Os discursos retratam uma concepção restrita do processo saúde-doença com ênfase na figura do profissional médico, seguimento das ordens médicas no tratamento e ingestão

medicamentosa. Como a percepção do usuário sobre determinado serviço é particular, pois se desconhecem os critérios que utiliza para definir a qualidade do serviço, também é difícil identificar o que significa para ele um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde (TURRINI et al, 2008). No entanto, pressupõe-se que a capacidade resolutive de um serviço, disposição de atender as necessidades de saúde da população, se traduz em maior credibilidade e assiduidade mesmo reconhecendo que a utilização de tal serviço, exige deslocamento, despesas com transporte.

“Porque só existe aqui mesmo. É encaminhado de lá pra cá. Só é ruim o transporte de lá pra cá. Ai tem despesa.” (SE 1)

“A lonjura e às vezes a pessoa não tem dinheiro pra vir.” (SE 3)

“A desvantagem é a distância.” (SE 9)

“A única desvantagem é que aqui é longe.” (SE 10)

A localização em que estão situados os serviços de saúde vai determinar que tipos de recursos serão necessários para que a população receba atendimento. Caso estes recursos não estejam disponíveis, ou mesmo ao alcance dos doentes, o acesso aos serviços pode ser prejudicado, comprometendo o estado de saúde do doente. Em estudo realizado por Mendes e Fensterseifer (2004) com doentes de TB em um Centro de Saúde de Porto Alegre/RS, constataram que o custo de passagem para realização do tratamento e a falta de ajuda de custo foram os fatores associados ao maior abandono do tratamento. Já Gonçalves e colaboradores (1999) ressaltam que a falta de dinheiro para chegar até os serviços de saúde constitui um dos principais fatores relacionados ao não seguimento do tratamento pelo doente.

Outros estudos apontam que não foi detectada diferença em relação à distância entre o domicílio e o serviço de saúde como aspecto para impedir o tratamento, verificando-se que alguns indivíduos se sentem mais confortáveis em se tratar longe do domicílio, devido ao estigma da doença (CALDAS; QUEIROZ, 2000, PAIXÃO; GONTIJO, 2007).

Quando questionado aos usuários sobre a possibilidade de optar pelo serviço, observa-se que os usuários em tratamento na ABS, permaneceriam neste serviço, ressaltando apenas a possibilidade de não se deslocar para realização de exames.

“Aqui (ABS), porque é mais perto, né? Ir pra lá (CHCF) tem que estar gastando dinheiro com ônibus [...]. Fica mais complicado. Se pudesse fazer os exames aqui era melhor ainda.” (ABS 3)

Ao descentralizar o acompanhamento dos casos para a ABS, espera-se que este nível esteja integrado a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes. Os procedimentos para diagnóstico (coleta de escarro para baciloscopia) e complementares (bioquímicos) devem estar disponíveis nestes serviços. Entretanto, as USFs do município de João Pessoa não contam com este recurso. Em geral, os usuários têm que se deslocar para Unidades Específicas para coleta de materiais, o que gera despesas com transporte, perda de dia de trabalho.

Para assegurar a adesão do doente de tuberculose ao tratamento, os profissionais de Saúde da Família devem estar sensibilizados para conhecer as necessidades do usuário e para desenvolver a co-responsabilização na assistência. É de capital importância escutar as queixas do doente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo, princípios fundamentais da Saúde da Família (SÁ et al, 2007).

Entre os usuários em tratamento no SE, alguns manifestaram interesse em fazer seguimento na ABS, o que aliviaria em tempo de espera e gastos com locomoção. No entanto queixam-se de falta de médico para o atendimento.

“Se tivesse médico no PSF (UBS) pra atender a gente, eu preferia o PSF (UBS), mas como os médicos estão aqui nos hospitais a gente tem que vir ‘pros’ hospitais.” (SE 4)

“PSF (UBS), porque eu não teria que me locomover tanto, e lá eu não precisaria estar aguardando tanto. Já ‘faz’ mais de duas horas que eu estou aqui.” (SE 9)

Castanheira e colaboradores (2009) apontam que em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista, 32% do total das unidades (36/113) relataram ter permanecido sem nenhum médico por algum período durante o último ano, o que certamente caracteriza um grande obstáculo para o bom funcionamento das ESFs.

Entre os que preferem permanecer em tratamento no SE, o fator decisivo para eleição deste serviço foi a presença do profissional médico.

