



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

ANA MARGARETE CORDEIRO DA SILVA MAIA

**MODELO DE ATENÇÃO E ACESSO AO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE
DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA, BRASIL, 2011**

ANA MARGARETE CORDEIRO DA SILVA MAIA

**MODELO DE ATENÇÃO E ACESSO AO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE
DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA, BRASIL, 2011**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Profª Drª Marluce Maria Araújo Assis

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Maia, Ana Margarete Cordeiro da Silva

M184m Modelo de atenção e acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na Rede Básica de Saúde de um município da Bahia, Brasil, 2011 / Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia. – Feira de Santana - BA, 2012. 161f. : il.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado Acadêmico, 2012.

1. Tuberculose. 2. Tuberculose - Controle. 3. Atenção Básica à Saúde. 4. Acesso ao serviço de saúde. I. Assis, Marluce Maria Araújo. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Departamento de Saúde. IV. Título.

CDU: 616.24-002.5

ANA MARGARETE CORDEIRO DA SILVA MAIA

**MODELO DE ATENÇÃO E ACESSO AO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE
DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA, BRASIL, 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 30 de março de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Silva Servo
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá
Universidade Federal da Paraíba

SENHOR,

Quero agradecer-te por tudo,
Pelos momentos em que chorei,
você veio carinhosamente me
beijou e me fez sorrir.
Pelos momentos em que perdi a
paciência, você veio com palavras
amenas e doces e me acalmou.
Pelos momentos em que, meu coração
estava em pedaços, você veio cheio
de amor e me curou.
Pelos momentos de alegria,
Pelos momentos de esperança,
que pensou junto comigo no futuro.
Obrigada, meu Deus!!!
Obrigada, por existir na minha vida!
Obrigada, por me fazer feliz e
ser uma pessoa Amada!

(Autor Desconhecido)

Dedico a

Antonio Edson, Arthur, Ângelo e Jane, torcedores do meu sucesso e fiéis companheiros nessa e noutras tantas jornadas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À Prof^a Dr^a **Marluce Maria Araújo Assis** que com sua eloquência, sinceridade e competência me ajudou a caminhar na difícil trilha de ser pesquisadora. Obrigada pelas críticas que sempre acompanhada de conforto e incentivo, e foram determinantes para que o despertar do desejo pelo conhecimento se tornasse uma realidade; obrigada pelas sugestões, pela capacidade de me conduzir a um pensar desafiador.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pelo dom da vida e pela minha fé;

Agradeço aos **meus pais** (José e Isabel) pelo amor e carinho que a mim dedicaram, e pela sabedoria e paciência com que me criaram; ensinando a ter fé em mim mesma e em Deus.

Aos meus filhos **Arthur e Ângelo**, razões do meu viver, pela compreensão e aceitação das minhas ausências.

Ao meu marido **Antonio Edson**, pelo amor, carinho e companheirismo, sempre me incentivando e me entendendo, mesmo nos momentos de ausências.

As minhas **irmãs Ijacélia e Jane**, pois está vitória é delas também, o muito obrigado é pouco para agradecer o que fizeram por mim.

Aos **meus irmãos** (Hugo, Riso, Paulo e Jackson) pelas lições de vida e pela convivência feliz que sempre tivemos. E ao **meu irmão** José Ivo (em memorian) que mesmo distante, está presente em nossos dias.

Aos meus sobrinhos, **Mauricio, Iracema, Wilker, Ivila, Eugênia e Cely** em especial, pelo apoio e incentivo na realização do mestrado.

Aos meus cunhados **Eudo, Ailton, Ticy, Cris, Jaqueline e Kátia Freitas** em especial, pela amizade, carinho e solidariedade sempre presente nas horas que precisei.

Aos **amigos do mestrado** (Sarah, Gabriela Bené, Gabriela Bastos, Guacira, Sisse, Tatiane, Suelém, Igor, Luciana, Heloisa, Paulo, Dalton, Tales, Dani, Denise, Ricardo, Luise, Clarisse e Eliezita) formamos uma família e fizemos história. Valeu pelos inesquecíveis momentos que compartilhamos juntos. **Sarah Mascarenhas, Gabriela Bené, Gabriela Bastos**, foi muito bom conhecê-las, obrigada pela amizade!

Aos funcionários da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana, **Vilânia, Norma e Diego**, pelo apoio e incentivo durante os momentos de orientação.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, **Jorge, Gorete e Siomara** pelo incentivo e por toda atenção dispensada durante o curso. E ao grupo do **NUPISC** pelo apoio e dedicação.

À **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)** por abrir as portas do sistema de saúde municipal de Feira de Santana e terem autorizado a coleta de dados.

A todos os **Trabalhadores de Saúde e Usuários do serviço** que contribuíram significativamente aceitando participar do estudo.

As Enfermeiras da Secretária Municipal de Saúde **Marise, Gilka e Mônica Carneiro**, pelo apoio e atenção na coleta de dados.

Aos funcionários da **Unidade de Referência em Tuberculose**, que apoiaram e estiveram disponíveis para as minhas visitas, muitas vezes inesperadas.

A colega e Enfermeira **Naiara Almeida** pelo incentivo e disponibilidade em compartilhar saberes durante o mestrado.

As amigas Enfermeiras **Zanete Nascimento, Thais Peixoto, Elisângela Mascarenhas, Rousane Carvalho e Rosana Morais** pelo incentivo na realização do mestrado.

A Professora **Tatiana Boaventura e os colegas** do curso de letras da FTC ead, por todo carinho e companheirismo a mim dispensado nos momentos mais difíceis desta jornada.

A direção e os professores da **Faculdade Nobre de Feira de Santana-Ba**, pelo apoio e estímulo na realização do mestrado.

A direção e os professores da **Escola Estadual Centro de Cultura Dr. Eduardo Froes da Mota**, pelo ajuda e pelo estímulo na realização do mestrado.

As Professoras do Curso de Licenciatura em Biologia da UESC no Pólo de Feira de Santana-Ba, **Priscilla Abreu, Bruna Tanure e Elyene Adorno** pela compreensão, apoio e incentivo nessa jornada tão desafiadora.

À Prof^a Dr^a **Maria José Bistafa** pelo incentivo e encorajamento no desenvolvimento das atividades do mestrado.

À Prof^a Dr^a **Tereza Cristina Scatena Villa (Tite)**, coordenadora geral do projeto Multicêntrico, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pela orientação e exemplo de pesquisadora sempre se colocando a disposição para ajudar.

À Prof^a Dr^a **Maria Salete Bessa Jorge** por participar da banca de qualificação, contribuindo para o meu aprendizado no mestrado.

As professoras Dr^a **Lenilde Duarte de Sá** e Dr^a **Maria Lúcia Silva Servo** por terem aceitado, tão gentilmente, o convite para fazerem parte da banca de defesa.

A todos **vocês**,

"A glória da amizade não é a mão estendida,
nem o sorriso carinhoso, nem mesmo a delícia da companhia.
É a inspiração espiritual que vem quando você descobre
que alguém acredita e confia em você."

Ralph Waldo Emerson

PREVENÇÃO... PROMOÇÃO...

Importante em qualquer processo

São seus resultados

Se benéficos,

Objetivos altruístas

Planejamento adequado

Desempenho eficaz

Processo eficiente

Projeto beneficente.

Se maléficos

Tudo deverá ser

Revisto

Reprogramado

Refeito.

Não querer mudar o resultado

mas sim o que antecede ao mesmo

No processo da doença

mais importante que a cura

é sua prevenção;

No processo da saúde

mais importante que a prevenção

é sua promoção.

Não somente para saúde-doença

isso é válido,

Mas para todos os aspectos do viver

e, para isso,

Maduro é preciso estar

para tal postura compreender.

Antonio Ruffino Neto, 19/04/2010

RESUMO

Estudo sobre o modelo de atenção a saúde e o acesso ao diagnóstico e tratamento da Tuberculose (TB) na rede de Atenção Básica (AB) em um município da Bahia, Brasil, em 2011. Traçamos como objetivos analisar o modelo de Atenção a Saúde no Programa de Controle da TB (PCT) de Feira de Santana-BA, considerando o fluxo do atendimento, as práticas da equipe e a resolubilidade do problema demandado pelo portador de TB; discutir as dimensões de análise do acesso dos usuários aos serviços de Controle da TB neste município. O **caminho metodológico**: pesquisa de abordagem qualitativa, em uma perspectiva crítica e reflexiva, que possibilitou trabalhar com o envolvimento e a participação dos sujeitos por meio de diferentes olhares, saberes e práticas capazes de possibilitar a reflexão sobre a realidade concreta de um determinado contexto social. Utilizamos como técnica de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. Os sujeitos do estudo foram 21 pessoas, distribuídas entre dois grupos de representação: grupo I (trabalhadores em saúde – 02 médicos, 05 enfermeiros, uma técnica de enfermagem e 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); grupo II (usuários – 09 cadastrados na Unidade de Referência em Tuberculose). A análise dos dados foi orientada por três etapas – ordenação, classificação e análise final – pela técnica de análise de conteúdo temática e pelo fluxograma analisador. Diante dos dados produzidos emergiram dois artigos: **Artigo 1** – Modelo de Atenção no Programa de Controle da Tuberculose: médico-centrado e (des)articulado na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil; **Artigo 2** – As dimensões do acesso ao Programa de Controle da Tuberculose em um município da Bahia, Brasil. Os **resultados** revelam que o modelo de atenção a saúde no PCT do município em estudo está pautado em três modelos a saber: **nas práticas da equipe no PCT** onde o modelo de atenção tem sido desenvolvido dentro de uma lógica centrada na produção de procedimentos e em núcleos profissionais de forma desarticulada, de maneira particular médico-centrado; **no fluxo do atendimento** a maioria dos usuários tem buscado os hospitais públicos e privados, clínicas particulares e Unidade de Referência (UR) seguidos da AB para a identificação do diagnóstico da TB, entretanto, o tratamento só têm sido realizado pela Unidade de Referência; e **na Resolubilidade**, o acesso a alguns procedimentos tem sido dificultado denotando a fragilidade da ABS em garantir a resolubilidade dos problemas demandados pelos usuários. Contudo, os trabalhadores e usuários mostram-se satisfeitos com o atendimento realizado pela UR, onde está concentrado o atendimento. Já com relação às dimensões do acesso ficou estabelecida cinco dimensões de análise: 1) Acesso geográfico ao PCT; 2) Organização da atenção para possibilitar o acesso do usuário ao PCT; 3) Acesso orientado pelo atendimento médico; 4) Acesso ao tratamento de TB; e 5) O preconceito obstaculizando o acesso ao PCT. Assim, a forma de deslocamento é um fator que facilita ou dificulta o acesso aos serviços de saúde, sendo predominante o deslocamento a pé. O estudo evidencia que os trabalhadores tiveram dificuldade na realização de visita domiciliar, pela disponibilidade de transporte. Com relação à forma de organização da atenção à TB os procedimentos estão centralizados na UR e no atendimento médico, entretanto, tanto os usuários quanto os profissionais estão satisfeitos com a oferta adequada dos medicamentos, e apontam benefícios, em particular na UR para o PCT. Conclui-se que, o preconceito que circula ao redor da TB tem dificultado seu acesso, pois os doentes preferem ser acompanhados na UR para não serem rotulados como tuberculoso o que é um fator dificultante para o diagnóstico e tratamento da doença.

Palavras-chave: Tuberculose. Programa de Controle da Tuberculose. Modelos de atenção. Acesso aos serviços de saúde. Atenção Básica à

ABSTRACT

Study on the model of health care and access to diagnosis and treatment of Tuberculosis (TB) in the network of Primary Care (PC) in a city of Bahia, Brazil in 2011. It was set as goal to analyze the model of Health Care in the TB Control Program (TCP) of Feira de Santana-BA, considering the flow of work, practices of the team and the problem solving demanded by patients with TB, to discuss the dimensions of analysis of users' access to services for TB Control in the city. The methodology: qualitative study, in a critical and reflective perspective, which allowed working with the involvement and participation of individuals through different perspectives, knowledge and practices to enable reflection on the concrete reality of a particular social context. It was used as technique of data collection: semi-structured interviews and systematic observation. The study subjects were 21 people, distributed among two groups of representation: group I (health workers - 02 doctors, 05 nurses, one nursing technician and 04 Community Health Agents (CHA), group II (users - 09 registered at Tuberculosis Reference unit). Data analysis was guided by three stages - sorting, grading and final analysis - by the technique of thematic content analysis and analytic flowchart. By the produced data two categories emerged: **Category 1** - Model of Care in the Program for Tuberculosis Control: doctor-centered and (dis) articulated in the basic health network of a city of Bahia, Brazil, **Category 2** - The dimensions of access to the Tuberculosis Control Program in a city Bahia, Brazil. The results show that the model of health care in the TCP of the studied city is guided by three models namely: **the practices of the team in the TCP** where the care model has been developed within a logic centered on the production of procedures and in nuclei professionals in a disjointed way, in particular doctor-centered way; **in the flow of work** most users has sought the public and private hospitals, private clinics and Reference Unit (RU) followed by PC to identify the diagnosis of TB, however, the treatment has only been accomplished by Reference Unit; and **solvability**, the access to some procedures have been hampered denoting the fragility of PC to ensure the solvability of the problems demanded by users. However, workers and users are satisfied with the services provided by the RU, where attention is concentrated. About the dimensions of access, it was established five dimensions of analysis: 1) Geographical Access to the TCP, 2) Organization of care to enable users' access to the TCP, 3) Access driven by medical care, 4) Access to TB treatment and 5) Prejudice hindering access to the TCP. Thus, the mode of transportation is a factor that facilitates or impedes access to health services, and the predominant displacement is by foot. The study shows that workers had difficulty in making home visits, because of the availability of transport. Regarding the form of organization of TB the procedures are centralized in RU and medical care, however, both users and professionals are satisfied with the adequate supply of medicines, and show benefits, particularly in the RU for the TCP. It is concluded that the prejudice that surrounds the TB has hampered the access, once patients prefer to be accompanied at RU to not be labeled as a person with TB, which is a hinder factor for the diagnosis and treatment of the disease.

Key-Words: Tuberculosis. Tuberculosis Control Program. Models of care. Access to health services. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Agente Indígena de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DOT	Tratamento Diretamente Observado
DOTS	Tratamento Diretamente Observável de Curta Duração
EMBASA	Empresa Baiana de Água e Saneamento
GEOTAB	Grupo Interinstitucional de Pesquisa da Área Epidemiológico Operacional
HIV /AIDS	Human immunodeficiency virus
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização do Estado
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
REDE-TB	Rede Brasileira de pesquisa em Tuberculose
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USB	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da Bahia	62
Figura 2	Mapa da Cidade de Feira de Santana	63
Figura 3	Cidade de Feira de Santana	66
Figura 4	Mapa da localização da região econômica do Paraguaçu	68
Figura 5	Mapa das Macrorregiões de Saúde da Bahia, segundo o PDR 2005.	70
Figura 6	Fluxograma - resumo representando o acesso do usuário ao procurar um serviço de controle da tuberculose.	87
Figura 7	Fluxograma analisador 1 - da representação do modelo de atenção à saúde no PCT.	111
Figura 8	Fluxograma analisador 2 - do Acesso ao Programa de Controle de TB em Feira de Santana-BA.	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Estimativa Populacional Segundo Faixa Etária do Município de Feira de Santana-BA, 2005-2009	67
Quadro 02	Caracterização dos Trabalhadores em Saúde, participantes do estudo. Feira de Santana-BA, jul./Set. 2011	77
Quadro 03	Caracterização dos Usuários, participantes do estudo. Feira de Santana-BA, jul./Set. 2011	79
Quadro 04	Síntese do cruzamento das entrevistas dos entrevistados do grupo I, Trabalhadores de saúde. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011	85
Quadro 05	Síntese do cruzamento das entrevistas dos entrevistados do grupo II, Usuários. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011	85
Quadro 06	Síntese dos cruzamentos das unidades temáticas entre os entrevistados do grupo I e grupo II. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2009	86
Quadro 07	Síntese das unidades temáticas dos entrevistados do grupo I e grupo II do artigo 1. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011.	88
Quadro 08	Síntese das unidades temáticas dos entrevistados do grupo I e grupo II do artigo 1. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011.	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Atividades realizadas pela equipe de controle da Tuberculose, Feira de Santana-BA 2009/2010	73
Tabela 02	Evolução dos casos de Tuberculose de todas as formas, Feira de Santana-BA, 2009/2010	74

SUMÁRIO

	CAPITULO I	20
1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	21
1.1	APROXIMAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O TEMA DA PESQUISA	21
1.2	O OBJETO DE ESTUDO	24
	CAPÍTULO II	34
2	REFERENCIAL TEÓRICO	34
2.1	MODELOS DE ATENÇÃO	35
2.1.1	Atenção Básica como (re)orientadora do modelo de atenção em Tuberculose	41
2.1.2	A Tuberculose como doença negligenciada	44
2.1.3	Programa de Controle da Tuberculose como política do Estado Brasileiro	50
2.2	ACESSO AO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	54
	CAPÍTULO III	58
3	CAMINHO METODOLOGICO	59
3.1	TIPO DE ESTUDO	59
3.2	CAMPO DE ESTUDO	60
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	73
3.4	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	78
3.4.1	Caminho percorrido para coletar os dados	80
3.4.1.2	Etapa exploratória	80
3.4.1.3	Coleta de dados	81
3.5	ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	81
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	88
	CAPÍTULO IV	90
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
4.1	MODELO DE ATENÇÃO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: MÉDICO-CENTRADO E (DES)ARTICULADO NA	92

	REDE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA, BRASIL	
4.1.1	Modelo pautado nas práticas da equipe no PCT	98
4.1.2	Modelo pautado no fluxo do atendimento	100
4.1.3	Modelo pautado na Resolubilidade	104
4.2	AS DIMENSÕES DO ACESSO AO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA, BRASIL	113
4.2.1	Dimensão de análise 1: Acesso geográfico ao PCT	118
4.2.2	Dimensão de análise 2: Organização da atenção para possibilitar o acesso do usuário ao PCT	119
4.2.3	Dimensão de análise 3: Acesso pautado no atendimento médico	121
4.2.4	Dimensão de análise 4: acesso ao tratamento de TB	123
4.2.5	Dimensão do acesso 5: O preconceito obstaculizando o acesso ao PCT	125
	CAPITULO V	133
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS	138
	APÊNDICES	150
	APÊNDICE A	151
	APÊNDICE B	152
	APÊNDICE C	153
	APÊNDICE D	154

CAPITULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO



“Insista em si mesmo; nunca imite. Seu próprio talento você pode apresentar a cada momento com a força acumulada pelo cultivo de uma vida inteira; mas do talento adotado de uma outra pessoa você tem apenas uma extemporânea posse parcial. Faça o que foi designado para você, e nenhuma esperança ou ousadia poderão ser demais”.

Ralph Waldo Emerson

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 APROXIMAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O TEMA DA PESQUISA

O interesse com a área de saúde coletiva começou desde a graduação em Enfermagem em 1993, durante a prática do componente curricular Enfermagem em Saúde Pública na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e tem persistido até então na nossa caminhada profissional. No ano de 1994, concluímos o curso de Bacharel em Enfermagem pela UEFS e, desde então, atuamos na área de Saúde Pública.

No início da carreira, em junho de 1994, trabalhamos no serviço de planejamento familiar numa instituição filantrópica sem fins lucrativos, com ações dirigidas às consultas e palestras realizadas na unidade e em outras instituições públicas e privadas do município de Feira de Santana.

Ainda em 1994, no mês de julho, realizamos um contrato com o Município de São Domingos-BA para atuar como Enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos programas de Hipertensão e Diabetes, Materno-infantil e Controle da Tuberculose. Em 1995, tivemos a oportunidade de realizar palestras em escolas e povoados sobre a tuberculose, já que éramos a única Enfermeira do referido Município.

Em 1996, implantamos o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) naquele Município, onde realizamos o Treinamento Introdutório e participamos de várias palestras, oficinas e reuniões junto com a comunidade (sede e zona rural). Neste mesmo ano, organizamos e coordenamos a I Conferência Municipal de Saúde do Município de São Domingos-Bahia, onde foram escolhidos os delegados para participar da X Conferência Estadual de Saúde na Capital do Estado.

Em 1997, participamos, em Salvador, de uma Oficina para a Descentralização das Ações de Vigilância à Saúde e também do treinamento para a realização das ações de Vigilância Epidemiológica nos municípios da Bahia. Nesse mesmo ano de 1997, juntamente com o Secretário Municipal de Saúde, organizamos a documentação necessária para a habilitação do município de São Domingos para a mudança na modalidade da gestão, de incipiente para a gestão plena da atenção básica.

Na modalidade gestão incipiente, a Secretaria Municipal de Saúde assume as ações de forma imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com a Comissão Bipartite em cada Estado e, com isso, tem as

seguintes responsabilidades: contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programação e autorização da utilização dos quantitativos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; demonstração de disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, incorporação à rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado no trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho. (BRASIL, 1993).

Já na gestão plena do sistema, a Secretaria Municipal de Saúde assume a programação e responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora a rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; formula, executa e controla as ações de vigilância de ambientes; e incorpora os processos de trabalho e de assistência, bem como a reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe, mensalmente, recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas, existentes no município. (BRASIL, 1993).

Dando sequência às ações, em agosto de 1998, implantamos no município de São Domingos o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorientar as ações desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde (ABS). O PSF foi um grande colaborador para o desenvolvimento de ações no sentido da prevenção da Tuberculose (TB) no município.

A partir daí, surgiu a necessidade de adentrar nos conhecimentos teóricos relacionados com a área da política de saúde, e com o Sistema Único de Saúde (SUS), já que as ações que realizávamos, enquanto profissional de saúde, estavam diretamente relacionadas à política de saúde vigente. Portanto, necessitávamos de embasamento teórico - metodológico para prosseguirmos na nossa trajetória. Desta forma, em 1999, realizamos o Curso de Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Após conclusão do curso de Especialização em 2000, assumimos a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Domingos-BA, com a função de Gestora Municipal,

permanecendo no cargo até o ano de 2003, o que nos proporcionou relacionar a prática com a teoria apreendida no curso de Especialização. Durante esse período, participamos do Conselho Municipal de Saúde como membro titular, exercendo de forma democrática, a participação neste órgão colegiado.

As ansiedades relacionadas à estruturação do nosso sistema de saúde foram muitas e a necessidade de compreendê-lo foram surgindo, pois o SUS está presente em todos os momentos da nossa prática profissional. Logo, tivemos a oportunidade, enquanto Secretária Municipal de Saúde de São Domingos, de participar do curso de Gestão Municipal na área de saúde, realizado pela Universidade Federal da Bahia, no ano de 2002.

No final do ano de 2003, ao retornarmos de licença maternidade, assumimos a coordenação do serviço de Vigilância Epidemiológica do município de São Domingos e realizamos assessoria à Secretaria Municipal de Saúde. Na Vigilância Epidemiológica, acompanhamos os usuários do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e desenvolvemos atividades como palestra e oficina com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), participamos, ainda, dos movimentos de mobilização e sensibilização da comunidade local em relação à Tuberculose (TB). Além disso, auxiliamos as equipes de PSF do referido município, por mais cinco anos, quanto sentimos a necessidade de ingressar na vida acadêmica.

Então, no ano de 2008, realizamos seleção em uma faculdade privada (Faculdade Nobre de Feira de Santana), do município em foco, para atuar como docente. Atualmente, exercemos atividades de ensino e pesquisa na referida faculdade onde lecionamos no curso de Enfermagem, o componente curricular Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e Idoso I, cuja ementa é orientada para uma visão crítica e reflexiva da política de saúde do adulto jovem, adulto médio e do idoso em diversas situações do cotidiano pessoal e/ou profissional em seus aspectos técnico-humanísticos, sociais, epidemiológicos, éticos, morais, políticos, econômicos e culturais. Ministramos, também, o componente curricular Estágio Supervisionado I, cujo campo de atuação é a Unidade Saúde da Família (USF) (Alto do Papagaio e Conceição III em Feira de Santana-BA). Desta forma, podemos vivenciar a realidade local, onde percebemos o “descaso” no atendimento dos sujeitos acometidos com TB, assim como o “temor” que os profissionais demonstram durante a atenção aos mesmos.

Em decorrência disso, identificamos a necessidade de pesquisar sobre as políticas de saúde e como os arranjos do sistema de saúde no Brasil vêm crescendo, cada vez mais. A partir daí, realizamos a seleção do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado)

na UEFS, no ano de 2010, sendo aprovada, com o intuito de somar o conhecimento existente com o adquirido, os quais são repassados para nossos alunos.

Por fim, destacamos a nossa participação no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS, que vem favorecendo o desenvolvimento do nosso estudo através do apoio e material, quando necessário. Informamos que esta pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico sobre Tuberculose, desenvolvido pelo Grupo Interinstitucional de Pesquisa da Área Epidemiológico-Operacional em Tuberculose - GEOTB da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), na pesquisa intitulada como “Avaliação da efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da Tuberculose em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”.

1.2 O OBJETO DE ESTUDO

Esta investigação tem como objeto de estudo a análise do modelo de atenção à saúde e o acesso ao diagnóstico e tratamento da Tuberculose (TB), na rede de Atenção Básica (AB), em um município da Bahia. Buscamos analisar o fluxo do atendimento, as práticas da equipe de saúde e a resolubilidade do problema demandado pelo portador de TB. Além disso, discutimos as dimensões de análise do acesso dos usuários aos serviços de controle da TB.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição de 1988 e, posteriormente, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 19 de setembro de 1990, representou um grande marco na atenção à saúde no Brasil e uma grande conquista para a população brasileira. Pois, a saúde passou a ser considerada como um direito universal a ser garantido pelo Estado. (BRASIL, 1990).

A construção do SUS surgiu em decorrência do movimento da Reforma Sanitária que tinha como bandeira de luta o desejo de criar um modelo de saúde, que estivesse de acordo com os referenciais de vigilância à saúde. Logo, o movimento da Reforma Sanitária, ao fazer crítica ao modelo biológico hegemônico vigente, com relação às práticas clínicas desenvolvidas, assinalou alternativas, entre elas, a prevenção de agravos e promoção à saúde, norteadas pelos determinantes do processo saúde-doença. Promover as mudanças estruturais e romper com a prática procedimento-centrado, assim como, direcionar a produção do cuidado a um fazer integral e resolutivo é um grande desafio a ser perseguido. (ASSIS et al, 2010a).

Diante disso, a Constituição, ao ratificar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, concebe a ideia de que a saúde está intimamente ligada à qualidade de vida da

população, assim como, a conquista da sua cidadania. No entanto, é importante que aconteçam mudanças no cenário brasileiro, visando à qualificação de uma boa assistência na saúde. (BRASIL, 1989).

O processo de descentralização da atenção à saúde tem favorecido o conhecimento do sistema, assim como os modelos assistenciais ou de atenção¹. Neste sentido, Merhy (2007a) traz que os modelos, para terem compromissos com a vida do ser humano, devem saber explorar, de maneira positiva, as relações entre as distintas dimensões tecnológicas que orientam o conjunto das ações de saúde.

Os modelos de atenção à saúde também têm sido discutidos por Paim (2008, p.554) que os conceitua como “combinações tecnológicas estruturadas para resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas”. Dito de outra forma, o modelo de saúde compreende as formas de organização das relações entre os profissionais de saúde e usuários transversalizado por tecnologias, que são utilizadas no processo de trabalho em saúde.

Campos (1994), por sua vez, faz referência ao modelo direcionado aos “modos como são produzidas as ações e como os serviços se organizam”. Merhy (2007b p. 16) complementa que

[...] qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde.

Além disso, Silva Jr e Alves (2007) trazem que os modelos de atenção são formas de organização dos elementos constitutivos da rede de serviços de saúde, incluindo tarefas, pessoas, estruturas, tecnologias e ambiente, com ênfase nas relações entre os profissionais e usuários, com o propósito de intervir resolutivamente nos problemas de saúde no sentido de mudanças.

¹Dentro da Saúde Coletiva existem várias discussões sobre a denominação de modelos dentre eles temos os modelos technoassistenciais, modelos assistenciais e modelos de atenção, fizemos a opção por usar Modelos de Atenção à Saúde, por compartilhar com as idéias e o entendimento das definições de Merhy (2007a), Campos (1994), Teixeira (2003) e Paim (2003).

As propostas de mudança do modelo hegemônico, liberal privatista, para o modelo integral, encontram dificuldades na sua concretização, com relação às ações políticas, político-institucionais e técnico-administrativas nos vários níveis de gestão do SUS. (TEIXEIRA, 2000). Com isso, dentre os modelos existentes no setor saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história, encontramos o Privatista e o Sanitarista.

O Privatista é um modelo centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), sendo regido pela lógica curativista e médico-centrado, cuja atenção é voltada à doença e ao indivíduo, de maneira descontextualizada das dimensões histórica, social e psicológica do ser humano, que é visto de forma fragmentada, sem considerar a sua subjetividade. (AYRES, 2007, 2009; DESLANDES, 2006; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2006; MERHY, 2007b). O referido modelo enfatiza a assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada, principalmente, através da rede contratada e conveniada com o SUS, apresentando sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em algumas situações. (BRASIL, 2000a).

A base deste modelo pode ser encontrada no próprio sistema capitalista vigente e no modo de produção neoliberal, nos quais a medicina é gerida pela lógica do mercado e em função do poder de compra do usuário (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003), mas, também, pela racionalidade médica dominante e a biomédica, caracterizada pelo seu caráter generalizante, mecanicista e analítico. (CAMARGO JR., 1997).

Por outro lado, o modelo sanitarista se relaciona com a forma de enfrentar os problemas de saúde selecionados, e para o atendimento de necessidades específicas de determinados grupos, por meio de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária). No entanto, apresenta limitações quando se trata de atender às demandas da população por uma atenção com qualidade, efetividade, equidade e integralidade. (BRASIL, 2000b).

A integralidade, a universalidade e a equidade são princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios organizacionais consistem na descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação social que formam o arcabouço institucional do SUS. (BRASIL, 2000a). Esses princípios têm representado um grande desafio para as práticas de saúde no Brasil e para a concretização do SUS e as práticas têm sido marcadas por um cuidado fragmentado e pouco efetivo e, por conseguinte, uma

baixa resolubilidade dos problemas de saúde demandados pelos usuários do sistema. (SILVA, MERHY, CARVALHO, 2003).

Os princípios doutrinários do SUS representam os instrumentos que são capazes de induzir mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil. Contudo, o SUS tem sido campo de debate entre as várias formas de modelos assistenciais, com a intenção de reproduzir as tensões existentes entre os mesmos, e vem se empenhando na construção de padrões alternativos de atenção. (TEIXEIRA, PAIM, VILAS BOAS, 1998). E, com isso, busca-se reverter a lógica do modelo de atenção hegemônico até então, mas que ainda se encontra enraizado nas práticas de saúde atuais e se faz sentir na micropolítica do cuidado à saúde (CAMPOS, 2007a).

Por conseguinte, busca-se um modelo pautado pelas reais necessidades da população, com destaque para as ações de promoção e proteção da saúde. (ASSIS et al, 2010a, 2010b; CECÍLIO, 2001; TEIXEIRA, 2003). E, com isso, tem-se a perspectiva de atuar junto a uma demanda organizada, sem perder de vista a demanda espontânea, em que os serviços são ofertados de acordo com as necessidades da população. Além disso, as ações e serviços de saúde deveriam possuir uma articulação horizontal e vertical, que facilitassem o acesso da população aos serviços.

O acesso expressa características da oferta que facilitam ou interrompem a capacidade das pessoas de usarem os serviços de saúde quando deles necessitam. Assim, as barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso. (TRAVASSO, OLIVEIRA, VICAVA, 2006).

Para Abreu de Jesus e Assis (2010), o acesso aos serviços de saúde é entendido como o primeiro lugar onde o usuário procura para satisfação de sua necessidade, é o momento de acolhimento e, de certa forma, os caminhos onde ele andou dentro do sistema na busca da resolução dessa necessidade. E complementam que vai além da vinculação pura e simples do conceito de “porta de entrada”, configurando-se como um dispositivo que busca transformação da própria realidade. Logo, assume uma atitude reguladora sobre o sistema de saúde, deliberando os fluxos, o funcionamento, a capacidade e a necessidade de ampliação e organização da rede para o cuidado com o usuário. (ASSIS et al, 2010c).

Assim, concordamos com Assis, Villa e Nascimento (2003, p.820) ao abordarem que “o acesso é definido não em função de uma oferta de serviços organizados e hierarquizados, e

sim pelas necessidades estabelecidas pelos usuários”. Logo, as autoras complementam que essas necessidades são assim representadas, como:

- a) necessidade de atenção médica para tratamento de um agravo, envolvendo ações de emergência, as doenças crônico-degenerativas ou outras necessidades centradas no processo de cura individual, e para prevenção de doenças;
- b) resolução da queixa apresentada pelo usuário;
- c) atenção da equipe, dispensada aos usuários, garantindo o atendimento, ainda que seja através de uma longa espera;
- d) localização geográfica da unidade de saúde. Em uma região central, facilita o acesso às pessoas que vêm de outras cidades circunvizinhas;
- e) disponibilidade de recursos humanos, enfatizando a “figura do médico” para resolver um problema imediato;
- f) credibilidade do serviço alcançada junto aos usuários, referenciada por pessoas que usufruíram ou usufruem a produção desse serviço, além da veiculação pelos meios de comunicação;
- g) indicação de amigos e parentes que conhecem o serviço produzido.

O acesso aos serviços de saúde pode ser estudado sobre diversos ângulos quando admite seus arredores e amplia suas dimensões, entendendo o contexto em que está envolvido em sua dimensão histórico-social, condições socioeconômicas, educação e cultura, e que se exprime nas dimensões geográficas, econômica, funcional e cultural.

Essas dimensões do acesso envolvem demandas diferenciadas de acordo com o atendimento oferecido, e elas podem ser concretizadas se os serviços oferecidos pela ABS sejam orientados pela sua capacidade de uso, tanto na expectativa do usuário quanto dos trabalhadores da saúde.

No Brasil, a ABS é utilizada como sinônimo de Atenção Primária de Saúde (APS) e trata-se de uma criação brasileira que significa o primeiro nível de atenção à saúde, baseado no atendimento integral, o qual perpassa entre as ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Esta elaboração conceitual no país está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria (COSTA et al, 2009; BRASIL, 2003), em que cada indivíduo tem sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.

Em meio às discussões a respeito da ABS e sua importância no sistema de saúde, foi aprovada a Política de Atenção Básica, em 28 de março de 2006, com a Portaria nº. 648/GM.

Assim, a ABS foi caracterizada como um conjunto de ações de saúde voltadas ao indivíduo/família, abrangendo a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006a).

Em consonância com a Portaria nº. 648/GM (BRASIL, 2006b), a ABS tem como fundamentos: acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos; estabelecer-se como “porta de entrada” do sistema de saúde; efetivar a integralidade na assistência; desenvolver o vínculo e a responsabilização entre indivíduos/famílias e os trabalhadores de saúde; valorar os profissionais de saúde por meio de estímulos à formação e capacitação profissional; avaliar e acompanhar de forma sistemática e estimular a participação popular e o controle social.

Diante disso, a ABS é considerada como o primeiro nível do processo de cuidado na rede do SUS, servindo de eixo reorientador das ações de saúde, para mudança do modelo de atenção e organização dos serviços de forma hierárquica e resolutiva. A ABS é composta pelas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, centrada na pessoa, na família e na comunidade, com a finalidade de resolver os problemas de saúde da população.

Nesse sentido, Assis, Assis e Cerqueira (2008), abordam que a ABS brasileira se responsabiliza pela saúde como um direito humano e também como eixo estruturante, para dar conta das necessidades de saúde das pessoas, assim como, os determinantes sociais e políticos, orientado pelas políticas de inclusão e reconhecimento do direito de cada um.

Dentro das políticas públicas brasileiras, estabelecem-se normas técnicas padronizadas que garantem, através do SUS, o acesso de forma gratuita, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da TB (HIJJAR et al, 2005). Logo, tal agravo deve ser diagnosticado e tratado no nível da ABS e se constitui em um dos indicadores principais do pacto de atenção instituído pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde - (NOAS²) 01/02. (BRASIL, 2001).

Há uma década, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB em estado de emergência no mundo, onde, ainda, é a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Segundo estimativas da OMS, dois bilhões de pessoas correspondem a um terço da população mundial que está infectada pelo bacilo da Tuberculose. Destes, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (BRASIL, 2004a). Trata-se de um problema global cuja dimensão, em números absolutos, pode continuar a crescer.

² As Normas Operacionais Básicas (NOAS/SUS 01/02), instituídas pelo MS que definem a participação do município na gestão do SUS sob Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (BRASIL, 2002c).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de TB. E, em 2007, foram notificados 72.194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 hab. Destes, um total de 41.117 casos novos³ foram bacilíferos⁴, apresentando um coeficiente de incidência de 41/100.000 habitantes. (WHO, 2008). Estes indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência. (BRASIL, 2010a).

Além disso, é importante enfatizar que morrem, ainda, 4.500 pessoas todo ano por TB, apesar de ser uma enfermidade curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos acontecem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Em 2008, a TB foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS. (WHO, 2009).

Hoje, a TB é uma doença totalmente curável, que só leva o paciente à morte se não for tratada com seriedade. Entretanto, com a emergência da AIDS, as características da doença mudaram, com agravos, a situação epidemiológica, constituindo-se em um dos principais fatores para a deterioração do quadro da doença em países com alta taxa das duas infecções, como o Brasil.(BRASIL, 1994).

A Região Sudeste do Brasil foi a que apresentou maior número de casos novos de TB, seguida pelas regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. No entanto, a contribuição das regiões para o total de casos novos não variou muito ao longo dos anos. Já em relação aos estados, no ano de 2003, o que teve maior incidência foi São Paulo, com 20,4%, seguido com 16,0 % no Rio de Janeiro e um índice de 9,1% na Bahia. (BRASIL, 2005a).

O Estado da Bahia é o terceiro do país e o primeiro do Nordeste com maior número de pessoas atingidas pela doença, o que representa 10% do total de registros em todo o território nacional. Com relação à incidência, tem 25 municípios prioritários, com 60% dos casos. Dentre eles, está o município de Feira de Santana, que apresentou no ano de 2007, um total de 174 casos novos de TB, com 14 em tratamento supervisionado e uma taxa de cura de 82%, e está entre os 240 municípios brasileiros onde se concentram 70% dos casos de TB, notificados no país. (VILLA, RUFFINO NETTO, 2009).

Segundo Assis e outros (2009), os dados de TB, em Feira de Santana, não divergem do cenário nacional. As autoras afirmam que, em 2005, o município foi responsável por mais de

³ Caso novo – paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculose (BRASIL, 2010a).

⁴ bacilíferos - São casos de Tuberculose onde o doente está eliminando bacilos (BRASIL, 2010a).

39% dos 411 casos notificados, nos 26 municípios pertencentes à 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e apresentou incidência de 47,38/100.000 habitantes.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no Brasil, foi analisado pelos peritos internacionais, que indicaram altas taxas de abandono e baixos percentuais de cura. Desta forma, persiste a necessidade de se adotar práticas resolutivas e eficazes no programa. O PNCT tem como meta implementar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e integrar na luta contra a doença, 100% dos municípios brasileiros, bem como descobrir 92% dos casos existentes e curar 85% dos casos diagnosticados, além de reduzir a incidência em, no mínimo 50% e, em dois terços, a mortalidade por TB em todo Território Nacional.(WHO, 2010).

As estratégias para ampliar o PNCT na rede básica são várias e, entre elas, temos a descentralização do atendimento ao portador de TB nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Logo, no intuito de alcançar as metas estabelecidas pelo PNCT, o Ministério da Saúde propôs a implantação do PACS e o PSF, no sentido de reorientar as ações da ABS (BRASIL, 2002b).

Não obstante, as UBS e os profissionais das equipes de saúde devem estar capacitados para desenvolver as ações de controle da TB, no sentido de realizar busca dos sintomáticos respiratórios, pois, com isso, o serviço de saúde será mais abrangente, sendo mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos e mais adequada a supervisão direta dos mesmos garantindo, assim, o acesso do usuário ao serviço para cura da doença e, conseqüentemente, a interrupção da transmissão.

Com isso, ressalta-se a importância de se realizar estudos nesta área, buscando transformar o cenário vivenciado pelos portadores de TB no Município de Feira de Santana, já que para acontecer o processo de descentralização das ações do PCT é necessária a inclusão das ações na rede básica (PACS/PSF), o que deve ser uma decisão prevista dentro da política municipal. Entretanto, considera-se que o PCT esteja inserido nas ações que são desenvolvidas pela ABS, constituindo-se como o primeiro nível de contato e de acesso da população ao serviço. Logo, nessas unidades, deverão ser realizadas todas as atividades de detecção, diagnóstico e tratamento da TB.

Pertinente a isso, entendemos que o presente estudo é de grande relevância para a comunidade científica, principalmente, devido às lacunas de conhecimento existentes, sobretudo, em se tratando de pesquisas de caráter qualitativo que procuram refletir sobre as ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde e portadores de TB, no sentido de delinear as ações do programa.