“No Clementino (CHCF), porque aqui tem mais recurso. Se tivesse o mesmo recurso e a mesma médica eu ia pro PSF (UBS).” (SE 6)

“Aqui no Clementino, porque é melhor do que lá que não tem médico.” (SE 8)

“Aqui (CHCF). Porque no PSF raramente tem médico, e quando tem não quer atender. Aqui tem médico toda hora, por isso escolhi fazer aqui.” (SE 10)

Novamente, surge como justificativas de escolha do local para realização do tratamento as questões relativas à estrutura física, profissionais despreparados, e às condições de acesso, que estiveram presentes em todos os momentos das entrevistas. O acesso aos serviços de saúde é considerado um dos determinantes da utilização destes serviços. Pinheiro e Escosteguy (2009) afirmam que não somente a disponibilidade de recursos garante o acesso aos serviços de saúde, mas também, a distância, barreiras geográficas, o tempo de transporte ou mesmo o tempo gasto nas salas de espera ou em filas, além da disponibilidade de horários.

A universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios que regem o SUS, o modelo de saúde brasileiro que se caracteriza pela garantia de acesso equânime aos serviços de saúde, assegurado por lei como dever do Estado, através de uma política de inclusão social fundamentada na equidade, na integralidade e no respeito à dignidade humana. Todavia, a realidade cotidiana revelada se expressa na afirmação de que “não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (Fleury, 1997). Assis e colaboradores. (2003) reflete que “no cenário nacional convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.”

Capítulo 5
Considerações Finais

Com a reformulação do Sistema Único de Saúde, visando atender aos princípios de universalidade, equidade e integralidade, o poder de decisão passou para os municípios em gestão plena de saúde, descentralizando a gestão e as ações de assistência à saúde, de forma a obedecer aos três níveis de atenção, com início na atenção básica através das unidades básicas de saúde e de saúde da família. A partir desse entendimento, como forma de ampliação do acesso às ações de saúde, assim como, para a garantia de serviços variados e arranjos necessários para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, integrados aos demais níveis assistenciais, a atenção básica passou a ser prioridade.

Nessa perspectiva, as ações de controle da tuberculose, desenvolvidas majoritariamente nos serviços de alta complexidade, especializados, as ações passaram a ser foco da atenção, nos serviços de baixa densidade tecnológica, prevendo-se que estes locais estariam aptos a acolher e atender as necessidades dos usuários considerando o princípio da integralidade e resolutividade.

Esse processo vem sendo implantado progressivamente em todos os municípios brasileiros, porém em João Pessoa, no obstante a sua significância em termos de melhoria na administração e organização e na qualificação dos serviços de saúde, ainda perpassa por alguns obstáculos, dentre os quais citamos a resistência por parte de profissionais e usuários em aceitar a dinâmica do processo, ainda sendo preferencial, por ambos, o atendimento nos serviços especializados.

Com este estudo, observa-se um aumento gradativo no número de notificações de casos de tuberculose, no período estudado, fato que pode ser justificado pela intensificação da busca ativa dos sintomáticos respiratórios e/ou pelo aumento da disseminação do bacilo e/ou pela melhoria no processo de alimentação do sistema de informação, haja vista que o número de casos de tuberculose notificados em todo mundo é bem abaixo do estimado, em decorrência das subnotificações.

Percebe-se que os números ainda são elevados, revelando uma emergência em controlar a tuberculose, necessitando, para tanto, de intervenções mais intensas e efetivas, com vistas à minimização dos danos individuais e coletivos que assolam a população ou, quem sabe, a longo prazo, a eliminação da doença, em termos de saúde pública. Ademais, tais valores ainda não são os preconizados pela Organização Mundial de Saúde nem tão pouco, necessários para o alcance do controle da infecção no município.

É de suma importância considerar a relevância das adversidades referentes às questões de gênero dos usuários, no intuito de atendê-los de forma unânime e igualitária, reafirmando o

princípio da equidade proposto pelo Sistema Único de Saúde. Independente do sexo, a referência ao serviço especializado só deverá ser feita perante a necessidade de cada caso.

Um elevado número de indivíduos com agravos associados à tuberculose - candidatos à realização do tratamento preferencialmente no serviço especializado - recebe o tratamento em ambos os serviços sem distinção, demonstrando a necessidade de qualificação dos profissionais que atuam na atenção básica, tida como a “porta de entrada” da atenção à saúde, visando possibilitar a realização de uma triagem prévia que defina as necessidades de cada usuário e, conseqüentemente, o local mais adequado à realização do tratamento.