Outro aspecto a ser considerado é a promoção de elementos para o avanço da atenção ao portador de TB durante o tratamento, no sentido de construir mecanismos necessários e procedimentos adequados de acompanhamento, para fortalecer o controle e o combate à TB, em nível local. Além disso, a pesquisa poderá subsidiar o Gestor Municipal de Saúde, na elaboração de estratégias e implementação de ações primárias para o acesso à saúde e à prevenção da TB, capazes de diminuir a incidência, aumentando as taxas de cura e reduzindo as mortes por essa doença.

Em síntese, o estudo contribuirá com as pesquisas da Rede TB do Brasil. Segundo Kritski e outros (2007), importantes ações inovadoras na assistência à saúde têm sido implementadas no País com o SUS, permitindo ao PNCT a descentralização das ações para os serviços de ABS. Entretanto, o fomento à pesquisa em saúde não acompanhou esta tendência e há uma escassez de publicações com relação à TB. Nas décadas de 1980 e 1990, houve um distanciamento expressivo entre as instituições de ensino/pesquisa e de saúde, pois não havia uma política clara de promoção à pesquisa em saúde.

Ao realizarmos uma pesquisa no site da Biblioteca Virtual em Saúde (2012), colocando o descritor “Tuberculose” encontramos um total de 107.834 trabalhos relacionados a esse agravo, em sua maioria artigos; desses, 11.418 encontram-se indexados no Scielo (texto completo disponível), cerca de 80% dos estudos estão relacionados à patologia (diagnóstico, etiologia, prognóstico, predição e terapia) e os outros abordam sobre práticas, programas e relatos de casos. Quando alteramos o descritor para “Tuberculose no Brasil”, encontramos 878 trabalhos produzidos desde a década de 1980, com texto completo apenas de 396 artigos, com as mesmas características descritas anteriormente.

No entanto, ressaltamos que, na última década, entre 1999 e 2009, o quantitativo de estudos realizados aumentou, consideravelmente, tendo o ano de 2007 o maior número de publicações. No entanto, em fevereiro de 2012, identificou-se um total de 118, alguns estão associados ao apoio fornecido pela Rede de TB e Editais temáticos pela urgência de formação no desenvolvimento das pesquisas na área da Tuberculose. Entretanto, quando destacamos o descritor “Tuberculose na Bahia”, encontramos somente onze produções. Com relação ao descritor “Modelo de Atenção e Tuberculose”, achamos, apenas, onze produções, das quais seis com texto completo, sendo quatro artigos e duas teses. Logo, com o descrito “Acesso e Tuberculose” localizamos 163 artigos e apenas 58 com textos completos.

Contudo, temos uma produção feita pelos participantes do GEOTB - “Dificuldade de acesso a serviços de saúde para diagnóstico da Tuberculose em municípios do Brasil”

(SCATENA et al, 2009), na qual, a situação de Feira de Santana é evidenciada com alta cobertura de PSF (60%) e baixa cobertura de Tratamento Supervisionado Diretamente Observado (2%).

Alem desses, outros estudos foram realizados e, entre eles, localizamos no ano de 2011, um livro intitulado “Diagnóstico da Tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil” contendo vários artigos publicados pelos coordenadores do GEOTB (VILLA; RUFFINO-NETO, 2011), que foram elaborados por pesquisadores de municípios prioritários no controle da TB que estão fazendo parte das pesquisas operacionais propostas pelo referido grupo no tocante à Tuberculose. Dentre os artigos publicados, identificamos um que trata sobre “Os serviços de saúde procurados pelo doente de Tuberculose de Feira de Santana-BA”, 2009. (ASSIS et al, 2011).

Nessa perspectiva, no sentido de delimitar o nosso objeto de estudo, elaboramos as seguintes **questões norteadoras**:

- De que forma vem sendo desenvolvido o modelo de Atenção à Saúde no PCT em um município da Bahia, considerando o fluxo do atendimento e as práticas da equipe em busca da resolubilidade do problema demandado pelo portador de TB?
- Quais as dimensões de acesso dos usuários aos serviços de Controle de Tuberculose do referido município?

Diante destes questionamentos, traçamos os seguintes **objetivos**:

- Analisar o modelo de Atenção à Saúde no PCT de Feira de Santana-BA, considerando o fluxo do atendimento, as práticas da equipe e a resolubilidade do problema demandado pelo portador de TB.
- Discutir as dimensões de análise do acesso aos usuários nos serviços de Controle de Tuberculose no município de Feira de Santana-Bahia.

CAPITULO II

REFERENCIAL TEÓRICO: MODELOS DE ATENÇÃO Á SAÚDE E O ACESSO AOS SERVIÇOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

“Ciência se faz com teoria e método [...] a compreensão da realidade é sempre mediada: por teorias, por crenças, por representações. Uma teoria é aproximação de um objeto, mesmo que depois a refute e construa outra que considera mais adequada para compreender ou explicar o assunto que investiga”.

MINAYO, 2002, p. 17

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os modelos teóricos são empregados nos diversos campos de conhecimentos e dentre eles, temos a saúde coletiva em que é muito comum a sua utilização. Entretanto, a construção dos modelos acontece de várias maneiras e uma delas é na análise dos sistemas de saúde vigentes ou que já foram implantadas em distintos países.

No século XX, vários movimentos ocorreram no Brasil, assim como em outros países, com relação ao sistema de saúde, hospitais e profissionais médicos. Já com analogia aos modelos de atenção, neste setor, tem-se os modelos Liberal-Privatista e o Sanitarista que foram desenvolvidos em diferentes momentos da história.

Para Campos (1994), o Liberal-Privatista foi o primeiro por procedência histórica e o que ocorreu predominantemente no Brasil. Nesse modelo, os serviços de saúde são estabelecidos a partir do mercado, de uma demanda potencial e não em função das necessidades de saúde. Os usuários têm que pagar pela assistência à saúde, através do desembolso pessoal ou de seguro privado ou, indiretamente, através da Previdência Social.

No modelo Liberal-Privatista, o planejamento em saúde não existia, nem tão pouco se seguiam os princípios administrativos da regionalização e da hierarquização. Com isso, visava-se apenas o lucro com investimentos em serviços que tivessem um bom retorno financeiro.

Esse modelo só conseguiu se expandir no Brasil, quando o Estado decidiu intervir na assistência médico-hospitalar. Nesse momento, era incumbência do Estado, além do financiamento e da compra de serviços, a manutenção de ações de Saúde Pública e o atendimento de indivíduos não incorporados ao mercado formal. (CAMPOS, 1994).

Como esse era um modelo comandado pela lógica do mercado, ocorreram várias desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Assim, para a população de maior poder aquisitivo, tem-se um sistema de alta tecnologia, com medicina de consultórios, com várias especialidades e com complexo hospitalar altamente especializado e confortável. Para o restante da população, para quem o Estado compra serviços, o atendimento é realizado através de pronto-atendimentos e hospitais contratados ou credenciados pela Previdência, onde a atenção é impessoal e de baixa resolutividade. (ASSIS, 1998).

No início do século XX, desenvolveram-se no país as Campanhas Sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, que expandiram suas ações de cunho

higienista voltadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de grandes epidemias e das endemias que afligiam o país. Além disso, estas campanhas foram feitas de forma autoritária, empregando estratégias militares para sua implementação, levando a manifestações populares como a revolta da vacina no Rio de Janeiro e, com isso, muitos historiadores referiram esta época como o período do sanitarismo campanhista (COELHO, 2010).

Para Campos (1994), essas Campanhas Sanitárias que foram desenvolvidas no Brasil, assim como os Centros de Saúde tradicionais, trabalhavam apenas com alguns programas considerados necessários ao controle de endemias ou mortalidade materna e infantil. Daí em diante, as políticas públicas estabeleceram formas mais permanentes de atuação com as instalações dos centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Com isso, foram desenvolvidos alguns programas, dentre eles, o de tuberculose, hanseníase, vacinação, puericultura, pré-natal, entre outros.

As campanhas sanitárias converteram-se em uma política de saúde pública interessante para a economia daquela época, e, no entanto, essas modalidades de intervenções permanecem ajudando no combate a endemias e epidemias.

Com relação ao campo da assistência hospitalar na época, o aparato estatal se especializou apenas nos segmentos populacionais, que trouxeram impactos para os indivíduos e também para toda população. Com isso, ficou sob responsabilidade da filantropia, a assistência médica individual aos pobres e ao mercado, a assistência dos que podem pagar diretamente. (COELHO, 2010).

Nos anos de 1970, do século XX, houve vários debates internacionais sobre os modelos de assistência à saúde da época, predominando as propostas que destacavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. Contudo, a atenção primária à saúde ou medicina comunitária foi a mais difundida. Já no Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada pelos grupos opositores do governo militar como uma estratégia para a redemocratização da política, na perspectiva de levar a toda população a assistência à saúde. (SILVA JR, ALVES, 2007).

Já na década de 1980, do século XX, os gastos com assistência médica, começaram a ser questionados por vários pesquisadores. Como referência, Coelho (2010) foi desencadeando um processo que se caracterizou como a crise da Previdência Brasileira. Paralelamente a isso, se desenvolveram os vários precursores do Sistema Único de Saúde – como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) em 1976,

Prev-Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) em 1980, PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde) em 1982, AIS (Ações Integradas de Saúde) em 1983, e o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) em 1987. Essas estratégias expandiram a capacidade do Estado de produzir serviços de saúde, tanto na área de saúde pública, quanto nas ambulatorial e hospitalar.

A principal mudança no modelo assistencial brasileiro, durante a década de 1980, foi o crescimento dos serviços públicos municipais, particularmente, por meio do incremento da atenção básica. Com a implantação do SUDS, reforçou-se uma tendência já prenunciada a partir da vigência do programa de AIS, com aumento dos recursos nos repasses financeiros da União – por intermédio do INAMPS – para custeio e investimento nos sistema municipal e estadual. (CAMPOS, 1992).

Entretanto, a partir da década de 1980, do século XX, as várias experiências de governo deram origem a algumas correntes tecno-políticas que colaboraram de forma extraordinária na avaliação das ações de saúde e na organização de modelos assistenciais. (SILVA JR, ALVES, 2007). Com isso, vários municípios, ajudados pelas universidades, organizaram redes de unidades de saúde para atenção primária, e essas experiências serviram de base para o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A partir daí, suas diretrizes ganharam forma de lei na Constituição de 1988, onde foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação do SUS foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde se definiu o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e seu funcionamento. Isso representou um marco na atenção à saúde no Brasil, o que foi uma grande conquista para a população brasileira. Pela primeira vez na história do país, a saúde começou a ser considerada como um direito universal e garantido pelo Estado. Com isso, a saúde teve um novo conceito, deixando de ser a ausência da doença, sendo, então, o resultado das condições de moradia, saneamento básico, alimentação, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e outros. (BRASIL, 1990).

Logo, o SUS é concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas de forma direta e indireta e também pelas fundações mantidas pelo poder público. Ele possui um arcabouço institucional que contempla os princípios organizacionais e doutrinários. (BRASIL, 2000a).

Assim, os princípios doutrinários do SUS têm como diretrizes a universalidade, integralidade e equidade, que representam os instrumentos capazes de alterar as mudanças no

modelo de atenção à saúde no Brasil. (CAMPOS, 2007). Contudo, a concretização desses princípios, sobretudo no que diz respeito à integralidade da atenção, ainda permanece incipiente no sentido de diretriz constitucional, e segundo Mattos (2006), continua sendo um desejo a ser almejado por todos como uma “imagem-objetivo” a ser alcançada na atenção à saúde da população brasileira.

Contudo, hoje, no Brasil, coexistem diferentes formas de prover e organizar os serviços de saúde, como dito por Coelho e outros (2010) que, com relação aos usuários da saúde suplementar, o formato se aproxima do modelo liberal privatista. Já no SUS, convivem práticas que lembram o sanitarismo campanhista e, embora a atenção primária e a urgência sejam proporcionadas pelo aparato estatal, os serviços hospitalares que são os de maior complexidade, são comprados de organizações privadas que contam, em sua maioria, com profissionais médicos, que operam sob a lógica liberal. Com isso, várias alternativas vêm sendo construídas ao longo da implementação do SUS, como propostas ao modelo hegemônico de organização dos serviços de saúde.

Dentre estas propostas, temos as Ações Programáticas de Saúde; os Sistemas Locais de Saúde (SILOS); as Cidades Saudáveis; o Movimento em Defesa da Vida; o Modelo de Vigilância à Saúde; e, por fim, temos a Estratégia Saúde da Família, como modelo organizativo da atenção básica.

As Ações Programáticas de Saúde, desenvolvidas nas décadas de 1970 e 1980, do século XX, no Brasil, inicialmente eram voltadas para as doenças infecto-contagiosas e parasitárias, depois foi estendendo-se para as formas mais variadas e adquirindo outros formatos como programas voltados para a saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso e da tuberculose, entre outros. Contudo, esse modo de organização e dispensa de serviços, baseados em grupos de riscos ou agravos, têm se mantido como importantes estratégias até os dias atuais. (PAIM, 2008; COELHO, 2010).

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram uma proposta de organização dos sistemas de saúde que foi difundida pela OMS, em especial na América Latina, pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) em 1986, tendo como ação o processo de redemocratização das ações de saúde. Sua finalidade era aumentar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde e, ao mesmo tempo, promover a equidade do acesso aos serviços. Foi pensada, no início, com a intenção de que cada país fizesse os arranjos locais necessários para implantar as diretrizes, como as tracejadas na medicina comunitária. Contudo, no interior do país, assumiu características diferenciadas. A implantação dos SILOS implicava que o Estado

assumisse o processo de forma descentralizada, com a participação dos entes federativos infranacionais. Além disso, estimulou a participação social, a intersetorialidade, o aumento da capacidade administrativa dos aparatos estatais, a capacitação de pessoal e o maior aporte estatal de recursos financeiros para o setor. Além disso, preconizou uma altíssima racionalização do uso de tecnologias em saúde. (COELHO, 2010). Esta proposta vem influenciando as tentativas de organização do sistema no Brasil.

Com relação às Cidades Saudáveis, este movimento teve início em Toronto, no Canadá e em 1984, como parte de uma conferência sobre políticas públicas saudáveis, numa tentativa de dar consequência à doutrina de promoção à saúde, formulada na Carta de Ottawa. Sua intenção era criar uma rede de cidades dispostas a encontrar novas maneiras de fazer com que os seus cidadãos se tornassem cada vez mais saudáveis. A proposta ganhou a adesão de cidades européias e da OMS, chegando à América Latina e Caribe, na década de noventa, junto com a implantação dos SILOS. No Brasil, um dos primeiros municípios a adotar a proposta foi Curitiba. (MENDES, 1996; COELHO, 2010).

Segundo Adriano e outros (2000, p.55), para que uma cidade se torne saudável, a OMS determinou que ela deve esforçar-se para proporcionar:

1. um ambiente físico limpo e seguro;
2. um ecossistema estável e sustentável;
3. alto suporte social, sem exploração;
4. alto grau de participação social;
5. necessidades básicas satisfeitas;
6. acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações;
7. economia local diversificada e inovativa;
8. orgulho e respeito pela herança biológica e cultural;
9. serviços de saúde acessíveis a todos e;
10. alto nível de saúde.

Entretanto, as diferentes propostas de construção de cidades saudáveis têm como características comuns o compromisso com a saúde, a tomada de decisões políticas em prol da saúde, a ação intersetorial, a participação comunitária e a busca de inovação das políticas públicas.

A proposta Em Defesa da Vida teve origem em Campinas, na Universidade Estadual e foi implantada na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP), em Betim (MG) e alguns outros municípios. A sistematização desta proposta foi divulgada na IX Conferência da

Saúde, em 1992. Os princípios que a norteiam são a saúde com o direito de cidadania e a consequente reorganização dos serviços e do processo de trabalho em saúde, de forma a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários, buscando a identificação das necessidades que portam os usuários e a garantia de acesso ao serviço e recursos tecnológicos necessários; a gestão democrática e o controle social, garantindo-se o acesso à informação e atuação dos setores sociais nas definições dos rumos da política de saúde e na democratização das relações entre o Estado e a sociedade. (CAMPOS, 1994b; MERHY 2002; CECILO, 1994, 2006).

Não obstante, o modelo de Vigilância da Saúde foi uma outra alternativa de organização das unidades de saúde e das práticas assistenciais adotada por vários Estados e municípios brasileiros, especialmente na década de 90, que tinha como pilares os seguintes aspectos: um processo de territorialização com definição de populações a serem cobertas por um leque de serviços; a utilização da epidemiologia e do planejamento estratégico se constituindo nas principais ferramentas para definir tanto as prioridades de ações de saúde a serem implementadas, quanto os investimentos a serem feitos na ampliação ou remodelagem da rede de serviços; a interdisciplinaridade e a participação social, permitindo que os sujeitos deste processo elejam e legitimem as prioridades. (TEIXEIRA, PAIM, VILASBOAS, 1998; COELHO, 2010).

E, por fim, temos o Programa Saúde da Família, antes considerado como Programa, mas hoje entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que vem buscando retomar a lógica do atendimento baseado no vínculo e na responsabilização. Essa proposta constitui-se em um importante desafio. Esta estratégia propõe uma ruptura com o modelo assistencial e a construção de uma nova prática. O MS passou a fomentar, em todo país, a constituição de equipes compostas por profissionais de saúde, sendo que esta equipe deveria se responsabilizar pela atenção de um território definido. É importante destacar que o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois só assim é possível atender, de fato, as demandas reais da comunidade. A integração da equipe e seu empenho na construção do vínculo e da responsabilização para com a comunidade são fatores fundamentais para implementação do PSF, como reorientador das práticas de saúde no SUS. Além disso, o PSF tem como principal objetivo a reorganização da atenção básica à saúde no país. (CORBO, MOROSINI, PONTES, 2007; CAMPOS, GUERREIRO, 2010).

2.1.1 Atenção Básica à Saúde como (re)orientadora do modelo de atenção em Tuberculose

A reorientação dos sistemas de saúde no primeiro nível de atenção requer a adaptação dos serviços em relação à prevenção e promoção da saúde, que serão alcançados por meio da designação de funções apropriadas a cada nível de governo, integrando as ações públicas e privadas, enfocando famílias e comunidades. Nesse sentido, é necessário utilizar dados precisos no planejamento e na tomada de decisões, criando um arcabouço institucional com incentivos para melhorar a qualidade dos serviços. (BRASIL, 2009a).

Para orientar os serviços no processo de avaliação e monitoramento da ABS, no âmbito do SUS, foi formulada uma proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, juntamente com o MS. O Pacto de Indicadores foi, então, idealizado como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à ABS, sendo instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1998, que aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica, e a Portaria 476 de 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da ABS. A partir de então, a cada ano, vêm sendo publicadas, através de portarias específicas, as orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores. (BRASIL, 2003a).

Anteriormente à organização da ABS, a avaliação era discorrida na Lei Orgânica da Saúde (LOS), mencionada como integrante da função de gestão do sistema de saúde, com o objetivo de ajudar a tomada de decisão, identificando os problemas e reorientando as ações de saúde. (MOROSINI, CORBO, 2007).

Um sistema de saúde que tem como base o primeiro nível de atenção compreende os elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universal a todos os serviços aceitáveis à população e, com isso, aumentam a equidade. Dessa forma, oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, enfatizando a prevenção e a promoção, e assegurando a atenção no primeiro atendimento. A família e a comunidade são a base do planejamento e da ação. Um sistema de saúde, com base na ABS, adota práticas de gerenciamento, otimizando em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva dos cuidados em saúde. (BRASIL, 2007a).

Com relação aos cuidados em saúde, Assis e outros (2006), enfatizam que desde a Conferência de 1978, em Alma-Ata, que os cuidados primários foram definidos como

essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente embasadas, e socialmente aceitáveis, que estão ao alcance das famílias e da comunidade. Entretanto, essa abordagem compreendida, sobre os cuidados, são fundamentais e devem ser garantidos a todos os cidadãos, como primeiro passo na “porta de entrada” do processo de atenção à saúde.

No entanto, Starfield (2004) aborda que a APS é considerada a “porta de entrada” dos indivíduos no sistema de saúde, resolvendo as necessidades e problemas, fornecendo sequência do cuidado ao indivíduo, coordenando e integrando a atenção oferecida. Para tanto, leva as ações de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada. Com isso, entendemos que o serviço básico orienta o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organiza e racionaliza o uso dos recursos, elementar e especializados, direcionados para a promoção, melhora e manutenção da saúde.

Conil (2002) ressalta que a APS é um termo que envolve distintas interpretações, e identifica duas concepções predominantes: cuidados ambulatoriais na “porta de entrada” e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada. No entanto, Giovanella (2008) traz que essa interpretação denominada de renovada, corresponde a uma concepção de modelo de atenção, de reorientação e organização do sistema de saúde, integrado e centrado nos cuidados essenciais com garantia de atenção integral.