Referente ao emprego da estratégia do tratamento diretamente observado, sugere-se que ocorra uma maior intensificação nos serviços básicos de saúde de modo a assegurar a supervisão do tratamento, retirando o foco do serviço especializado, direcionando para este apenas os casos de real necessidade e que o mesmo assegure a contrarreferência. Recomenda-se uma melhor distribuição dos casos entre os dois serviços, respeitando a equivalência, disponibilizando os recursos, conforme a necessidade de cada caso, de modo a evitar a sobrecarga em um dos serviços.

Da análise, percebe-se que o desígnio do local de tratamento para a tuberculose está resumido apenas à escolha do profissional da unidade de saúde responsável pelo diagnóstico sem, de certa forma, avaliar as necessidades clínicas e sociais do usuário, atentando para suas preferências de acessibilidade e comodidade, garantindo a conclusão do tratamento e, conseqüentemente, colaborando com a redução do número de abandono.

Discrepante à falta de profissionais qualificados e reiterados ao que preconiza o programa de controle da tuberculose acrescenta-se ainda, como fator agravante, a alta rotatividade desses profissionais como elemento prejudicial ao bom funcionamento dos serviços de atenção básica e especializada.

Para suprir estas e outras falhas é de extrema relevância investir na realização de programas de educação permanente e na oferta de incentivos para os profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos na problemática da tuberculose, incluindo os gestores, tornando-a um evento de interesse comum e fator determinante para a busca de novas alternativas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e da vida de seus usuários.

Por outro lado, a realização de concurso para exercer tais funções nestes tipos de serviços, também poderá favorecer para com a seleção de profissionais mais qualificados, bem como para a permanência desses profissionais nos cargos assistenciais e administrativos.

Do exposto, percebe-se que a implementação do processo de descentralização é extremamente lento e complexo e para que este ocorra de modo efetivo e eficiente, é

necessário não só a transferência dos serviços de atenção à saúde para a atenção básica, mas também a estruturação das unidades de atendimento com equipamentos necessários a atender de forma integral, garantindo a realização de exames e o fornecimento dos medicamentos de forma ininterrupta, preparação dos profissionais e, principalmente, a conquista da confiança dos usuários, elementos cruciais que favorecem o sucesso do tratamento.

Ainda, é imprescindível uma maior integração entre os níveis de atenção, fortalecendo no sistema de referência e contrarreferência, priorizando a “porta de entrada” do sistema, segundo preconiza a Política Nacional de Atenção Básica de 2006, visando uma melhor adequação dos serviços conforme a necessidade de cada usuário.

Em resposta às questões norteadoras presentes no início deste estudo, percebe-se que não ocorreu alteração significativa no fluxo da atenção aos casos de tuberculose e que a atenção a estes casos continuam ocorrendo, em sua maioria, em serviços especializados. A descentralização das ações de controle da tuberculose para o âmbito da ESF, no município de João Pessoa, permaneceu inalterada durante todo o período em questão e a escolha do local de atendimento está resumida, em sua maioria, à decisão do profissional que realiza o primeiro atendimento.

Apesar da vigência e emergência do processo de descentralização, os estudos sobre esta temática ainda são escassos. Os resultados desta pesquisa vieram corroborar com a importância dos estudos sobre o processo de descentralização das ações de controle da tuberculose, assim sendo, as experiências realizadas em nível local, como o presente estudo em João Pessoa /Paraíba, estimula a produção de novas pesquisas sobre esta temática. Sugere-se a realização de novos estudos abordando esta temática abrangendo a gestão e os profissionais envolvidos no processo de prestação de serviços a cerca da tuberculose, objetivando a estruturação dos serviços e a capacitação profissional e ai sim, realização da descentralização de forma eficiente, eficaz e efetiva.

Capítulo 6
Referências

ANDRADE, M. N.. O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba (**Dissertação**). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2006.

ARCÊNCIO, R. A. et al. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, p. 527-531, 2008.

ARMITAGE, P.. Tests for linear trends in proportions and frequencies. **Biometrics**, v. 11, p 375-386, 1955.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2010.