No sentido de uma atenção integral é que o SUS tem reorganizado as ações da ABS que é um termo utilizado para designar as ações de saúde que atendam às demandas de maior frequência e relevância da população, em um território delimitado. Seu conceito está presente no texto da Portaria MS/GM nº. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a PSF e o PACS. A ABS 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006b, p.12).

Assim, entendemos o processo saúde-doença na coletividade, como uma ação política, apontada pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas. A estratégia da ABS precisa valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, distinguindo a saúde como direito, orientando-se de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, entre eles, a universalidade, a acessibilidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade.

No intuito de alcançar os princípios e diretrizes do SUS, o primeiro contato dos usuários no campo da ABS são as unidades básicas de saúde (UBS) e as ações que são desenvolvidas pela ESF. No entanto, Faria e outros (2010) relatam que essas ações da ABS devem apreciar cada sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à saúde, deve entender como ser capaz de conhecer, compreender, expressar e agir da sua maneira, de acordo com sua experiência, respeitando seus valores, representações e atos. Com isso, devem realizar as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos ou sofrimentos, baseando-se num processo interativo de escuta e informação, buscando produzir uma maior autonomia para sua efetivação.

A efetivação das ações da ABS está sujeita a uma consistência política de educação permanente em saúde, com capacidade em formar profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com aptidão técnica, espírito crítico e compromisso político.

Daí, no intuito de organizar o primeiro nível de atenção no SUS surge o ESF propondo a reorganização das práticas de saúde, levando em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população, em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, tendo como um dos objetivos organizar o processo de trabalho e as ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS, no âmbito da ABS, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade. Essa estratégia passa a ser o ponto de entrada do usuário no sistema de saúde, com isso, se faz necessário que funcione como eixo articulador do suprimento das necessidades dos doentes na rede de serviços. No entanto, vale reafirmar que o controle da TB, é uma das áreas estratégicas de atuação proposta pelo MS, que visa à operacionalização por meio da ABS em todo o território nacional.

Com isso, a ABS tem recebido um cuidado especial, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial do SUS. Nesse sentido, as

ações do PCT são de competência desta atenção, e podem ser desenvolvidas tanto nos serviços de saúde da ESF como em ambulatórios tradicionais com modelo de organização vertical e equipe especializada. (MACINKO, ALMEIDA, 2006; SCATENA et al, 2009).

Neste contexto, o acolhimento do usuário no primeiro nível de atenção é considerado fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde, e para a garantia da qualidade de vida da população. Logo, os países que têm como princípios organizativos os cuidados básicos têm proporcionado as melhores condições de saúde, com menor incidência de doenças, de internação e, até mesmo, de óbitos; conseqüentemente, diminuirão os custos e ofertarão mais serviços à população, principalmente, os portadores de TB.

Assim, dentre as várias estratégias utilizadas para ampliação do PNCT, na rede básica de saúde, está a descentralização das ações de controle da TB no âmbito das equipes de Saúde da Família, com relação ao acompanhamento de portadores de TB nas UBS. E para atingir as metas do PNCT, o MS (BRASIL, 2000b), considerou como estratégia prioritária do governo a implantação do PACS e do PSF, no sentido de reestruturar a atenção básica.

Entretanto, Giovanella e Mendonça (2008) retratam que foi na década de 1990, do século XX, que o MS fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorientação do modelo de atenção, visando, especialmente, à promoção da saúde. Com esse modelo, o controle da TB foi direcionado pelas ações de vigilância em saúde, melhorando o acompanhamento dos casos, buscando aumentar os índices de alta por cura e diminuindo os índices de abandono do tratamento da TB.

A TB é uma moléstia que emergiu, socialmente, na sua persistência e no seu alastramento, principalmente, entre as populações desfavorecidas, sendo motivo de preocupação por seus sintomas de desordem social. Contudo, ainda é uma doença temida por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como, por representar o estágio último de miséria humana (PORTO, 2007). Dessa forma, ela é considerada uma doença que não só prevalece em condições de pobreza mas, também, contribui para a manutenção do quadro de desigualdade social, representando um forte entrave no desenvolvimento do país.

2.1.2 A Tuberculose como doença negligenciada

A Tuberculose esteve presente durante todo o desenvolvimento da história humana. Mas somente na segunda metade do século XIX foi possível conhecer a bactéria causadora da doença, que foi descoberta pelo pesquisador alemão Robert Koch. (CARDOSO, CAMPOS, 2006). Logo, por ser considerada uma enfermidade antiga e possuir distribuição universal, ficou conhecida, como a “calamidade negligenciada” o que tem preocupado as autoridades da área de saúde em todo mundo. (RUFFINO NETTO, 2002).

No Brasil, a TB foi inserida pelos portugueses e missionários jesuítas, a partir do ano de 1500 (RUFFINO NETTO, 1999), alastrando-se ao longo dos séculos com transcendente impacto, principalmente nos finais do século XIX e início do século XX, quando morria metade dos indivíduos acometidos pela doença (HIJAR et al, 2007). Segundo Rosemberg (1999, p.368), em cartas de Inácio de Loyola (1555) e de Anchieta (1583) dirigidas ao Reino, está descrito que "os índios, ao serem catequisados, adoecem na maior parte com escarro, tosse e febre, muitos cuspidando sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias".

Embora a incidência de TB no Brasil tenha crescido indubitavelmente desde 1850, só em 1868, Otto Wücherer, um médico famoso da época, questionou a causa de tal incidência. Ele reconheceu que era uma doença que se desenvolvia mais nas cidades, e achava que os mais suscetíveis a ela teriam herdado tal suscetibilidade (deterioração do meio de vida da maior parte da população, devido ao preço da mão-de-obra não manter-se em igualdade de condições com o custo de vida). Segundo o médico, neste caso, a frequência da doença seria resultante do aumento do número de pessoas empobrecidas. (SHEPPARD, 2001).

As diretrizes internacionais firmadas no final do século XIX para o combate à tuberculose estiveram centradas em dois estabelecimentos: o dispensário e o sanatório. Enquanto o primeiro se dedicava à procura dos focos de contágio, à difusão de noções de higiene e à prestação de assistência médica e social aos doentes inscritos, o segundo esteve voltado ao isolamento nosocomial e tratamento continuado. Através desse binômio, pretendia-se dificultar a disseminação da enfermidade. (CAMPOS, 1965).

Segundo Antunes, Waldman e Moraes (2000, p. 368), durante a primeira metade do século XX, a doença caracterizou-se por elevadas taxas de mortalidade e foi uma das principais causas de óbito nas capitais brasileiras, em geral, somente suplantada pelas diarreias e pneumonias, respondendo por quase 10% do total de óbitos ocorridos em São Paulo e com valores ainda mais elevados para o Rio de Janeiro.

Não obstante, foi no século XX que iniciou um flagrante processo de desmistificação da tuberculose. A medicina investe decididamente em políticas de saúde pública, ao mesmo tempo em que a doença, já não mais era expressão de uma “mórbida elegância” e ganha contornos mais dramáticos justamente por caracterizar sintomas evidentes de miséria social. (PORTO, 2007).

No final do século XX, especulava-se que a TB estaria erradicada ou, pelo menos, restrita aos países pobres. Entretanto, os intensos movimentos migratórios populacionais, o desmantelamento dos sistemas de saúde pública, a crise social/financeira mundial e o advento da AIDS puseram por terra este sonho. Logo, a TB tem acompanhado a evolução do homem dando a entender que enquanto houver miséria no País, ela poderá estar presente. (CONDE, SOUZA, KRITSKI, 2002).

Entretanto, isso tem preocupado os grandes estudiosos e percebeu-se que o aumento do volume de trabalhos sobre tuberculose começou a aparecer no Brasil, somente depois da descoberta do Bacilo de Koch e após a virada do século XX. A maior parte desta literatura discutia a suscetibilidade do pobre à doença e, ocasionalmente, havia alguma referência específica às pessoas negras. Um dos diretores da *Revista Médica de São Paulo*, o Dr. Victor Godinho, referiu-se à tuberculose como “a praga do pobre”. Ele culpava as moradias lotadas, a falta de higiene e a nutrição deficiente por esse fenômeno. (SHEPPARD, 2001).

Diante disso, a TB tem sido considerada como um sério problema no âmbito da saúde coletiva no país, o que tem respondido por cerca de 85 mil casos novos e 5 a 6 mil mortes por ano. Contudo, o Brasil integra o grupo dos países em desenvolvimento que contribuem com mais de 80% da ocorrência dos casos novos de TB no mundo. E estima-se que ainda ocorram 95% de casos novos e 98% de mortes causadas por TB. Tem atingido todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos na faixa etária de 15 a 54 anos de idade. (BRASIL, 2005a). Embora seja uma doença cujo tratamento oferece 97% de eficácia, ela ainda é responsável pelo maior número de mortes dentre todas as doenças infecto-contagiosas.

No entanto, o Manual de Recomendações para o Controle da TB, no Brasil, faz inferência que uma das principais metas globais e indicadores para o controle da doença, sejam a redução em até o ano de 2015, da incidência para 25,9/100.000 habitantes, assim como a diminuição da taxa de prevalência e de mortalidade, e isso tem sido desenvolvido com base na perspectiva das metas do desenvolvimento do milênio, bem como no STOP TB⁵ e na Assembléia Mundial da Saúde. Além disso, espera-se, também, que até 2050, a incidência global de TB ativa seja menor que 1/1.000. 000 habitante por ano. (WHO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2006, lançou a estratégia STOP TB visando ao alcance das metas globais. Essa estratégia apresenta seis componentes prioritários que são: a busca da expansão e o aperfeiçoamento da qualidade da estratégia para o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS); o tratamento da infecção TB/HIV; a contribuição para o fortalecimento do sistema de saúde; o envolvimento com todos os provedores da saúde; o empoderamento dos portadores de TB e comunidades; e, por fim, a capacitação e a promoção da pesquisa. (BRASIL, 2010a).

Contudo, a principal estratégia proposta pela OMS é ainda a aplicabilidade do DOTS, com o objetivo de reduzir a resistência medicamentosa, melhorando a adesão terapêutica, incrementando os percentuais de cura e, com isso, reduzindo a incidência e a mortalidade por TB (RODRIGUES et al, 2009); (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

Nesse contexto, as políticas de controle da TB, através da estratégia DOTS, enfatizam: a) necessidade de compromisso político governamental a fim de garantir a inserção da questão da TB nas agendas das autoridades ligadas direta ou indiretamente à saúde; b) detecção de casos prioritariamente a partir da baciloscopia em pelo menos 70% dos casos estimados de TB pulmonar bacilífero (utilizando o resultado positivo da baciloscopia no escarro espontâneo); c) aumento nas taxas de cura acima de 85% com a adoção do tratamento medicamentoso de curta duração com rifampicina e isoniazida sob tratamento diretamente observado (DOT); d) provisão regular dos medicamentos; e) sistema de notificação de casos de TB adequado para o monitoramento das atividades de controle (GONZALES et al, 2008a).

Diante disso, na realização de um efetivo controle da TB, no sentido de garantir o sucesso terapêutico, a estratégia DOTS prevê a implantação do tratamento supervisionado (TS), que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa. É necessário organizar os serviços, considerando a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão acontecer no domicílio ou mesmo no local de trabalho. Além disso, pode ser realizada por alguém disposto, treinado, responsável, que o paciente aceite, e sob a responsabilidade dos PNCT (GONZALES et al, 2008b; WHO, 1999), com o PSF, e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é uma pessoa indicada para realizar este acompanhamento.

⁵ O STOP TB é uma estratégia criada desde 1993, quando a tuberculose foi declarada como uma doença de urgência, ele reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como: a Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial, o **Centers for Disease Control (CDC)**- Atlanta, **International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD)**, **Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA)** e **American Thoracic Association (ATA)**. (RUFFINO-NETO, 2002).

No entanto, é importante mencionar que existem outros fatores responsáveis para o aumento global da TB, tais como: aumento da pobreza, desordem social e moradias superlotadas em países em desenvolvimento, falta de informação, ausência de investimentos e a falta de programas eficazes no controle da TB (SOUZA, 2006). Nesta circunstância, deve ser dada uma atenção especial às populações que têm maior risco de adoecimento e aos que residem em comunidades fechadas, como: presídios, manicômios, abrigos e asilos; e aos indivíduos etilistas, usuários de drogas, mendigos, presidiários, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras (AIDS, diabetes), casos de retratamento após abandono e ainda aos trabalhadores em situações especiais que mantêm contato próximo com o portador de TB pulmonar bacilífera.

O problema com a TB, no Brasil, é que ela reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os categóricos do estado de pobreza, a timidez da organização do sistema de saúde e as carências da gestão, restringem a ação da tecnologia e, por consequência, dificultam a capacidade sustentada nas doenças marcadas pelo contexto social. No caso da TB, dois motivos novos competem para o agravamento do quadro que é a epidemia da AIDS e a multirresistência às drogas.

Com isso, governos e comunidades têm se empenhado no sentido de combater esse grave problema de saúde pública mundial, o que tem sido de grande valia, e não está ocorrendo de forma isolada. Dessa forma, algumas ações foram estabelecidas com esse objetivo e vale destacar a descoberta precoce dos casos, a vacinação de BCG⁶, as medidas preventivas e o tratamento.

Para a realização do tratamento da TB, a pesquisa bacteriológica é o método de diagnóstico fundamental em adultos e é realizado através da baciloscopia direta e da cultura para micobactéria. A baciloscopia direta é a que, quando executada, corretamente, permite detectar 60% a 80% dos casos de TB pulmonar. Além disso, temos, também, o exame radiológico do tórax que é importante na investigação da TB, pois permite a diferenciação de imagens apontando para suspeita da doença em atividade ou doença no passado, além do tipo e extensão do comprometimento pulmonar. (BRASIL, 2010a).

⁶ Entre 1906 e 1919, as experiências no Instituto Pasteur (Paris), os microbiólogos Camille Calmett e Albert Guerin, criaram a vacina contra a tuberculose que é obtida através da bactéria *Mycobacterium bovis*, em estado atenuado, Bacille Calmette-Guérin (BCG). A utilização da vacina BCG foi adotada largamente a partir de 1920, incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e *United Nations Children's Fund* (Unicef) a partir de 1948. Em 1974, o Programa Ampliado de Imunizações (PAI) da OMS a incluiu em seu calendário. As coberturas vacinais com BCG no mundo apresentaram tendência ascendente, observada a partir da década de 70, atingindo cerca de 80% a partir de 1990 (PEREIRA, 2009).

Entretanto, ainda com relação ao tratamento, desde quando surgiu a quimioterapia no início da década de 1960, este vem acontecendo de forma padronizada através de esquemas terapêuticos, que são utilizados na rotina dos programas de controle. No Brasil, o grande problema com relação ao tratamento da TB, ainda está na alta taxa de abandono que, em algumas capitais brasileiras, pode atingir, em média, 25% dos pacientes tratados. (MENDES, FENSTERSEIFER, 2004; VERONESI, 2004). Porém, a maior preocupação com a efetividade do tratamento da TB está relacionada com a terapêutica realizada de forma irregular, pois, além de não curar os portadores, podem transformá-los em casos resistentes às drogas habituais.

Diante disso, em 2009, o PNCT, juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor, recomendou a inclusão do Etambutol, para adultos e adolescentes (>10 anos de idade), no tratamento de primeira linha da Tuberculose no Brasil. Com isso, recomendou o uso de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol na primeira fase do tratamento. Durante dois meses seguidos de Rifampicina e Isoniazida, durante quatro meses, mantendo, dessa forma, o regime de recomendação com três fármacos na 1ª fase (RHZ) e 2 fármacos (RH) na 2ª fase. Logo, estes comprimidos denominados dose fixa combinada (DFC) incorporam 2 ou 4 drogas em proporções fixas. Assim, traz uma série de vantagens para o controle da TB, como: a menor resistência bacteriana, uma vez que a DFC incorpora múltiplas drogas em um único comprimido e, com isso, diminui a chance de monoterapia; e o número reduzido de comprimidos pode melhorar a adesão do usuário ao tratamento. (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, para o diagnóstico e tratamento da TB, deve-se considerar não apenas a regularidade no tratamento, mas também o perfil sócio-demográfico/clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos. Ampliar os conhecimentos relacionados ao indivíduo pode vir a contribuir para melhor desempenho nas questões referentes ao processo saúde-doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida do cliente (NOGUEIRA et al, 2009). Empenhos devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o cliente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença.

Hoje, a tuberculose é uma doença totalmente curável, que só leva o paciente à morte se não for tratada com seriedade. Entretanto, com a emergência do HIV/AIDS, na década de 1980, mudaram as características da doença, agravando a situação epidemiológica, constituindo um dos principais fatores para a deterioração do quadro da doença em países com alta taxa das duas infecções, como o Brasil. (BRASL, 1994).

Portanto, a TB está ligada a agrupamentos humanos com piores condições socioeconômicas, e a um estigma que implica na não-adesão dos portadores ao tratamento, porém é curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que se façam os medicamentos, as doses corretas e o uso por tempo necessário. Utilizando esses meios, evitará a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando, a cura do paciente. Com isso, favorecerá o alcance dos objetivos do PCT que é o controle da tuberculose, através da redução da mortalidade, da morbidade e da transmissão da doença, prevenindo, assim, a tuberculose multirresistente⁷ antes que isso se torne um novo problema para a saúde pública.

2.1.3 Programa de Controle da Tuberculose como política do Estado Brasileiro

A tuberculose não é um simples problema de saúde do indivíduo. É importante assinalar que se calcula que um novo doente infecta, em média, dez indivíduos antes de ser tratado e tornar-se não-transmissor. (BRASIL, 1999). Logo, configura-se como um problema prioritário de Saúde Pública, apresentando elevada incidência e distribuição espacial heterogênea nas diferentes regiões do país, guardando estreita relação com as condições socioeconômicas da população e, por tal razão, requer um esforço coletivo para mudar os seus padrões endêmicos através das políticas públicas, que denotam uma vontade social de mudança, com a redução das novas infecções, de novos doentes e mortes. (PEDROSA, ROCHA, 2004).

Os principais elementos das políticas públicas em TB no Brasil e no mundo, são: diagnosticar e tratar precocemente os doentes; prevenir a tuberculose primária com a vacinação BCG e focar o problema nas populações mais vulneráveis, nos municípios com alta endemicidade e nos grupos populacionais com maior potencial social e de risco biológico de adoecer. (BRASIL, 2002a).

Em 1996, foi lançado o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, pelo Ministério da Saúde (MS), considerando a TB como uma prioridade entre as políticas governamentais do Brasil. (BRASIL, 1999). Nesse sentido, o MS assumiu compromissos com

⁷ Tuberculose Multirresistente baseia-se na identificação de *Mycobacterium tuberculosis* resistente *in vitro* a, pelo menos, rifampicina e isoniazida, os dois principais medicamentos utilizados, universalmente, para o tratamento da doença (ROCHA et al, 2008).

seus cidadãos e com a comunidade internacional de controlar a evolução da TB, buscando reduzir a prevalência na população.

No Brasil, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em agosto de 1998 e, em seguida, homologado pelo Ministro da Saúde, o qual foi elaborado pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e pelo Centro de Referência Hélio Fraga, e foi embasado na experiência de décadas de atuação do PNCT e, mais recentemente, nas contribuições do Consenso Brasileiro de Tuberculose de 1997 e do Seminário de Tuberculose de 1998. Esse Plano se propõe a alcançar três grandes objetivos: a implementação do PCT em todos os municípios; a execução, em nível útil, dos meios de diagnóstico e tratamento e a redução significativa, em médio prazo, da incidência e mortalidade causadas pela TB. (TEIXEIRA, 1999).

Conforme Ruffino Netto (2002), desde 1998, quando foi lançado o PNCT, ficaram definidas algumas recomendações da OMS, quando o país elaborou e passou a implementar, as seguintes diretrizes gerais: 1) estabelecimento das normas, pela garantia de acesso universal e gratuito ao tratamento; 2) aquisição e abastecimento de medicamentos; 3) referência laboratorial e de tratamento; 4) coordenação do sistema de informações; 5) apoio aos estados e municípios; e 6) articulação intersetorial, visando maximizar os resultados de políticas públicas.

Com isso, a Conferência Ministerial sobre TB e Desenvolvimento Sustentável, realizada em março de 2000, firmou na Declaração de Amsterdã o controle para deter a TB, identificando suas implicações socioeconômicas e envolvendo toda a sociedade na utilização de tecnologia eficaz e acessível, incorporando-a à ABS. Nesta Conferência, foi definida a luta contra a TB como um bem público mundial, se comprometendo em acelerar o propósito de combate em todos os países do mundo. (BRASIL, 2002a).

Nesse sentido, o Departamento de Atenção Básica (DAB), juntamente com o PNCT, têm atuado juntos com o objetivo de conseguir realizar o processo de descentralização das ações de controle da TB na atenção básica. O PNCT é de responsabilidade dos diferentes setores do MS que são: as Áreas Técnicas de Pneumologia Sanitária, as Coordenações Macrorregionais, a Fundação Nacional de Saúde, e o Centro de Referência Prof. Hélio Fraga (BRASIL, 1999). Além destes, temos as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que têm suas atribuições e funções definidas pelo plano.

Nas esferas federal, estadual e municipal, o PCT deve promover a correta implantação e/ou implementação de condições adequadas (capacitação, acesso a exames, medicamentos e

referências) em unidades de atenção básica que compõem a rede, além de mapear as necessidades, identificar e credenciar as unidades de referência secundária e terciária (BRASIL 2010b). Estas unidades podem estar estabelecidas em nível municipal, regional ou estadual, de acordo com as demandas específicas de cada região do país.

Desta forma, o PCT está subordinado a uma política de programação das 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. Isso permite o acesso universal da população às suas ações.

Para tanto, Barreira e Grangeiro (2007) referem que o PNCT vem se estruturando no sentido da descentralização e horizontalização das ações de prevenção, vigilância e controle da TB, e isso tem ocorrido, especialmente, no âmbito dos cuidados básicos de saúde, favorecendo o estabelecimento de parcerias entre os setores público-público e público-privado. Todavia, com relação às populações mais vulneráveis (povos indígenas, população de rua, população privada de liberdade, entre outros), o combate à coinfeção TB-HIV e os reforços das ações de diagnóstico clínico e laboratorial, tudo isso têm propiciado a participação efetiva da sociedade civil no controle e no apoio às ações governamentais para lograr o alcance das metas necessárias na redução da mortalidade e morbidade no País.

Além de ter estabelecido metas, o PNCT definiu, também, suas fases de desenvolvimento, recursos existentes, instrumentos de ação e organização. (BRASIL, 2010b). Entretanto, ainda se tem dado pouca atenção para verificação adequada das metas fixadas aos determinantes do problema, visando à estruturação de um Sistema de Vigilância à Tuberculose, estrategicamente desenhado para responder às diversas demandas do atual quadro epidemiológico da endemia no Brasil.

Em relação ao tratamento e acompanhamento dos pacientes, o PNCT tem como metas tratar corretamente 100% dos casos diagnosticados de TB e curar pelo menos 85% destes. As estratégias devem, preferencialmente, ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais e objetivar a inclusão social do paciente, ressaltando a importância da organização do serviço sob a estratégia TS-DOTS. (SANTOS, 2007).

Além disso, para o tratamento de TB, o Brasil estabeleceu as seguintes diretrizes, que são: tratamento da maioria dos casos em ambulatórios com profissionais generalistas; fácil acesso territorial e garantia de recursos de maior complexidade para tratamentos hospitalares, com recursos de apoio mais sofisticados e com especialistas para ampliar a capacidade de atendimento; do mesmo modo, se deve garantir o acesso a níveis de mais alta diversificação,

com recursos de imagens, cirúrgicos, laboratoriais e de drogas mais específicas para casos como de tuberculose multirresistente. (BRASIL, 2002b).

Logo, Ferracio e outros (2007) sinalizam que o maior problema apontado no tratamento da TB é a não-adesão. Isso porque abandonar o tratamento significa gerar bacilos resistentes e aumentar o custo do mesmo. Os doentes que abandonam o tratamento podem adquirir bacilos da tuberculose resistentes aos medicamentos utilizados no combate da doença, tendo assim uma chance de ter a patologia de difícil controle e cura, contribuindo para a proliferação da doença na forma resistente.

Diante da magnitude da doença, a TB está incluída na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em todo Território Nacional. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) fornece dados para a análise do perfil da morbidade e contribui para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. (BRASIL, 2009b).

O SINAN foi implantado, de forma gradual, a partir de 1993. No entanto, esta implantação foi realizada de forma heterogênea nas unidades federadas e municípios, não havendo uma coordenação e acompanhamento por parte dos gestores de saúde, nas três esferas de governo. Este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória e tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificáveis. (BRASIL, 2007b).

A vigilância em TB contribui para a redução do sofrimento humano, assim como suas conseqüências sociais e econômicas para a pessoa doente, sua família e a sociedade, tendo como objetivo primordial o controle da TB. Contudo, para alcançar esse objetivo é necessário garantir o acesso ao serviço de saúde no PCT para o diagnóstico e o tratamento, possibilitando a cura da doença.

2.2 O ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O acesso aos serviços e as ações de saúde é uma condição essencial para uma assistência à saúde de qualidade. Todavia, ele vem se dando ao longo da história dos serviços

públicos, o que nos leva a pensar no processo de construção do SUS, orientado pelo princípio de acesso universal e igualitário.

A definição de acesso tem variado entre diversos autores de acordo com a sua conjuntura. Para Fernandes (2005), o acesso está relacionado com o ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar e alcançar. No entanto, Acurcio e Guimarães (1996, p.34), conceituam como “a capacidade do paciente de obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente”.

No entanto, Unglert (1999) traz que o acesso aos serviços de saúde pode ser conceituado como a disponibilidade dos serviços de saúde e sua apropriada cobertura, e está diretamente relacionado ao processo saúde-doença. Com isso, envolve os aspectos geográficos, funcionais, socioculturais e econômicos.

Uma das dimensões também trazidas pelo acesso está relacionada com a discussão sobre os aspectos da “universalidade”, que é uma diretriz política que consagra a saúde na Constituição como um direito universal e dever do Estado. Com isso, a saúde pode ser explanada em suas determinações social, política e econômica, cabendo ao Estado prover o acesso de todos de forma ampla e diversificada. (PASSAMANI, SILVA, ARAUJO, 2008).

Dessa forma, Assis, Villa e Nascimento (2003) abordam que a universalidade da atenção implica na formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Contudo, são necessárias ser criadas algumas estratégias para nortear a reformulação e o fortalecimento do sistema, no sentido de garantir a saúde como um direito de todos, no plano individual e coletivo. Além disso, se faz necessária a inclusão de novas práticas, dando prioridade à promoção da saúde sem negligenciar a produção do cuidado para aqueles que já se encontram doentes. E isso requer reorientação das políticas de saúde e organização dos serviços públicos e privados para a integralidade do cuidado.

Logo, a integralidade tem sido compreendida como um dispositivo adequado para transformar as práticas de saúde. Baseado na visão de Matos (2006), ela é um princípio orientador das práticas e expressa a convicção de que cabe aos gestores responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais. Nesse sentido, uma resposta coerente seriam o acesso às técnicas de diagnóstico precoce e o tratamento que tanto o usuário necessita, nesse caso, o da TB.

Contudo, Cecílio (2006) aborda que a integralidade deve ser fruto do empenho e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular

dos serviços de saúde, sejam eles na ABS ou no hospital. E nesse relacionamento do usuário com a equipe devem prevalecer, sucessivamente, o compromisso e a preocupação de fazer sempre o melhor possível, escutando as necessidades de saúde trazidas por aqueles que buscam o serviço e respondendo suas demandas. Assim, acompanhar um caso de TB exige envolvimento, compromisso, supervisão e controle.

O acesso aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário, deve estar garantido; mas, em qualquer destes níveis, é importante que haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência. No entanto, ter acesso aos três níveis de atenção não é garantia de que a integralidade seja uma realidade no sistema. A integralidade ainda tem como desafio vencer as amarras de mera diretriz constitucional do SUS, para atingir o cotidiano dos trabalhadores de saúde, dentro dos seus mais diversos e possíveis significados, tendo em vista a dimensão do cuidado da saúde.

A integralidade de modo particular deve ser tomada como algo relevante para a formulação das políticas de saúde, pois ela tem o poder de reorganizar esses serviços de maneira a não somente responder às doenças, mas apreender de forma abrangente as necessidades de saúde da população atendida. Ela pode, também, ser divulgada, principalmente, na forma como os profissionais de saúde respondem aos pacientes que os procuram, dentro de uma perspectiva de articulação, tanto das ações preventivas, quanto assistenciais. (MATTOS, 2007).

Logo, Assis e outros (2010c) relatam que a integralidade das ações é um direito que o usuário tem para ser atendido em todas suas necessidades de saúde. E essas ações não devem limitar-se somente à atenção básica, de forma que seja garantindo o acesso aos serviços mais complexos, caso seja necessário, com a finalidade de dar resolubilidade às necessidades dos usuários.

O acesso encontra-se, ainda, associado ao princípio da resolubilidade, no que diz respeito à resposta adequada às demandas, de acordo com as necessidades individuais e coletivas, em todos os níveis da atenção, constituindo-se como resultado da confluência das demais dimensões: acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização. (SANTOS, ASSIS, 2006).

Destarte, a resolubilidade se dá através de um maior acesso aos serviços de atenção básica de demanda, em termos assistenciais, de promoção e proteção à saúde, o que resulta numa diminuição da utilização de serviços mais complexos. Com isso, a ABS que é considerada como “porta de entrada” aos serviços de saúde, deveria ser acessível ao usuário

que, muitas vezes, recorre aos serviços de urgências pelas dificuldades encontradas no acesso. (CLEMENTINO, MIRANDA, 2010).

Diante disso, a ABS deve garantir o acesso do usuário a todos os níveis de complexidade em conformidade com as suas necessidades, permitindo a resolubilidade dos serviços de saúde. No entanto, compreende-se que ela ainda não se efetivou como “porta de entrada” do sistema. E, para muitos autores, ela pode acabar como “porta sem saída”, reduzindo-se a uma medicina para pobres, por não valorizar com maior intensidade a prática clínica e a atenção individual. (MERHY, FRANCO, 2000).

Com isso, Santos e Assis (2006) trazem que no processo de organização dos serviços, a atenção individual ainda apresenta limites a ser superados. E que a rede básica precisa estar inserida num sistema funcional e resolutivo, com redes hierarquizadas de serviços, para se constituir em porta de entrada do sistema de saúde. Além disso, Abreu de Jesus e Assis (2010) enfatizam que a organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde.

Corroborando com isso, Lima e outros (2007) abordam que o usuário, para conseguir acesso aos serviços de saúde, precisa, inicialmente, vencer a primeira etapa do processo, quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Além disso, se faz necessário um atendimento de qualidade, que deve ser baseado na escuta do usuário, para que, assim, possa desenvolver um bom desempenho profissional, propiciando o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo aperfeiçoa o processo da assistência, proporcionando aos profissionais conhecerem os seus clientes e as propriedades de cada um, facilitando-lhes o acesso.

O vínculo está associado ao quanto o profissional se interessa pelo paciente, o quanto ele o conhece e o tempo que dedica para estabelecer esse vínculo. Para Campos (1997, p. 236) “a ligação um pouco mais estável e duradoura entre profissional e paciente permitiria que o último exercesse melhor seus direitos de cidadania”. Logo, a atenção integral exige mudanças das práticas em saúde para que equipes existam efetivamente como grupo multiprofissional e interdisciplinar, agregando profissionais de saúde e usuários desenvolvendo a efetiva autonomia entre os mesmos. E o vínculo formado nesse processo aumenta a resolutividade das ações de saúde e contribui para a autonomia do usuário. (SANTOS et al, 2008).

Assim, é importante lembrar que no PCT, a efetivação da adesão ao tratamento da TB requer o estabelecimento de vínculos entre os doentes e os profissionais que deles prestam cuidado. Nesse procedimento, os doentes, ao aceitarem o diagnóstico, permitem ao

profissional o acesso à sua concepção do processo saúde-doença e assim à construção de estratégias facilitadoras desta adesão. Além disso, no momento em que os profissionais de saúde despertam para o conhecimento do doente, em sua totalidade, podem criar possibilidades para o enfrentamento da doença, fortalecendo, inclusive, a inclusão social, principalmente tendo em vista que grande parte dos sujeitos doentes apresenta precárias condições sociais. (TERRA, BERTALOZI, 2008; CLEMENTINO, MIRANDA, 2010).

É preciso que os governos deem prioridade às políticas sociais em que a cidadania se constitui numa categoria de expressão de liberdade e de dignidade para todos, de promoção da saúde do sujeito tanto em nível individual quanto coletivo. Com isso, necessita que as políticas públicas fundamentem-se em princípios que contemplem as reais necessidades dos usuários. Não basta garantir o acesso e o atendimento prioritário para os casos mais críticos, mas assegurar a singularidade e o direito de cidadania de cada cidadão, independentemente do seu grau de risco e/ ou condição social. (ERDMANN et al, 2008).

Por conseguinte, o PCT precisa caminhar para a construção de serviços de saúde que, realmente, possibilitem a resolubilidade dos problemas e necessidades da população, dentro da perspectiva da integralidade das ações, que permitam o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e um maior grau de autonomia dos usuários no seu modo de viver.

A atenção à TB implica em se trabalhar com uma doença considerada crônica, que exige habilidades específicas para o atendimento, uma vez que é de longa duração e o planejamento das ações deve incluir aspectos socioeconômicos e culturais da pessoa com TB, assim como o estabelecimento de vínculo entre o serviço de saúde, o doente e sua família. (SOUZA, SILVA, 2010).

Contudo, antes de iniciar a quimioterapia para TB, é necessário orientar o paciente quanto ao tratamento, devendo-se explicar, em uma entrevista inicial e em linguagem acessível, as características da doença e o esquema de tratamento que será seguido, como: drogas, duração, benefícios do uso regular da medicação, consequências advindas do abandono do tratamento e possíveis efeitos adversos dos medicamentos. (BRASIL, 2009b). Logo, desenvolvendo essas estratégias para o tratamento da TB, o PCT conseguirá promover o controle da doença no Brasil.

Bittencourt, Kritski e Paz (2009, p. 19) relatam que “cabe a nós, profissionais de saúde, zelar pela assistência que se funde no outro, chegando a compreender que neste vivido a TB não é sentença de morte e sim mais um fato, diante das inúmeras possibilidades de adoecer”.

CAPÍTULO III

CAMINHO METODOLÓGICO

“Os saberes, as verdades, são hoje em dia mais do que nunca, parciais e provisórios, esperando a cada segundo por um novo conhecimento ou afirmação que o derrube ou esperançosamente, o transforme em algo novo, um mito, uma mutação, uma recriação, ou um retorno à sabedoria”.

Wong Um

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Na origem do termo, metodologia significa estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência. (DEMO, 1995).

Para Minayo (2003), a metodologia da pesquisa é conceituada como o caminho do pensamento a ser seguido e ocupa um lugar central na teoria, tratando-se basicamente do conjunto de técnicas a serem adotadas para construir uma realidade. Logo, o método tende a direcionar o pesquisador para a busca do conhecimento da realidade e, segundo Gil (2010, p.5), “ele é o caminho, para se chegar a um determinado fim”.

De acordo com Richardson (2007, p. 29), em sentido amplo, “método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação dos fenômenos”. A pesquisa deve ser planejada e executada em conformidade com as normas instituídas para cada método de investigação, visando nortear o conhecimento através de seus conteúdos e resultados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Na realização desta pesquisa, optamos pelo estudo de abordagem qualitativa, em uma perspectiva crítica e reflexiva, tomando como eixo de análise a organização do modelo de atenção à saúde no acesso ao diagnóstico e tratamento da TB. O enfoque qualitativo foi escolhido por ser aplicado ao estudo das subjetividades, buscando compreensão e interpretação das relações de significações e fenômenos para os indivíduos e sociedade.

Segundo Minayo (2010, p.57), o estudo qualitativo

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa qualitativa, além de oferecer descrições ricas sobre uma realidade específica, ajuda o pesquisador a superar concepções iniciais e a gerar ou revisar as estruturas teóricas adotadas anteriormente, oferecendo base para descrição e explicações de contextos específicos. (MILES, HUBEMAN, 1994).

Contudo, optamos por um estudo de abordagem crítica-reflexiva por meio da compreensão dos significados, das intenções e das questões subjetivas intrínsecas às ações que são desenvolvidas. Uma abordagem crítica que, em certo espaço e tempo histórico, procure entender, analisar e abordar sobre os fenômenos sociais. Diante disso, Minayo (2004, p. 20) aborda que

[...] as sociedades existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisório, passageiros, e estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado.

De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004), a abordagem qualitativa busca compreender, particularmente, aquilo que se estuda, não se preocupando com generalizações populacionais, princípios e leis; a atenção centraliza-se no específico, no peculiar, com ênfase no significado do fenômeno, buscando a sua compreensão. O critério de cientificidade nesse caso é a intersubjetividade, já que o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

Para uma melhor visualização do campo de estudo, fizemos dois recortes espaciais do campo. O primeiro, voltado para o município de Feira de Santana, com a apresentação da sua história, seguida da contextualização da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do processo político de regionalização da saúde; o segundo é relativo à caracterização das Unidades de Saúde, que constituem o campo empírico propriamente dito, destacados a seguir.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA

Figura 1 – Mapa da Bahia



Fonte: www.viagemdeferias.com/salvador/bahia/mapa.php

O presente estudo foi realizado no município de Feira de Santana-Bahia, localizado na região Centro-Leste do Estado, que possui uma área geográfica de 1.334Km² (IBGE, 2009). É a segunda maior cidade do Estado da Bahia e tem importante localização geoeconômica devido ao grande entroncamento rodoviário do interior do País, cortado por rodovias federais: BR101, BR116 e BR324 e quatro rodovias estaduais: BA 052, 502, 503 e 504, favorecendo a uma crescente concentração de fluxo de população, mercadorias e dinheiro, num entreposto que liga o nordeste ao centro-sul do Brasil, na fronteira de Salvador, com o sertão do semiárido da Bahia. Possui grande contingente da população flutuante, com efeitos

migratórios, cujos resultados ainda não são conhecidos, porém são observados pela intensa movimentação diária da estação rodoviária.

Está situada a 109 km da capital Salvador, 80 km do Centro Industrial de Aratu e do Porto de Aratu e 70 km do Pólo Petroquímico de Camaçari. É o terceiro maior arrecadador de ICMS do Estado da Bahia e é o 88º mais rico do país e tem a 4ª colocação na Bahia com IDH de 0,74. (FEIRA DE SANTANA, 2011a).

Figura 2 – Mapa da Cidade de Feira de Santana



Fonte: www.uefs.br/erbase2004/comochegar.htm

O município de Feira de Santana possui uma área de 1.344 km² e encontra-se totalmente situado no Polígono das Secas.

Possui em suas coordenadas geográficas 12° 16' de latitude sul e 38° 58' de longitude oeste, com 257m de altitude em relação ao nível do mar. Limita-se com os municípios de Santanópolis, Tanquinho, Candeal e Irará ao norte; Antonio Cardoso e São Gonçalo ao sul; Coração de Maria, Conceição do Jacuípe e Santo Amaro, ao leste; Anguera, Serra Preta e Ipecaetá, ao oeste. (FEIRA DE SANTANA, 2011a).

ASPECTOS HISTÓRICOS

Feira de Santana originou-se no começo do século XVIII, na Fazenda Santana dos Olhos D'Água, de propriedade de Domingos Barbosa de Araújo e Ana Brandoa, que construíram uma capela, sob a invocação de São Domingos e Santana, em torno da qual surgiu a povoação que cresceu gradativamente surgindo uma feira que se tornou um centro de permuta comercial. Estas terras, são as que passariam a constituir o município de Feira de Santana.

Na primeira metade do mesmo século, diante do crescente centro de permutas, surgiu o arraial de Santana da Feira que se transformou em vila em 1832. O desenvolvimento econômico levou os habitantes a pedirem a criação do município, o que se concretizou com instalação em 18 de setembro de 1833, com território emancipado do município de Cachoeira, posteriormente, constituiu-se em cidade Comercial de Feira de Santana, mediante lei provincial nº. 1.320 de 16 de junho de 1873. Assim, este município nasceu e se construiu fundamentado no comércio, sendo hoje a principal atividade desenvolvida, o que tem sido favorecido pela sua localização geográfica.

Os decretos estaduais de números 7.455 e 7.479, de 23 de junho e 8 de agosto de 1931, respectivamente, simplificaram o nome para Feira. Esta denominação, mais uma vez, foi modificada para o atual topônimo de Feira de Santana, a partir da vigência do decreto estadual nº. 11.089, de 30 de novembro de 1938. De acordo com a divisão territorial vigente, o município é constituído de oito distritos: Feira de Santana (sede); Bonfim da Feira; Humildes, pela lei de 13 de junho de 1859; Governador João Durval Carneiro, pela lei de 18 de maio de 1859; Jaguará, pela lei nº. 1.795 de 3 de junho de 1877; Jaíba, pela lei 628 de 31 de dezembro de 1953; Maria Quitéria, pela lei nº 901 de 23 de abril de 1864 e Tiquaruçu, pela lei nº. 978, de 26 de julho de 1913. (FEIRA DE SANTANA, 2011a).