BACHA, H. A. Tuberculose: diagnóstico e tratamento. **Prática Hospitalar** [online], n. 42, nov-dez, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2023-42.html>>. Acesso em: 29 ago. 2010.

BARDIN, L.. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A.. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 41, sup. 1, p. 4-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2010.

BASTA, P. C.. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 22, n. 2, p. 456-458, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200023&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 out. 2010.

BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; RUIZ MEIR, F.. Decentralization of health systems in Latin America. **Revista Panamericana del Salud Publica**, Washington, v.8, n. 1-2, Aug. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [DOU] Brasília (DF), 1990a.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [DOU] Brasília (DF), 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS.** 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d0202.def>>. Acesso em: 01 mai, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 07 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para Controle da Tuberculose.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil e no Mundo.** 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/divsep/arquivos/COAGRAVOS/GT%20Tuberculose/Eventos/Oficina%20Monitoramento%20Maio%20de%202008/Programa%20Nacional%20de%20Controle%20da%20Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/mat_tec/tb09_nt_adulto_adol.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº. 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [DOU] Brasília (DF), 1996.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão 60 Boletim de Pneumologia Sanitária - V. 10, n. 1 - jan/jun – 2002 de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: 1999, 184p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da Tuberculose - Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro (Brasil): FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000.

_____. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS 2001**, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set.2010.

151 f. **Dissertação** (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2006.

CALDAS, A. J. M.; QUEIROZ, L. S.. Causas de abandono ao tratamento de tuberculose em São Luis-MA. **Nursing, Revista Técnica de Enfermagem**, ano 3, n. 21, fev. 2000.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Epidemiologia da solicitação de exames complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 289-297, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28534.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2010.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, p. 84-88, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600014>. Acesso em: 29 dez. 2010.

DANIEL, W. W. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. 9th ed. United States of America: Wiley, 2009.

DIWAN, V.K.; THORSON, A. Sex, gender and tuberculosis. **Lancet**, 353:p. 1000-1001, 1999.

DOLIN, P. **Tuberculosis epidemiology form a gender**. In: DIWAN, V; THORSON, A.; WINKVIST, A. eds. Gender and tuberculosis. Göteborg, Sweden: Nordic School of Public Health, p. 29-40, 1998.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/OMS no Brasil. Brasília, 1992.

FERREIRA, A. A. A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 142-149, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/06.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2010.

FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Lemos Editorial, São Paulo, 1997.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC-ABRASCO, p. 181-193, 2005.

FUNDO GLOBAL. **A história da Tuberculose no Brasil**. Disponível em: <<http://www.fundoglobaltb.org.br/site/tuberculose/historia.php?Section=3&SubSection=2>>. Acesso em: 29 mai. 2010.

GALESI, V. M. N. Internação por tuberculose no século XXI: o caso do Município de São Paulo (**Tese**). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2003.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, out-dez. 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n4/1018.pdf>> Acesso em: 28 dez. 2010.

HIJJAR, M. A. et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 310-314, 2005. Disponível em: <<http://www.sopterj.com.br/tuberculose/curso/1.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2010.

LABES, E. M. **Questionário: do planejamento a aplicação na pesquisa**. Chapecó: Grifos. 1998, 128p.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 144-157, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2010.

MARQUES, R. M.. MENDES, A. Apolítica de incentivos do Ministério da Saúde para Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2002.

MARTINS, G. P. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção (**Dissertação**). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2006.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 2004. Disponível em: <<http://www.iah.iec.pa.gov.br>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOTA, F. F. et al. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 915-922, jul-ago. 2003.

MUNIZ, J. N.; et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: 06 de nov. 2010.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S.; PEDERSOLLI, C.E.. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, vol.7, no.1, p.33-42, jun. 1999. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2009.

NOGUEIRA, J. A. Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.

10, n. 4, p. 979-89, 2008. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a10.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

OLIVEIRA, A. R. Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde do município de Campina Grande/PB. **(Dissertação)**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2008.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. Tradução da 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D.. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista Saúde Pública**, v.41, n. 2, p. 205-213, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/07-5366.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2010.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C.. O Território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: <<http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=26>>. Acesso em: 04 fev. 2011.

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 11, p. 1100-1106, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a07.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C.. Epidemiologia e Serviço de Saúde. *In*: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap. 28, p. 515-523.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Programa de Saúde da Família: diretriz conceitual**. Jul, 2008. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5583/programa-de-saude-da-familia>>. Acessado em: 30 mai. 2010.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I.. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, p. 399-407, 2007.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S.. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1 p. 27-34, jan-fev, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2011.

RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.117-222.

RODRIGUES, G. O. et al. A expansão do tratamento supervisionado (TS) para o controle da tuberculose na Paraíba (1999/2005). **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 10, n. 3, p. 632-642, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2010.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim Pneumologia Sanitária**, v.7, n.1, p.7-18, jun. 1999. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v7n1/v7n1a02.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2009.

RUFFINO-NETO, A.; VILLA, C. S. (Org.). **Implantação do DOTs em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**, São Paulo: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SÁ, L. D. et al. A experiência da implantação do DOTs em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO-NETO, A.; VILLA, C. S. (Org.). **Implantação do DOTs em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**, São Paulo: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 4, p. 712-718, 2007. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf >. Acesso em: 28 de dez. 2010.

SANGLARD, G.. Filantropia e assistencialismo no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online], v.10, n.3, p. 1095-1098, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300017&script=sci_arttext >. Acesso em: 25 de set. 2010.

SOUZA, L. R. et al. Teste tuberculínico em indivíduos com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: relação com números de linfócitos T periféricos e atividade tuberculosa. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000500011>. Acesso em: 29 nov. 2010.

SOUZA, M. V. N.; VASCONCELOS, T. R. A.. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Química Nova** [online], v. 28, n. 4, p. 678-682, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422005000400022>. Acesso em: 23 nov. 2010.

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

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

TEIXEIRA, G. M. O controle da tuberculose e a saúde da família. Perspectivas de uma parceria. **Boletim de pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2000. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103460X2000000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2010.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E.. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, Outubro de 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2009.

TRAVASSOS, C.; ASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992. 176p.

TURRINI, R. N. T.; Lebrão, M. L.; CESAR, C. L. G.. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 24, p. 663-674, 2008.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Revista Latinoamericana de Enfermagem** [online], v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a25.pdf>. Acesso em: 28 out. 2010.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A.. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online], v.34, n.3, pp. 159-166, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n3/v34n3a06.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

VILLA, T. C. S. et al. A experiência da Implantação da Estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais**. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006. p. 75-139.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report 2001. Geneva, Switzerland, WHO/CDS/TB/2001.287. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.287.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2010.

Apêndices

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados no SINAN

a) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), por local de atendimento:

Local de Atendimento			
Anos	Serviço Especializado	Atenção Básica de Saúde	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

b) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), por sexo:

Notificações – Sexo			
Anos	M	F	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

c) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), por faixa etária:

Notificações – Classificação etária			
Anos	<15 anos	> 15 anos	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

d) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), com agravo associado (HIV; Hipertensão arterial; Diabetes Melitus; Alcoolismo, etc.):

Notificações – Agravos			
Anos	SIM	NÃO	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

e) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), quanto ao tipo de tratamento:

Notificações – Tipo de tratamento			
Anos	Autoadministrado	Supervisionado	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

- 1- Nº Identificação:
- 2- Sexo:
- 3- Local de Tratamento:
- 4- Idade:
- 5- Escolaridade:
- 6- Ocupação:
- 7- Qual o primeiro local que procurou tratamento?
- 8- O que o levou a procurar este local (ABS; Serviço Especializado) para realizar o tratamento de tuberculose?
- 9- Quais as vantagens em realizar o tratamento neste local?
- 10- Quais as desvantagens em realizar o tratamento neste local?
- 11- Você gostaria de realizar o tratamento na USF/Serviço Especializado? Por quê?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa é intitulada “Descentralização das ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose no município de João Pessoa do período de 2001 a 2009. Está sendo desenvolvida por **Gutenberg Alves Pequeno**, aluno do Curso de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da **Dra. Jordana Almeida Nogueira** e **Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos**. A mesma apresenta como objetivos avaliar a descentralização das ações de controle da tuberculose no município de João Pessoa desde a implantação do PNCT até os dias atuais e identificar as principais potencialidades e fragilidades da assistência prestada pelos serviços de saúde do referido município.

A motivação para realização desta pesquisa surge devido à implantação da estratégia DOTS no Estado da Paraíba ter sido iniciada em 1999, estando, desde então, articulada com a política de municipalização e, principalmente com as ações voltadas à reorganização dos serviços de atenção básica. Com isso, viu-se a necessidade de verificar o processo de descentralização do TS para as Unidades de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa.