Em suas terras, encontram-se, ainda, várias vilas, ressaltando-se as sedes dos distritos de: Bonfim de Feira, Humildes, Ipuçu (Governador João Durval Carneiro), Jaguará, Jaíba, Maria Quitéria (São José) e Tiquaruçu situados no Pediplano Sertanejo, Tabuleiros Interioranos e Tabuleiros Pré-Litorâneos. O relevo do município é composto por algumas serras, como: São José, Grande, Agulha, Chapada, Santa Maria e Boqueirão. Seu clima é seco a subúmido e semiárido com temperatura média anual de 23,5°C. O período chuvoso é de abril a Junho, com pluviosidade anual média de 867 mm com risco de seca média e alta. Seus solos são arenosos com aptidão regular para a lavoura, sem aptidão para uso agrícola, a não ser em casos especiais e são usados para manter a flora e a fauna, com aptidão regular para pastagem plantada. Sua vegetação predominante é a Contato Caatinga – Floresta Estacional e Floresta Estacional Decidual. (FEIRA DE SANTANA, 2011b).

O município não é considerado rico em minérios, mas possui minas de enxofre e manganês que têm sido pouco exploradas. Contudo, há exploração de pedras para construção, apatitas e argila em abundância. Em sua hidrografia, cortam o município os Rios Paraguaçu, Subaé, Jacuípe e Pojuca e outros de menor porte como os Rio do Cavaco, Calandro e Salgado. A barragem de Pedra do Cavalo, apesar de não estar situada no município de Feira de Santana é de grande importância para o abastecimento de água tratada, que é feita pela Empresa Baiana de Água e Saneamento (EMBASA). A superficialidade do lençol freático favorece ao afloramento de várias nascentes e à presença de lagoas como a de São José, Pindoba, Salgada e Mundéus. A proximidade dos esgotos domésticos e a drenagem pluvial dos detritos aos aterros favorecem à poluição das águas, ameaçando a existência de algumas lagoas pondo em risco a saúde da população que utiliza esses recursos naturais.

Figura 3 – Cidade de Feira de Santana



Fonte: www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=795818

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado da Bahia com população estimada de 590.446 habitantes, ocupando a 31ª posição em população (IBGE/2009).

No quadro abaixo, está representada a distribuição populacional anual por faixa etária dos anos de 2005 a 2009.

Quadro 01: Estimativa Populacional Segundo Faixa Etária do Município de Feira de Santana-BA, 2005-2009.

Faixa Etária	2005	2006	2007	2008	2009
Menores de 1 ano	10.346	10.511	10.670	10.318	10.147
1 – 4 anos	41.160	41.815	42.446	41.908	41.420
5 – 9 anos	52.168	52.997	53.799	51.976	52.896
10 – 14 anos	55.748	56.634	57.490	51.976	51.811
15 – 19 anos	62.861	63.860	64.826	54.524	54.004
20 – 29 anos	104.127	105.782	107.380	120.493	119.795
30 – 39 anos	78.676	79.927	81.134	94.367	97.147
40 - 49 anos	53.588	54.441	55.263	69.034	70.728
50 – 59 anos	33.340	33.869	34.381	43.838	45.440
60 – 69 anos	20.042	20.360	20.668	25.472	26.372
70 – 79 anos	10.707	10.878	11.042	13.590	13.968
80 anos e mais	4.862	4.934	5.014	6.469	6.718
Total	527.625	536.013	544.113	584.497	590.446

Fonte: Plano Municipal de Saúde - DATASUS, FSA, 2010.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

A maior parte dos domicílios de Feira de Santana está localizada em zona urbana. Tem divisão geoeconômica definida como microrregião, num total de 23 municípios, tendo como população de 993.796 habitantes; mesorregião Centro-Leste Baiano é uma das sete mesorregiões do estado da Bahia e é formada pela união de oitenta municípios com população de 2.224.075 hab. agrupados em cinco microrregiões, fazendo parte Senhor do Bonfim, Irecê, Jacobina, Itaberaba e Feira de Santana. E a sua região econômica é a do Paraguaçu com população de 1.359.581hab., onde fazem parte 42 municípios que completam sua área de influência (FEIRA DE SANTANA, 2011a).

Figura 4 – Mapa da localização da região econômica do Paraguaçu



Fonte: www.skyscrapercity.com/showthread.php

A localização espacial favorece a uma crescente concentração de fluxo de população, mercadorias e dinheiro, num entreposto que liga o nordeste ao centro-sul do Brasil, na fronteira de Salvador, com o sertão do semiárido da Bahia. Possui grande contingente de população flutuante, com efeitos migratórios, cujos resultados ainda não são conhecidos, porém são observados pela intensa movimentação diária da estação rodoviária.

GESTÃO EM SAÚDE

O sistema de saúde de Feira de Santana foi habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde segundo a NOAS SUS 01 – 2002, em março / 2004, conforme Portaria Ministerial de nº 352 de 09 de março 2004 e reafirmado após a homologação do Termo de Compromisso da Gestão Municipal do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão pelo Ministério da Saúde.

O organograma do município contempla os seguintes cargos: Secretário Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Oficial de Gabinete, Chefe de Gabinete, que se subdivide em Divisão de Informação, Divisão de Auditoria e Planejamento, que contemplam Seção de AIH, Seção de Planejamento e Avaliação e Departamentos de Gestão de Rede Própria, que contemplam a Seção de Policlínica, Apoio Diagnóstico, Divisão Médica, Odontológica, de Enfermagem, Administrativa, de Manutenção das UBS e de Atenção Psicossocial; Departamento de Atenção à Saúde, que contempla a Divisão de Assistência Básica e Sanitária, Epidemiológica e de Assistência Médica e de Alta Complexidade; e Departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde, subdividindo-se em Divisão Contábil e Administrativa e em Seção de Licitação/Compras, de Controle de veículos, de Controle de Materiais, Administração de Recursos Humanos e Pólo de Capacitação Permanente.

A gestão financeira está direcionada às atividades, em cinco blocos: Atenção Básica, Média Complexidade. Assistência Farmacêutica, Gestão e Vigilância à Saúde. Através do novo desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR⁸) do Estado da Bahia, aprovado pela resolução da Comissão Intergestora Bipartite (CIB⁹) 132/2007, datado de 20 de setembro de 2007, ele foi organizado em 09 macrorregiões de saúde, cada qual com um município pólo e 28 microrregiões de saúde, onde o município de Feira de Santana continua sendo o município Pólo da Macrorregião Centro Leste¹⁰, congregando 05 Microrregiões com população de 2.034.940 habitantes compostas por: Feira de Santana, Ipirá, Itaberaba, Seabra e Serrinha.

⁸ A NOAS 01/01 estabelece em suas diretrizes o fortalecimento da descentralização de forma hierarquizada e regionalizada. Para tanto foi instituído o Plano Diretor de regionalização - PDR que estabelece o desenho da regionalização. Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2004b).

⁹ A CIB, foi criada pela Norma Operacional Básica - NOB/93/MS, como fórum de pactuação entre os gestores estadual e municipal. É composta igualmente de forma paritária e integrada por representação do Estado e do Município e as decisões sempre serão tomadas por consenso. A CIB é instância de caráter deliberativo e foi instituída na Bahia pela Portaria de nº 2.094 de 21/06/93 do Secretário da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, publicado no D.O. do 22/06/1993. (BRASIL, 2004b).

¹⁰ Uma macrorregião é composta por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma cidade que seja um centro (s) polarizador (es) das atividades socioeconômicas da Macrorregião considerada, para efeito do processo de regionalização da assistência à saúde como “cidade ponto de partida”. É constituída por um conjunto de módulos assistenciais, sendo responsável, em seu conjunto, pela atenção “integral” à saúde da população da microrregião, levando-se em conta a capacidade instalada do sistema de saúde no que diz respeito ao atendimento de média complexidade. (BAHIA, 2001).

A cidade de Feira de Santana é sede da Microrregião, abrangendo 28 municípios que são: Amélia Rodrigues, Anguera, Antonio Cardoso, Baixa Grande, Candéal, Capela do Alto Alegre, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Feira de Santana, Gavião, Ichu, Ipecaetá, Ipirá, Irará, Mundo Novo, Nova Fátima, Pé de Serra, Rafael Jambeiro, Riachão do Jacuípe, Santa Bárbara, Santanópolis, Santo Estevão, São Gonçalo dos Campos, Serra Preta, Tanquinho, Teodoro Sampaio e Terra Nova, perfazendo um total de 1.118.625 habitantes (BAHIA, 2005).

De acordo com o processo de regionalização da saúde, definido no PDR 2005, a Bahia fica com a seguinte divisão territorial: oito (08) macrorregiões; trinta e duas (32) microrregiões e cento e vinte e cinco (125) módulos assistenciais.

Figura 5 – Mapa das Macrorregiões de Saúde da Bahia, segundo o PDR 2005.



RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE ENQUANTO CAMPO DE ESTUDO

A rede de serviços de saúde de Feira de Santana vem se estruturando e ampliando os seus serviços, gradativamente, totalizando 178 Unidades de Saúde das quais 125 são municipais, 03 estaduais, 02 filantrópicas e 48 privadas.

No que se refere à rede municipal, observa-se um quantitativo de 83 Equipes de Saúde da Família (ESF), 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 06 Policlínicas localizadas estrategicamente para atender à média complexidade e aos agendamentos das ESF e UBS, funcionando 24 horas. Um Centro de Especialidades, Dr. Leone Coelho Leda funciona como Policlínica com Especialidade, seguindo o fluxo de baixa para média e alta complexidade.

Dispõe de um Hospital Especializado - Inácia Pinto dos Santos (Hospital da Mulher); 05 Centros de Referência, sendo: 01 Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, 01 em Diabetes Mellitus, 01 em Saúde da Mulher, 01 em Dermatologia Sanitária, 01 em Hipertensão Arterial e 01 em Saúde do Trabalhador, atendendo às demandas da população de Feira de Santana e das cidades pactuadas com a mesma. (FEIRA DE SANTANA, 2009).

Em relação à Saúde Mental, tem 05 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo: 01 direcionado a Usuários de Álcool e Drogas, 01 Infanto-Juvenil, 02 Transtornos Mentais Severos e Persistentes denominados CAPS II, 01 CAPS III que funciona, ininterruptamente, atendendo às emergências psíquicas. Tem 01 Centro de Referência e Marcação de Consultas de Média e Alta Complexidade, 01 Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem, 02 Unidades Móveis Médico-Odontológico que dão suporte às USF que não têm equipe odontológica.

A Rede de Serviços é composta também por 01 Centro de Combate às Endemias, 01 Central de Distribuição de Materiais e Medicamentos, 01 UTI Móvel, 05 Unidades Móveis Básicas, 01 Ambulatório de Hepatologia, 01 Centro Municipal de Prevenção do Câncer Uterino, 01 Laboratório Municipal anexo ao Hospital da Mulher que atende pacientes internos e externos e 01 Centro de Especialidades Odontológica CEO.

O município de Feira de Santana é prioritário para o controle da tuberculose e em 2010 foram notificados e investigados 164 casos novos de Tuberculose de todas as formas. Destes, 95 foram classificados como Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TPB). Neste período, foram examinados 1.983 sintomáticos respiratórios e 325 contactantes. Enquanto que, em 2009, foram notificados e investigados 209 casos novos de tuberculose. Destes casos, 84

foram classificados como Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TPB). Neste período, foram examinados 1.949 sintomáticos respiratórios e 650 contactantes. (FEIRA DE SANTANA, 2011 b).

A atenção aos doentes de TB, no município, é prestada em uma Unidade de Referência (UR) com Programa de Controle da Tuberculose (PCT), operando com equipe especializada e realizando ações de controle da TB (solicitação e realização de baciloscopia, consulta médica e de enfermagem, nova e subsequente e o controle dos comunicantes). O Tratamento Diretamente Observado no município tem sido realizado de forma lentamente e, na maioria das vezes, é realizada alguma supervisão, sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família. Dentre as cinco policlínicas do Município, apenas duas realizam Raios-X e exame de BAAR. Os exames diagnósticos (baciloscopia de escarro e radiografia do tórax) são realizados pelo Hospital Geral Público, que é referência para a cidade e Região. No entanto, quando o doente sai de alta hospitalar, o tratamento é continuado na UR.

Ressalta-se que as unidades de saúde (AB, Policlínicas e UR) realizam diagnósticos de TB e podem solicitar a baciloscopia e cultura de escarro e possuem insumos para tal (formulário para pedido de baciloscopia, pote de escarro, livro de registro). No entanto, o recolhimento de escarro nas unidades é realizado desde que exista o material (escarro) coletado. As amostras podem ser encaminhadas para a UR pelo serviço de coleta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizada nos PSF e UBS, ou o próprio doente leva a amostra para a UR, onde é feita a análise.

As unidades de saúde do município não possuem local restrito para coleta do escarro. Assim, os profissionais solicitam os exames e os doentes e/ou serviço de coleta levam o material coletado das unidades de saúde (UBS e PSF) para policlínicas e UR que os armazenam em geladeira exclusiva, até que seja feita a análise laboratorial. O material para cultura do escarro é enviado com a requisição para Salvador, capital do Estado.

O Raios-X para os doentes suspeitos de TB pode ser realizado em duas policlínicas da rede municipal, no Hospital Geral Público de nível estadual, Hospital Filantrópico e Hospital Privado. Quando há vale transporte, é disponibilizado para os doentes que necessitam. Os doentes têm acesso ao teste tuberculínico somente na UR, três vezes por semana, segunda, quarta e sexta-feira.

Em média, o resultado da baciloscopia fica pronto em cinco dias, sendo que, na entrega do material, é agendado o retorno do doente para entrega do resultado. No caso das pessoas que possuem baciloscopias positivas, o contato é feito por telefone, visita domiciliar

ou com a unidade de saúde (UBS, PSF) para início do tratamento. Após confirmação do diagnóstico, os doentes são acompanhados pela equipe da UR.

Tabela 01: Atividades realizadas pela equipe de controle da Tuberculose, Feira de Santana-BA 2009/2010.

Atividades Realizadas	2009	2010
Baciloscopias Realizadas		
Para diagnóstico	3.975	3.239
Para controle de tratamento	393	554
PPD	545	361
RX Realizados	1.073	663
Visitas domiciliares	234	182
Consultas médicas	300	203
Consultas de enfermagem	1.449	1.302
Total	7.969	6.504

Fonte: VE da SMS/ FSA, 2010.

Com relação à situação de encerramento de casos novos de tuberculose, dos residentes em Feira de Santana/BA, entre os anos de 2009 e 2010 o percentual de encerramento foi de 96,7% e de cura 85,2%, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana.

Tabela 02: Evolução dos casos de Tuberculose de todas as formas, Feira de Santana-BA, 2009/2010.

Evolução	2009		2010	
	Quantidade	Porcentagem (%)	Quantidade	Porcentagem (%)
Casos encerrados	194	98,5	88	96,7
Cura	172	86	75	85,2
Cont. do Tratamento	-	-	03	3,4
Abandono	7	3,7	04	4,5
Óbito	11	5,5	06	6,8
Transferência	4	2,0	03	3,4
Falência	-	-	02	2,2
Total	200	100%	181	100%

Fonte: VE/SINAN – SMS, FSA, 2010.

Com relação ao indicador de cobertura, ele corresponde ao número médio estimado de pessoas da área adstrita à unidade de saúde, que são acompanhadas pela equipe de saúde, o número de Agentes Comunitário de Saúde, as equipes de Estratégia de Saúde Família e as equipes da Estratégia Agentes Comunitário de Saúde.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, o sujeito da pesquisa é entendido como o (a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

Sendo esta uma pesquisa qualitativa, não foi estabelecido um critério numérico para definição dos sujeitos, pois a quantidade de participantes no estudo, como refere Minayo

(1999), deve se preocupar menos com as generalizações e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos vários setores sociais envolvidos no estudo.

Neste sentido, a autora defende algumas características qualitativas que são:

- Privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- Considera-os em número suficiente para permitir certa reincidência das informações (saturação do tema), não desconsiderando o potencial explicativo de informações ímpares;
- Entende que, na sua homogeneidade fundamental, relativa aos atributos, o conjunto de informações possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças;
- Esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende observar com a pesquisa. (MINAYO 2004, p. 102).

Contudo, os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórica empírica, ou seja, no momento em que, nas falas dos sujeitos, a repetição do depoimento sobre o objeto tornou-se constante e, também, pelo grande valor das informações e das observações realizadas para o esboço do objeto. Logo, mesmo não tendo uma preocupação em determinar o quantitativo dos sujeitos participantes, a amostra surgiu de forma espontânea em concordância com o problema investigado. Assim, o número de entrevistados foi 21 e a escolha se deu de forma intencional, levando em consideração as unidades que tinham o maior número de casos da tuberculose registrado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram representados por dois grupos, considerando as suas particularidades e a vontade de conhecer as suas realidades, apontados a seguir:

Grupo I: participaram do estudo doze (12) **trabalhadores em saúde** que atuam: no Centro de Referência em Tuberculose (03); nas Equipes de Saúde da Família (03); e nas Unidades Básicas de Saúde (06).

Grupo II: participaram do estudo nove (09) **usuários** cadastrados na Unidade de Referência em Tuberculose no Município de Feira de Santana, na faixa etária acima de 18 anos - incluídos entre eles, portanto, adulto-jovens e adultos - cadastrados no Sistema de

Informação da Atenção Básica (SIAB) através da Ficha de Cadastro - frequentadores. Foram considerados frequentadores os usuários com algum registro de atendimento no prontuário da unidade, nos últimos 12 meses.

Embora tenhamos o conhecimento de que os Trabalhadores de Saúde são todos os indivíduos que prestam algum tipo de serviço na Saúde, durante a construção deste estudo, escolhemos os trabalhadores Enfermeiro(a), Médico(a), e Agentes Comunitários de Saúde por estarem diretamente ligados aos usuários neste processo.

O critério que nos levou à definição dessa escolha está direcionado aos aspectos com relação às atribuições destes trabalhadores pois, na prática, todos participam das atividades que envolvem os usuários do serviço. No momento da definição dos trabalhadores de saúde participantes da entrevista, utilizamos como discernimento de escolha os trabalhadores de diferentes Unidades de Saúde, na sua maioria, os que tinham maior índice de casos registrados pela Secretária Municipal de Saúde do Município.

O Grupo II está constituído pelos usuários cadastrados na Unidade de Referência da Tuberculose, pois percebemos que, na realidade, este é o local onde eles mais utilizam os serviços ofertados.

Os doze entrevistados foram identificados por um número, sem observar a ordem crescente das entrevistas realizadas. O nosso cuidado com relação aos entrevistados foi identificar por um número, levando em consideração o grupo que cada um estava incluído.

Assim sendo, o **Grupo I**, composto pelos trabalhadores de saúde (12) são identificados de 1 a 12, ou seja, Ent. 1, Ent. 2, Ent. 3... Ent. 12. E o **Grupo II**, que compreende os usuários (09) recebeu a numeração crescente a partir do número 13, ou seja, Ent. 13, Ent. 14, Ent. 15... Ent. 21.

Na efetivação da coleta dos dados, estávamos atentos para realizar as entrevistas com uma variedade de trabalhadores de saúde com formação e funções específicas nas diversas unidades pesquisadas. No entanto, é evidente uma maior participação de entrevistados na equipe de enfermagem, em particular do (a) trabalhador (a) enfermeiro (a), devido ao mesmo exercer um papel de destaque no grupo com relação às ações desenvolvidas aos usuários dos serviços.

No quadro 02, caracterizamos os sujeitos do estudo como – Trabalhadores em Saúde – segundo idade, sexo, escolaridade, ocupação, local de trabalho, tempo no serviço, experiência no programa de TB, e experiência na gestão do SUS.

Quadro 02 – Caracterização dos Trabalhadores em Saúde, participantes do estudo. Feira de Santana-BA, jul./Set. 2011.

Identificação	Idade (anos)	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Local de Trabalho	Tempo no serviço	Experiências no programa de TB	Experiências na gestão do SUS
Ent. 1	57	M	Superior	Médico	CSE*	30 anos	Sim	Não
Ent. 2	32	F	Superior	Médica	CSE	05 meses	Sim	Sim
Ent. 3	26	F	Superior	Enfermeira	UBS**	03 anos	Não	Não
Ent. 4	31	F	Superior	Enfermeira	UBS	01 ano e 06 meses	Não	Não
Ent. 5	44	F	2º Grau	ACS***	UBS	13 anos	Não	Não
Ent. 6	33	M	2º Grau	ACS	UBS	06 anos	Não	Não
Ent. 7	37	F	Superior incompleto	ACS	UBS	06 anos	Não	Não
Ent. 8	25	F	Superior	Enfermeira	UBS	01 ano e 05 meses	Não	Não
Ent. 9	48	F	Superior	Enfermeira	CSE	11 anos	Sim	Não
Ent. 10	32	F	Superior	Enfermeira	PSF	05 anos	Não	Não
Ent. 11	37	F	2º Grau	ACS	PSF	11 anos	Não	Não
Ent. 12	26	F	Superior incompleto	Técnica de Enfermagem	PSF	02 anos	Não	Sim

FONTE: Informações coletadas, pela pesquisadora, durante a pesquisa junto as Unidades de Saúde do município. Feira de Santana-BA, jul./Set. 2011.