A sua participação nesta pesquisa é muito importante por isso solicitamos sua contribuição no sentido participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa bem como, o direito de desistir da mesma, destacando que não será efetuada nenhuma forma de gratificação devido a sua participação. Informamos ainda que a referida pesquisa não apresenta nenhum risco aparente, aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de entrevista individual gravada em MP3 norteadas por um roteiro, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre o tratamento que está realizando e sobre a assistência que está recebendo, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador¹ estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

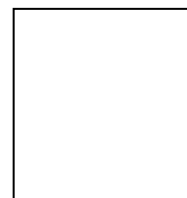
Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____ concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado. Fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelo pesquisador.

João Pessoa, ____/____/2010

Pesquisador Responsável


Participante da pesquisa/testemunha



¹ Endereço do Pesquisador Responsável: Rua Luiz Alves Concerva, 211 Apt:202 Bairro Jardim São Paulo João Pessoa PB
E-mail: gutenbergpequeno@hotmail.com
Comitê de Ética e Pesquisa – FACENE/FAMENE – Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – Paraíba/ Brasil. CEP:58.067-695 Tel/Fax: (83) 2106-4792
E-mail: cep@facene.com.br

Anexos

ANEXO A - Ficha de Notificação da Tuberculose no SINAN

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		FICHA DE NOTIFICAÇÃO INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		SINAN <small>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO</small>		Nº _____	
TUBERCULOSE PULMONAR: PACIENTE COM TOSSE COM EXPECTORAÇÃO POR TRÊS OU MAIS SEMANAS, FEBRE, PERDA DE PESO E APETITE, COM CONFIRMAÇÃO BACTERIOLÓGICA POR BACILOSCOPIA DIRETA E/OU CULTURA E/OU COM IMAGEM RADIOLOGICA SUGESTIVA DE TUBERCULOSE TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: PACIENTE COM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS, ACHADOS LABORATORIAIS, INCLUSIVE HISTOPATOLÓGICOS, COMPATÍVEIS COM TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR ATIVA, OU PACIENTES COM PELO MENOS UMA CULTURA POSITIVA PARA M. TUBERCULOSIS DE MATERIAL PROVENIENTE DE LOCALIZAÇÃO EXTRAPULMONAR							
DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2) AGRAVO/DIENÇA TUBERCULOSE		3) DATA DA NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (CID 10) A 16.9
	4) UF		5) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		6) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		7) DATA DO DIAGNÓSTICO
	8) NOME DO PACIENTE		9) DATA DE NASCIMENTO		10) (OU) IDADE		11) SEXO
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10) (OU) IDADE		11) SEXO		12) GESTANTE		13) RAÇA / COR
	14) ESCOLARIDADE		15) NÚMERO DO CARTÃO SUS		16) NOME DA MÃE		17) UF
	17) UF		18) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		19) DISTRITO		20) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA...)
DADOS DE RESIDÊNCIA	21) NÚMERO		22) COMPLEMENTO (APTO, CASA...)		23) BAIRRO		24) GEO CAMPO 1
	25) GEO CAMPO 2		26) PONTO DE REFERÊNCIA		27) CEP		28) (DDD) TELEFONE
	29) ZONA		30) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		31) Nº DO PRONTUÁRIO		32) OCUPAÇÃO
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	33) TIPO DE ENTRADA		34) INSTITUCIONALIZADO		35) RAIOS X DO TÓRAX		36) TESTE TUBERCULÍNICO
	37) FORMA		38) SE EXTRAPULMONAR		39) AGRAVOS ASSOCIADOS		40) BACILOSCOPIA DE ESCARRO (DIAGNÓSTICO)
DADOS CLÍNICOS	41) BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL		42) CULTURA DE ESCARRO		43) CULTURA DE OUTRO MATERIAL		44) HIV
	45) HISTOPATOLOGIA		46) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		47) INDICADO PARA TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS/DOTS)		48) DROGAS
DADOS DO LABORATÓRIO	49) NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS		50) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO		51) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		52) DROGAS
	53) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		54) DROGAS		55) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		56) DROGAS
TRATAMENTO	57) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		58) DROGAS		59) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		60) DROGAS
	61) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		62) DROGAS		63) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		64) DROGAS
INVESTIGADOR	65) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		66) DROGAS		67) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		68) DROGAS
	69) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		70) DROGAS		71) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		72) DROGAS
MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE				CÓD. DA UNID. DE SAÚDE			
NOME				FUNÇÃO			
ASSINATURA							

ANEXO B - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa


**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.


CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 8ª Reunião Ordinária realizada em 09/09/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulada "Descentralização das ações de diagnósticos e tratamento da tuberculose no município de João Pessoa do período de 2001 a 2008" protocolo número: 215/2010 e CAAE: 0044.0.351.000-10, dos orientadores: Dra. Jordana de Almeida Nogueira e Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos e do pesquisador responsável: **Gutenberg Alves Pequeno**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30 de Março de 2011 nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

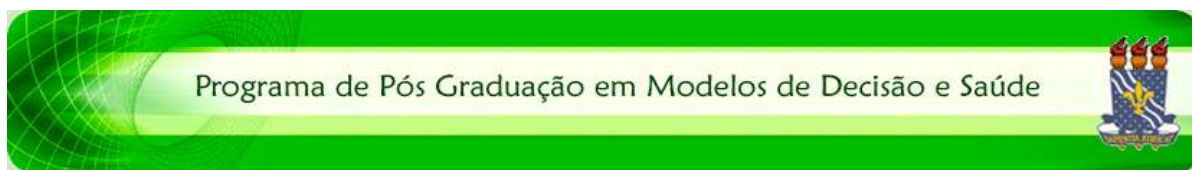
João Pessoa, 20 de Setembro de 2010


Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777

ANEXO C – Ofício encaminhado a Gerência de Educação e Saúde da SMS/JP



João Pessoa, 20 de setembro de 2010

Ofício N° 07/2010

À Senhora Evellin Bezerra

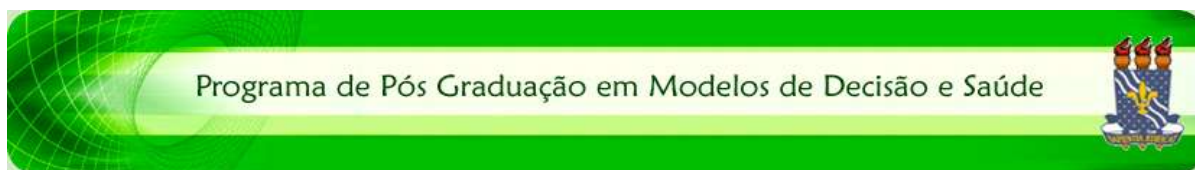
Gerente de Educação em Saúde

Prezada senhora, venho por meio deste ofício solicitar informações acerca dos dados do SINAN, referentes às notificações de **casos de tuberculose do período de 2001 a 2009 da cidade de João Pessoa, incluindo as seguintes variáveis:** local de diagnóstico, local de tratamento, sexo, faixa etária, grau de escolaridade, presença de agravo associado, tipo de tratamento (se supervisionado ou auto-administrado), situação no encerramento, assim como, a permissão para realizar coleta de dados qualitativos através de entrevista semi-estruturada, especificada em projeto anexado, junto ao Centro Integrado Cruz das Armas e ao Centro de Saúde Teixeira de Vasconcelos, a fim de compor a base de dados para o trabalho de dissertação do mestrado em Modelos de Decisão e Saúde no Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba do período de 2010.2 do aluno **Gutenberg Alves Pequeno**. Sem mais para o momento, certo do atendimento desta, aproveitamos o ensejo para enviar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Ronei Marcos de Moraes

ANEXO D – Ofício encaminhado à Gerência do Núcleo de Educação Permanente do CHCF



João Pessoa, 21 de setembro de 2010

Ofício N° 08/2010

Á Senhora Janaína Madruga

Gerente do Núcleo de Educação Permanente - NEP

Complexo Hospitalar Dr Clementino Fraga - CHCF

Prezada senhora, venho por meio deste ofício solicitar a permissão para realizar coleta de dados qualitativos através de entrevista semi-estruturada, especificada em projeto anexado, junto ao Ambulatório do Complexo Hospitalar Dr Clementino Fraga, a fim de compor a base de dados para o trabalho de dissertação do mestrado em Modelos de Decisão e Saúde no Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba do período de 2010.2 do aluno **Gutenberg Alves Pequeno**. Sem mais para o momento, certo do atendimento desta, aproveitamos o ensejo para enviar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Ronei Marcos de Moraes