* Centro de Serviço Especializado.

** Unidade Básica de Saúde.

*** Agente Comunitário de Saúde

**** Programa Saúde da Família.

O Quadro acima foi confeccionado no intuito de distinguir os participantes da entrevista do **Grupo I** – Trabalhadores de Saúde apresentando os sujeitos da pesquisa.

Do grupo dos doze trabalhadores, dez (10) são do sexo feminino e apenas dois (02) do sexo masculino; a média de idade dos sujeitos é de 35 anos, com uma variação entre 26 e 57 anos; onde a média do tempo de serviço na unidade é de sete (07) anos, com variação entre cinco (05) meses e trinta (30) anos.

Com relação à ocupação dos sujeitos do Grupo I, a maioria deles são Enfermeiros (06); dois (02) Médicos e quatro (04) Agentes Comunitários de Saúde. A partir da diferenciação dos sujeitos, observamos que três (03) trabalhadores são do serviço de referência e têm experiências com o programa de TB, sendo dois (02) médicos e um (01) enfermeiro. Já com relação à experiência na gestão do SUS, apenas dois (02) responderam, sendo um (01) enfermeiro e um (01) médico.

Nas informações coletadas com relação ao local de trabalho, três (03) trabalham na Unidade de Referência (UR), três (03) no Programa de Saúde da Família (PSF) e seis (06) trabalham na Unidade Básica de Saúde (UBS), por serem estas as localidades onde houve um maior número de casos notificados pela Secretária Municipal de Saúde.

O **Grupo II**, dos usuários do serviço, está representado no quadro abaixo por nove (09) usuários sendo que sete (07) do sexo masculino e dois (02) do sexo feminino.

As idades variaram entre 21 e 50 anos, com uma média de 37 anos e, quanto ao grau de escolaridade, três (03) tinham segundo grau incompleto, um (01) com primeiro grau completo e cinco (05) tinha apenas o primeiro grau incompleto; quanto à ocupação, observamos que duas (02) desenvolvem atividades de domésticas e as outras profissões estão relacionadas com as seguintes atividades: pedreiro, ajudante de pedreiro, pintor, refrigeração, representante, autônomo e comerciante.

Notamos, também, neste quadro, quanto à raça/cor seis (06) são da cor parda, dois (02) são pretos e apenas um é da cor branca; todos moram em casa, que varia entre casa alugada ou com familiares; e com relação ao endereço, observa-se que eles moram em vários bairros da cidade; já o tempo de cadastramento na unidade variou entre 1 mês e 1 ano.

Quadro 03 – Caracterização dos Usuários, participantes do estudo. Feira de Santana-BA, jul./Set. 2011.

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Raça/cor	Local onde vive	Bairro	Tempo de Cadastramento na Unidade
Ent. 13	M	50	1º Grau incompleto	Pedreiro	parda	Casa	George Américo	4 meses
Ent. 14	M	41	1º Grau incompleto	Refrigeração	parda	Casa	Gabriela III	6 meses
Ent. 15	M	43	1º Grau incompleto	Representante	parda	Casa	Parque Ipê	7 meses
Ent. 16	M	49	1º Grau completo	Autônomo	preta	Casa	Rua Nova	6 meses
Ent. 17	M	21	2º Grau incompleto	Pintor	preta	Casa	Queimadinha	5 meses
Ent. 18	M	43	2º Grau incompleto	Comerciante	branca	Casa	Campo do Gado	1 ano
Ent. 19	M	36	1º Grau incompleto	Ajudante de pedreiro	parda	Casa	Rua A, 446 - Aviário	1 mes
Ent. 20	F	22	2º Grau incompleto	Diarista	parda	Casa	Pampalona	3 meses
Ent. 21	F	31	1º Grau incompleto	Domestica	parda	Casa	Queimadinha	4 meses

FONTE: Informações coletadas, pela pesquisadora, durante a pesquisa junto as Unidades de Saúde do município. Feira de Santana-BA, jul./Set. 2011.

3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Na pesquisa qualitativa, a coleta de dados aparece de uma forma bastante peculiar com relação à flexibilidade, retroalimentação, dinâmica e autoajustamento permanente

(SANTANA, 2010) e apresenta algumas características com relação a outros estudos experimentais, e segundo Chizzotti (2005), uma delas é que a abordagem qualitativa reconhece a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito (uma relação de interdependência) compreende que o conhecimento não se resume a um conjunto de dados isolados e pontuais por alguma teoria que os explica. Como parte integrante do processo de conhecimento, o sujeito-observador assume uma postura interpretativa frente aos fenômenos, a que esse mesmo sujeito atribui significados.

Nesse sentido, para o trabalho de campo, utilizamos como técnicas de coleta de dados de fontes primárias, as entrevistas e observações. Para Minayo, (1999, p.156), essas fontes primárias devem-se ao fato de que elas privilegiam a compreensão do sistema, sua organização e seu funcionamento as ideias que as pessoas têm a seu respeito, incluindo-se a busca de entendimento e explicações.

A entrevista consiste numa técnica adequada tanto para a aquisição de dados objetivos – que também podem ser conseguidos através de outras fontes – quanto subjetivos, que se referem diretamente ao sujeito que se observa. Trata-se da apreensão de aspectos relacionados às suas atitudes, valores, comportamentos, sentimentos, opinião, entre outros. A inter-relação no ato da entrevista, para Minayo (2004), constitui condição *sine qua non* para o sucesso da pesquisa qualitativa, pois que esta relação intersubjetiva contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum.

Pensando nisso, uma das técnicas utilizadas na coleta de dados desse estudo foi a **entrevista semiestruturada** – ou em profundidade, na linguagem de Richardson (2007) -, pois a mesma é composta de perguntas abertas e fechadas, permitindo flexibilidade à estrutura do instrumento concorre para que “o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”. (MINAYO, 2004, p. 108). Para este estudo, elaboramos dois roteiros de entrevista: um destinado aos trabalhadores de saúde – APÊNDICE A – que permitiu aos entrevistados discorrerem sobre questões da pesquisa. O outro roteiro foi elaborado para os usuários dos Serviços de Saúde – APÊNDICE B – que permitiu abordar junto à comunidade questões relacionadas com o acesso ao diagnóstico e tratamento de Tuberculose.

A segunda técnica de coleta de dados foi **observação sistemática**, uma vez que pode representar importante instrumento de revelação do objeto a ser estudado. Marconi e Lakatos (2010), dizem que, na observação sistemática, o pesquisador sabe o que pretende e o que necessita em determinada situação e precisa ser objetivo, reconhecer possíveis erros e

eliminar sua influência sobre o que vê e recolhe. Antes da observação, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE C) para a organização e registro das informações coletadas, de forma que possa responder às finalidades que serão constituídas. Com isso, a observação foi planejada e sistematizada no sentido de buscar qualificar o pesquisador com um instrumento que o ajude na busca do que ele necessita.

3.4.1. Caminho seguido para coletar os dados

3.4.1.1 Etapa exploratória

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de Feira de Santana, que fez as devidas avaliações. Iniciamos o trabalho de campo depois que foi analisado e aprovado pelo CEP-UEFS. Em 04 de janeiro de 2011, recebemos o Ofício CEP-UEFS n. 01/2011 sob Protocolo N. 177/2010 (CAAE 0174.0.059.000-10) satisfazendo as exigências da Resolução 196/96 com três recomendações. Em 21 de fevereiro de 2011, encaminhamos um Ofício atendendo às recomendações solicitadas e recebemos a resposta em 10 de março de 2011, estando autorizados pelo CEP-UEFS para realizar o trabalho de campo.

Em seguida, após a aprovação pelo Comitê de Ética, encaminhamos uma carta de apresentação, na forma de ofício do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, à qual solicitamos permissão para a realização da pesquisa no município, com esclarecimentos sobre a pesquisa (finalidades/ objetivos, campo de investigação/ técnicas de coleta de dados/ sujeitos do estudo/ riscos e benefícios do estudo, dentre outros), bem como outras informações que se fizessem necessárias ao estudo. Este ofício, em forma de minuta, foi remetido ao Secretário de Saúde, para que pudesse ser apreciado.

Após o parecer favorável no dia 02 de junho de 2011, o Secretário nos encaminhou para o setor de Educação Permanente onde entregamos uma cópia do projeto, e fomos encaminhados através de ofícios (anexos) para vários setores da Secretaria dentre eles, temos: Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Divisão de Enfermagem e, por fim, para o Planejamento e Projetos para termos autorizações para começar a pesquisa, propriamente dita.

Com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em mãos (APÊNDICE D), e de posse das autorizações para a pesquisa, nos dirigimos aos sujeitos do estudo.

3.4.1.2 Coleta de dados

Assim que concluímos a fase exploratória, começamos a coleta de dados, com a realização das entrevistas e das observações nas unidades de ABS. Durante a seleção das unidades para pesquisa, demos preferência àquelas com maior número de casos notificados de TB. Tivemos problemas com agendamento das entrevistas com alguns representantes dos trabalhadores, por relatar falta de tempo para nos atender. Ao contrário desta, não tivemos nenhum problema com o agendamento dos usuários no serviço do PCT.

Inicialmente, orientamos os entrevistados sobre o TCLE, enfatizando que a entrevista seria gravada em pendrive com o auxílio do gravador, após a prévia autorização do entrevistado e comunicado que seria assegurado total anonimato, bem como respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual. Daí, após a leitura e explicação do TCLE e autorização (por escrito) do entrevistado, procedemos à realização da entrevista, seguindo um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A). Cabe salientar que as mesmas orientações foram dadas aos usuários e a realização da entrevista também seguiu um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE B).

A maioria das entrevistas semiestruturadas com os usuários foi realizada na Unidade de Referência por ser o local de maior concentração e onde se faz o tratamento da doença no município. E com os trabalhadores foram agendadas e realizadas no seu setor de trabalho. Gravamos as entrevistas e cumprimos todas as determinações do TCLE.

Foi uma fase muito importante para o nosso trabalho, pois, durante as entrevistas semiestruturadas, houve um contato maior com os usuários e também com os trabalhadores do serviço, o que tornou possível enxergar a realidade vivenciada por cada um. Aproveitamos, também, este momento para encorajar o usuário a dar continuidade ao tratamento para a cura alcançar a doença. Muitos dos entrevistados se sentiram à vontade para dialogar com a pesquisadora.

3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise do material empírico foi orientada pela análise de conteúdo temática que se constitui num instrumento adequado a estudos que visam à apreensão de mensagens reveladas ou ocultas, num esforço de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”. (MINAYO, 2004, p. 203). Além disso, com

os significados explanados, almejamos, com esta técnica, atingir um nível mais aprofundado de leitura.

Partindo desta compreensão, Chizzotti (2005) explica que, na análise de conteúdo, as informações são compreendidas no contexto cultural em que os atores sociais as produzem, sendo que se busca, nesta conjuntura, influenciar no estilo, na forma e no conteúdo das informações. Esta análise foi direcionada pela proposta de Minayo (2010) que consiste em isolar o tema de um texto e extrair as suas partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, permitindo comparar com outros textos escolhidos da mesma maneira. Este tipo de análise permite esclarecer núcleos de sentido e significado que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. Nesta perspectiva, a análise do conteúdo foi feita em três etapas básicas, estabelecidas por Minayo (2010) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010), sendo utilizados os seguintes passos para sua sistematização:

A - Ordenação dos dados - teve como objetivo identificar o material empírico coletado no campo estudado. Foi realizada transcrição na íntegra das entrevistas coletadas e realizada uma leitura inicial do conteúdo, obtendo-se orientações e impressões a respeito das mensagens representadas nas entrevistas, o que possibilitou organizar os diferentes dados coletados nas entrevistas e observação, em distintos conjuntos e classificando os entrevistados em grupos I e II.

B - Classificação dos dados – consistiu na articulação entre as diferentes técnicas de análise, em dois momentos:

Primeiro momento: convergências, divergências e complementaridade das falas dos diferentes grupos de sujeitos entrevistados, tomando como eixo orientador da análise as unidades temáticas. Neste momento, foram estabelecidas a síntese horizontal e a vertical do material empírico.

Este processo possibilitou a apreensão dos dados empíricos, onde foi realizada uma leitura “exaustiva” e “flutuante” que permitiu um olhar inicial sobre o material, mantendo um contato direto e intenso, penetrando no seu conteúdo. Com a leitura dos textos contidos nas entrevistas foi feita uma síntese geral, de cada unidade de análise, em cada entrevista, o que possibilitou visualizar as idéias centrais sobre o tema em foco e construir as unidades temáticas a partir de convergências encontradas.

As unidades temáticas foram evidenciadas por meio de leitura repetitiva das entrevistas e também das questões norteadoras e objetivos propostos. As temáticas encontradas foram: Modelo de atenção à saúde; Acesso ao diagnóstico e tratamento; Práticas da equipe; e Dificuldades/facilidades.

Elaboramos uma “síntese horizontal” do conjunto das entrevistas, onde foram recortados os fragmentos das falas correspondentes aos núcleos temáticos, organizando esses recortes em “gavetas” de cada entrevista, estruturados por unidades temáticas, captando os discursos dos sujeitos sociais, fazendo-se um filtro dos assuntos mais relevantes relacionados aos objetivos; às questões orientadoras do estudo.

Buscando uma maior objetivação, descartamos os dados que não tinham relação direta com as questões orientadoras e, devido ao excesso do material empírico, os recortes mais relevantes nos permitiram captar o que cada entrevistado abordou com relação às temáticas estudadas. Em seguida, elaboramos uma síntese vertical de cada entrevista, o que nos facilitou validar os núcleos de sentidos pré-estabelecidos.

Segundo momento: o refinamento dos dados empíricos possibilitou uma discussão mais aprofundada das unidades temáticas, articulando as diferentes sínteses apreendidas nos quadros de análise. Na medida do possível, separamos as convergências, as divergências, o que era complementar nos quadros de análise, e buscamos um maior refinamento e aprofundamento classificatório sistematizado no Quadro 2.

Unidades temáticas	Ent. 1	Ent. 2	...	Ent. 12	Síntese horizontal
Modelo de atenção à saúde					Convergências Divergências Complementaridades
Acesso ao diagnóstico e tratamento					
Práticas da equipe					
Dificuldades/facilidades					
Síntese vertical					

Quadro 04 - Síntese do cruzamento das entrevistas dos entrevistados do grupo I, Trabalhadores de saúde. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011.

Unidades temáticas	Ent. 1	Ent.2	...	Ent. 9	Síntese horizontal
Modelo de atenção à saúde					
Acesso ao diagnóstico e tratamento					
Práticas da equipe					
Dificuldades/facilidades					
Síntese vertical					

Quadro 05 - Síntese do cruzamento das entrevistas dos entrevistados do grupo II, Usuários. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011.

Além disso, foi realizado, em um segundo momento, o cruzamento entre as sínteses dos dois grupos de entrevistados de acordo com o quadro abaixo:

Unidades temáticas	Grupo I	Grupo II	Síntese horizontal
Modelo			
Acesso			
Diagnóstico e Tratamento			
Práticas			
Dificuldades/facilidades			
Síntese vertical			

Quadro 06 - Síntese dos cruzamentos das unidades temáticas entre os entrevistados do grupo I e grupo II. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011.

Deste modo, foi possível enxergar temas e ideias comuns em relação às unidades temáticas entre os sujeitos que compõem cada grupo, através da síntese horizontal e, também, entre os dois grupos entrevistados. A síntese vertical permitiu obter uma visão global de cada entrevistado sobre as temáticas referidas. Através destes cruzamentos, estabeleceu-se articulação dos dados empíricos com o referencial teórico orientador, em que se buscaram as

relações entre os sujeitos entrevistados, a partir das convergências, divergências e complementaridades.

C - Análise final dos dados – consistiu na articulação entre as diferentes técnicas de coleta de dados, com formulação das sínteses e conclusões provisórias que demarcaram a articulação do empírico com o teórico e vice-versa. Ao fazermos a análise dos conteúdos dos discursos dos dois grupos de entrevistados, pudemos captar diferentes visões, que foram articulados com a observação sistemática da prática.

Para complementar as análises, foi confeccionado um fluxograma, com base na observação sistemática, tomando por base o fluxograma analisador proposto por Merhy (2002), em que o autor recomenda que, para analisar a realidade de saúde, a utilização dessas ferramentas, possibilita a percepção da cadeia produtiva de saúde, a organização dos serviços, o conjunto dos processos de trabalho e o encadeamento das diversas fases da produção da atenção à saúde. Esse instrumento consiste em um olhar analisador sobre o que acontece no cotidiano e pode revelar o modelo de atenção de um serviço de saúde. O "fluxograma analisador" permite que os profissionais de saúde possam identificar as possíveis falhas, ou seja, "o que" e "o como" do processo de trabalho, que precisam ser modificados.

Para Franco e Merhy (2007), o Fluxograma é uma representação gráfica de todas as etapas de trabalho. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: o eclipse representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, que está relacionado ao momento de intervenção, e ação sobre o processo.

O fluxograma permite enquadrar quaisquer serviços de saúde em determinada sequência, conforme demonstrado no fluxograma-resumo na figura 1, na perspectiva de "desenhar" o modo de organização dos processos de trabalho que se vinculam entre si e em torno da cadeia de produção. (MERHY, 2002).



Figura 6 - Fluxograma- resumo representando o acesso do usuário ao procurar um serviço de controle da tuberculose.

Fonte: Merhy (2002, p. 74)

Os símbolos utilizados nesse fluxograma, conforme Merhy (2002), seguem uma padronização universal, na qual a elipse representa a entrada e a saída do processo global de produção; o retângulo representa as etapas de trabalhos importantes que são realizados na cadeia produtiva através do consumo de recursos e produção de produtos, abrindo novas etapas na cadeia até o seu final. O losango representa o processo de decisão enfrentado pela cadeia produtiva, no qual se estabelecem decisões e possibilidades de percursos para se atingir as etapas seguintes.

É fundamental que o fluxograma seja construído de forma coletiva, pois, na discussão, ocorrem uma acumulação de consciência da situação do serviço, assim como, uma apropriação dos processos vividos pelos trabalhadores. Dessa forma, se inicia a construção dos sujeitos capazes de influenciar na mudança do modelo de assistência.

Por fim, a partir do entrecruzamento de ideias entre as diferentes representações [entrevistas e observações] percebidas em cada grupo estudado, foi possível um contato mais intenso com o material empírico, estabelecendo-se sínteses analíticas, cujos produtos finais foram sistematizados em dois artigos científicos.

O primeiro intitulado *Modelo de Atenção no Programa de Controle da Tuberculose: médico-centrado e (des)articulado na rede básica de saúde de um município da Bahia*, e o segundo artigo, *As dimensões do acesso ao Programa de Controle da Tuberculose em um município da Bahia*, conforme explicitado abaixo.

ARTIGO 1 – Modelo de Atenção no Programa de Controle da Tuberculose: médico-centrado e (des) articulado na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil.

Nesse artigo forma utilizadas as seguintes Unidades Temáticas:

Unidades temáticas	Grupo I	Grupo II	Síntese horizontal
Modelo pautado nas práticas da equipe no PCT			
Modelo pautado no fluxo do atendimento			
Modelo pautado na Resolubilidade			
Síntese vertical			

Quadro 07 - Síntese das unidades temáticas dos entrevistados do grupo I e grupo II do artigo 1. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011.

ARTIGO 2 – As dimensões do acesso ao Programa de Controle da Tuberculose em um município da Bahia, Brasil

Nesse artigo foram utilizadas as seguintes Unidades Temáticas:

Unidades temáticas	Grupo I	Grupo II	Síntese horizontal
Acesso geográfico ao PCT			
Organização da atenção para possibilitar o acesso do usuário ao PCT			
Acesso orientado pelo atendimento médico			
Acesso ao tratamento de TB			
O preconceito obstaculizando o acesso ao PCT			
Síntese vertical			

Quadro 08 – Síntese das unidades temáticas dos entrevistados do grupo I e grupo II do artigo 2. Feira de Santana/BA, jul./dez., 2011.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico relacionado à TB sobre “Avaliação da efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”, desenvolvido pela REDE-TB, que já tinha aprovação do comitê de ética e pesquisa da USP. Entretanto, para a efetivação do nosso projeto, ele foi submetido à análise do CEP-UEFS e a pesquisa de campo só foi iniciada após

sua aprovação, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1998). O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados, ficando uma cópia para cada entrevistado e outra para a pesquisadora.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa, envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “[...] toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 1998). Por fim, o pesquisador ficou responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se percebesse algum risco ou dano à saúde, social e/ou política, do sujeito participante.

Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pelos pesquisadores e guardados por cinco anos, sob responsabilidade do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva - NUPISC, para serem utilizados por outros pesquisadores que se interessarem sobre o tema em estudo, contanto que seja preservado o anonimato dos sujeitos.

Nesta pesquisa, foi assegurado o anonimato de todos os entrevistados, respeitando-se a integridade moral, intelectual, social e cultural dos participantes. Contudo, os riscos trazidos por esta pesquisa relacionam-se com o possível desconforto dos trabalhadores de saúde advindo de conflitos de opiniões ou sensação de fiscalização de suas práticas. Quanto aos usuários, há o risco de estes sentirem-se inibidos para expor suas opiniões com receio de que possa influenciar no atendimento que necessitam. Contudo, os sujeitos possuíam a liberdade de desistir de participar da pesquisa ou anular o consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Acredita-se que os benefícios desta pesquisa direcionam-se a uma reflexão crítica de como a atenção à saúde no SUS para o controle da Tuberculose vem sendo produzida na prática, principalmente na ABS, o que poderia contribuir para a definição de novas perspectivas para o controle da Tuberculose no cenário local.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada
até o final. Eu prefiro na chuva caminhar que em dias
tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora
louco, que em conformidade viver...”

Martin Luther King

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e as discussões, dos dados empíricos da pesquisa, através da apresentação de dois artigos científicos, cujas normas estão de acordo com os periódicos da Revista Baiana de Saúde Pública e, Revista Ciência & Saúde Coletiva respectivamente, no formato Vancouver.

O primeiro artigo, *Modelo de Atenção no Programa de Controle da Tuberculose: médico-centrado e (des)articulado na rede básica de saúde de um município da Bahia*, analisa, o modelo de Atenção a Saúde no PCT de um município da Bahia, considerando o fluxo do atendimento, as práticas da equipe e a resolubilidade do problema demandado pelo portador de Tuberculose.

Já o segundo artigo, *As dimensões do acesso ao Programa de Controle da Tuberculose em um município da Bahia* têm como objetivo, discutir as dimensões de análise, do acesso, dos usuários, aos serviços de Controle da Tuberculose em um município da Bahia, Brasil.

4.1 Modelo de Atenção no Programa de Controle da Tuberculose: médico-centrado e (des) articulado na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil.

*Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia¹
Marluce Maria Araújo Assis²
Tereza Cristina Scatena Villa³
Lenilde Duarte de Sá⁴
Lucia Maria da Silva Servo⁵*

Resumo

A Tuberculose é uma doença crônica, problema prioritário de saúde, curável, que demanda estudos quanto à produção de ações e à forma de organização dos serviços. O estudo analisa o modelo de Atenção à Saúde no Programa de Controle da Tuberculose (TB), (PCT) em um município da Bahia, considerando o fluxo do atendimento, as práticas da equipe e a resolubilidade do problema demandado pelo portador de TB. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação sistemática da prática. Os sujeitos do estudo foram 21 pessoas: organizadas em 02 grupos. Grupo I: trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, técnica de enfermagem e ACS – (12); Grupo II: usuários (09) que utilizavam os serviços ofertados pela ABS, sendo escolhidos aleatoriamente, no momento da observação no campo. Os dados foram analisados mediante técnica da análise de conteúdo temática. Os resultados revelam que os usuários têm buscado o serviço do PCT direcionando o atendimento ao profissional médico, procurando, inicialmente, os hospitais públicos e privados, clínicas particulares e Unidade de Referência (UR) seguidos da Atenção Básica. Porém, a realização dos exames para diagnósticos e tratamentos tem sido realizado na Unidade de Referência, onde está centralizada a atenção, contudo, ficou demonstrada uma falta de articulação com as outras unidades de saúde (UBS e PSF), podendo levar à perda do usuário ou comprometimento da continuidade das ações e coordenação do cuidado. Conclui-se que o modelo de atenção à saúde no PCT tem sido desenvolvido dentro de uma lógica centrada na produção de procedimentos e em núcleos profissionais de forma desarticulada, médico-centrado, sendo necessário um fortalecimento da ABS e do sistema de referência e contrareferência como um todo para garantir a resolubilidade demandada pelos usuários.

Palavras-chave: Modelo de Atenção à Saúde. Programa de Controle da Tuberculose. Tuberculose.

Artigo resultante da dissertação de mestrado intitulada Modelo de atenção e acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil, 2011.

¹ Enfermeira. Professora da Faculdade Nobre de Feira de Santana (FAN). Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC)/UEFS. anamargarete@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS. Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UEFS. Líder/Pesquisadora do NUPISC/UEFS. Pesquisadora do CNPq. marluce.assis@pesquisador.cnpq.br.

³ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - tite@eerp.usp.br

⁴ Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba - lenilde_sa@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS

Care Model Program for Tuberculosis Control: doctor-centered and (dis) articulated in the basic health of a city of Bahia, Brazil

Abstract

The study analyzes the model of Health Care Program for the Control of Tuberculosis (TB), (PCT) of Feira de Santana (BA), considering the flow of care, practices and team problem solving demanded by patients with TB. This is a qualitative research, with the techniques of data collection: semi-structured interviews and systematic observation of practice. The study subjects were 21 people, organized into 02 groups. Group I: health workers (doctors, nurses, nursing and technical ACS - 12), Group II: users (09) who used the services offered by ABS, which were chosen randomly at the time of observation in the field. Data were analyzed by applying the thematic content analysis. The results show that users have sought the service of the PCT directing the professional medical care, seeking first the public and private hospitals, private clinics and Reference Unit (UR) followed by the Primary Care. However, the examinations for diagnosis and treatment has been done in Reference Unit, where the attention is centered, however, demonstrated a lack of coordination with other health units (UBS and PSF) resulting in loss of user or compromise the continuity of actions and coordination of care. It is concluded that the model of health care in the PCT has been developed within a logic centered on the production procedures and core professionals so disjointed, physician-centered, requiring a strengthening of the ABS system and the reference and counter-reference as a whole to ensure the solvability demanded by users.

Keywords: Modelo f Health Care. Program for Tuberculosis Control. Tuberculosis

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988, ao ratificar o conceito de que saúde é um direito de todos e que é dever do Estado de provê-la, concebe a ideia de que a saúde está intimamente ligada à qualidade de vida e à conquista da cidadania. Nesse sentido, as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública e cabe ao poder público, a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo compor um sistema único, regionalizado e hierarquizado, organizado de forma descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade.

A Lei 8.080/90 regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) para consolidar esse direito, tendo como principais eixos de sustentação a universalidade, a equidade, a descentralização, a participação social e a integralidade da atenção à saúde. Assim, para que as práticas em saúde caminhem em direção à produção de um cuidado integral e resolutivo,

torna-se indispensável que o modelo de atenção atravessasse profundas mudanças em todo o seu eixo organizador. Logo, é fundamental a conjunção de estratégias sinérgicas, capazes de atuar nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial¹.

No entanto, o modelo de atenção diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Dito de outra forma, é um modo de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos, disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade².

Contudo, Campos³ adota uma concepção de modelo que consiste no “modo que são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”. Este conceito, como aborda o autor, traz duas necessidades contíguas, uma analítica permitindo identificar certo modo de produção existente, e uma operacional que consente a construção de novas políticas e, desta forma, facilita a reflexão dos novos modelos concebidos no sentido de atingir os objetivos estratégicos.

Nesse contexto, tem se buscado, em coerência com o SUS, um modelo pautado pelas reais necessidades da população, com destaque para as ações de promoção e proteção da saúde^{1,4,5}. Contudo, pretende-se atuar junto a uma demanda organizada, sem perder de vista a espontânea, em que os serviços são ofertados de acordo com as necessidades da população.

As necessidades dos indivíduos/família requerem a competência individual do trabalhador de saúde, logo, é preciso “a flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral”⁶⁻¹⁵². Dessa forma, tem se buscado nos sistemas de saúde condições permanentes, para se aproximar dos indivíduos, tornando-se mais humanos, solidários e, sobretudo, mais resolutivos^{7,8}.

No entanto, Santos e Assis⁹ idealizam a resolubilidade como uma resposta ao problema de saúde, de forma a garantir ao usuário o acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilidade, visando à produção de cuidado de forma integral para a população.

Com isso, acredita-se que a Atenção Primária à Saúde (APS), definida a partir da Declaração de Alma Ata, representa uma possibilidade de assegurar à população o direito à saúde dentro de uma lógica de prevenção, reabilitação e de articulação com os demais níveis de atenção, representando a “porta de entrada” capaz de garantir o acesso e a utilização dos serviços demandados, o que aproximaria instituições de saúde e comunidade¹⁰.

Assim, a APS apresenta-se, mundialmente, com vários significados que vai desde o primeiro nível de atenção, um tipo de serviço, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde. No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) é utilizado como sinônimo de APS, e trata-se de uma criação brasileira significando o primeiro nível de atenção à saúde baseado no atendimento integral, o qual perpassa entre as ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

No presente estudo, recorta-se a problemática da Tuberculose na ABS e o modelo de atenção no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para o diagnóstico e tratamento. No Brasil, existem normas técnicas padronizadas que garantem, através do SUS, o acesso gratuito ao diagnóstico, tratamento e à prevenção. Entretanto, grande parte dos casos pode ser diagnosticado e tratado na ABS, por profissionais generalistas ou do Programa Saúde da Família (PSF).

Segundo as Normas Operacionais de Assistência a Saúde - (NOAS) 01/02 - a TB é uma doença que deve ser diagnosticada e tratada no nível da ABS, sendo um dos indicadores principais do pacto de atenção instituído, desde 2000. A TB pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública e pode ser diagnosticada na ABS. Entretanto, os profissionais de saúde precisam dispensar uma maior atenção na detecção da doença.

A TB constitui-se em uma doença infecciosa milenar e, atualmente, apesar dos recursos tecnológicos para promover seu controle, sua erradicação, ainda é um objetivo que está longe de ser alcançado, num futuro próximo. Além disso, configura-se como um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais, intimamente ligadas à pobreza e à má distribuição de renda, além do mais, o estigma relacionado com a doença tem contribuído para a não-adesão das pessoas ao tratamento¹¹.

Contudo, essa doença ainda tem um componente socioeconômico no seu aparecimento e no seu desenvolvimento, a pobreza nos centros urbanos, que continuará sendo um local favorável para a propagação da TB, devido à existência de comunidades compostas por famílias numerosas e de baixa renda, vivendo em habitações insalubres, e problemas como educação precária, desnutrição, alcoolismo, doenças infecciosas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre outras questões¹².

Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes de trabalho devem ter um número elevado de profissionais capacitados para desenvolver as ações de controle da TB. Desta forma, a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde será mais

abrangente, sendo mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos e adequados à supervisão direta dos mesmos, garantindo, assim, a cura do doente e, conseqüentemente, a interrupção da transmissão.

Logo, esta pesquisa é importante para a mudança do cenário vivenciado pelos portadores de TB no Município em estudo, onde as ações do PCT precisam ser incluídas na rede básica de saúde. Contudo, esta decisão deve estar prevista dentro da política municipal, considerando-se que o PCT se insere no atual modelo de atenção, e a ABS se constitui no primeiro nível de acesso e de contato da população. Com isso, se faz necessário que a rede básica realize todas as atividades de detecção, diagnóstico e tratamento.

Este estudo tem como objetivo analisar o modelo de Atenção à Saúde no PCT de um município da Bahia, considerando o fluxo do atendimento, as práticas da equipe e a resolubilidade do problema demandado pelo portador de TB.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que possibilitou trabalhar com o envolvimento e a participação dos sujeitos por meio de diferentes olhares, saberes e práticas capazes de possibilitar a reflexão sobre a realidade concreta de um determinado contexto social.

O cenário da pesquisa foi um município da Bahia, primeira cidade em contingente populacional do interior do Estado, que tem uma população estimada de 590.446 habitantes e que está localizada entre o Recôncavo e o Semiárido do nordeste baiano. O município é sede da macrorregião Centro-Leste do Estado que congrega 73 municípios e abrange 2.188.033 habitantes. A rede de serviços de saúde do município apresenta 16 Unidades Básicas de Saúde e 83 Unidades de Saúde da Família, alcançando um percentual de cobertura no município de 60% na zona urbana e 100% da zona rural. No município em estudo, as ações de controle da TB são centralizadas na Unidade de Referência (UR), onde funciona o PCT do município¹³.

Foram entrevistadas 21 pessoas, organizadas em 02 grupos. Grupo I: trabalhadores de saúde – 02 médicos, 05 enfermeiros, 01 técnica de enfermagem e 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Grupo II: 09 usuários que utilizavam os serviços ofertados pela ABS, sendo escolhidos aleatoriamente, no momento da observação no campo.

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro 2011, orientados por roteiro, constando as seguintes informações: o fluxo do atendimento, as práticas da equipe na

UBS/UR e PSF em relação à TB e a resolubilidade. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As observações das práticas duraram 32 horas e foram registradas em um diário de campo. Os entrevistados foram identificados pela classificação que receberam enquanto grupos e numerados de acordo com as entrevistas. Por exemplo: Grupo 1, entrevistado 1 (Grupo I, Ent. 1).

A análise dos dados foi orientada por três etapas – ordenação, classificação e análise final – pela técnica de análise de conteúdo temática com base em Minayo¹⁴ e retraduzidas por Assis e Jorge¹⁵, e pelas observações da prática. Este encaminhamento possibilitou uma análise dos elementos subjetivos referentes aos diversos momentos do acesso dos usuários ao serviço.

Após análise criteriosa dos dados, foram apreendidas as categoria a seguir: a) Modelo pautado nas práticas da equipe no PCT; b) Modelo pautado no fluxo do atendimento; e c) Modelo pautado na Resolubilidade.

Para operacionalizar a pesquisa, todos os sujeitos entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo. Esse termo está de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), cujo protocolo foi nº. 177/2010 CAAE nº. 0174.0.059.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mudanças propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde puderam ter início em 1988, a partir da Constituição Brasileira, que criou o SUS, que tem seu amparo jurídico na Lei de nº 8.080/90, estabelecendo bases técnicas e legais, que o Ministério da Saúde retrata serem extremamente necessárias para uma assistência igualitária, universal, equitativa e integral¹⁶.

Contudo, o SUS, no Brasil, para atingir um nível de excelência na organização dos serviços de saúde, ainda tem como desafio a construção de um modelo de assistência direcionado para a integralidade da atenção, e que esteja de acordo com as necessidades da população. Esses serviços devem ser capazes de produzir intervenções de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, na direção da produção do cuidado integral e resolutivo. Logo, a censura ao modelo hegemônico baseado na biomedicina tem produzido críticas com

relação às questões estruturais de ordem política, social e econômica¹⁷. Contudo, ainda continua prevalente o que tem sido realizado no campo das práticas das equipes e do cuidado em saúde.

4.1.1 Modelo pautado nas práticas da equipe no PCT

As práticas da equipe de saúde com relação ao PCT têm se desenvolvido nos serviços públicos pautadas no diagnóstico e tratamento, dando prioridade, muitas vezes, às queixas focalizadas, com ênfase no procedimento. Assim, o modelo de atenção tem sido desenvolvido dentro de uma lógica centrada na produção de procedimentos e em núcleos profissionais de forma desarticulada, de maneira particular médico-centrado, necessitando de um maior compromisso em defesa da vida individual e coletiva. Referente a isto, quando abordamos sobre as práticas, os entrevistados responderam:

A atividade que eu desenvolvo é atividade médica, atividade de fazer o diagnóstico, e acompanhar o tratamento, [...] consultar, diagnosticar e tratar. (Grupo I, Ent. 1).

Um paciente chega à unidade, aí ele é encaminhado pro médico, aí o médico observa os sinais e sintomas, solicita, um teste de escarro, uma prova tuberculina, [...] e aí ele encaminha pra unidade de referência. (Grupo I, Ent. 8).

Eu senti cansaço, falta de apetite, sentindo febre, sem condição para trabalhar. Por que o cansaço que eu sentia era muito, então fui ao médico para tirar uma radiografia [...] (Grupo II, Ent. 19).

Os trabalhadores e usuários idealizam um conceito de atendimento direcionado à figura do médico, como uma cultura institucional do modelo tradicional e ainda hegemônico, pautado em um processo de trabalho que, na prática, a atenção está voltada para atender à doença e é centrada na queixa-conduta, recorrendo exclusivamente ao saber biológico e intervenções técnicas e medicalizantes.

O modelo hegemônico, orientado pela prescrição e valorização de procedimentos, ainda se faz presente na intimidade dos serviços de saúde. Neste, os trabalhadores de saúde e mesmo a população vêm fazendo a imaginária associação entre qualidade da assistência ao consumo de exames, medicamentos e consultas especializadas^{4, 18}. Com isso, é necessário saber explorar as potencialidades e tensões existentes nos atores em cena para poder produzir contraturalidades, capazes de modificar o sentido dos modelos de atenção hegemônicos¹⁹.

Nesse sentido, o encontro entre equipe e usuário deve ser sempre marcado pela preocupação e compromisso de se escutar as necessidades e demandas que são apresentadas pelo usuário que busca o serviço.

Diante disso, o trabalho médico para se realizar como práticas do cuidado em saúde, assumindo seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção, precisa construir competências de ação para que atinja as duas dimensões do cuidado: a primeira, relacionada com o cuidado propriamente dito, pertinente a todos os tipos de trabalho de saúde e a segunda dimensão vinculada às ações específicas do trabalho do profissional²⁰.

Assim, o trabalhador em saúde precisa de um apoio adequado para o desenvolvimento de ações que visem à mudança das práticas, através de uma ação conjunta com a sociedade no sentido de garantir um atendimento integral e resolutivo, proporcionando ao usuário uma atenção de qualidade nos serviços de saúde.

Verifica-se que alguns profissionais conseguem estabelecer vínculos no desenvolvimento das ações com os usuários, como é o caso do trabalho do ACS que tem se mostrado direcionador do atendimento do usuário ao serviço, no sentido de produzir o cuidado de forma responsável e acolhedora, como podemos perceber nas falas:

[...] os agentes de saúde saem batendo de porta em porta, pra tentar identificar, e aí quando começa o tratamento que para, a gente fica em cima, e assim tem uma luta muito grande pra que eles consigam não parar o tratamento e levar até o finalzinho (Grupo I, Ent. 7).

Os agentes comunitários vão realizar as visitas, eles trazem esses pacientes pra unidade onde a gente vai avaliar, pedir todos os exames pra fazer o diagnóstico, então acredito que funciona muito bem, porque os ACS têm esse contato, eles trazem pra gente (Grupo I, Ent. 12).

Têm sempre aqueles ACS que trabalham na área do bairro, que fazem visitas, passam lá, pra saber como a gente tá, perguntam se eu estou tomando os remédios, eles orientam o que é pra fazer [...] (Grupo II, Ent. 20).

O ACS, por ser uma pessoa da própria comunidade, capacitada, e que faz parte da equipe de saúde local, tem desenvolvido ações voltadas para os grupos populacionais com ênfase no controle da TB. Além disso, desenvolvem atividades como visita domiciliar, como foi referenciado nos fragmentos das falas, no intuito de acompanhar a realidade vivenciada pelo usuário do serviço.

Muitas vezes, o ACS tem sido idealizado como aquele que facilitaria o vínculo e a realização de atividades e intervenções, e que os demais profissionais da equipe que não vivem a mesma cultura e realidade periférica têm dificuldade em resolver²¹. Além disso, o ACS tem fortalecido os serviços básicos de saúde dos municípios, trazendo a família como foco da atenção.

Assim, a família tem sido o centro de atenção para o desenvolvimento das práticas, e com isso é entendida como sujeito principal, sendo reconhecida como unidade social para execução das ações de saúde, o que influenciou na criação da ESF, como orientadora do atendimento na ABS¹⁰.

4.1.2 Modelo pautado no fluxo do atendimento

Um dos requisitos para conseguir a integralidade do atendimento ao usuário, dependendo das suas necessidades e demandas, é a garantia do acesso nos três níveis de atenção, através do sistema de referência e contrareferência. Contudo, o modelo da pirâmide representou uma possibilidade de racionalizar o atendimento através de um fluxo ordenado de baixo para cima e de cima para baixo, o que poderia permitir o atendimento das necessidades de saúde dos usuários nos espaços tecnológicos adequados.

Esse modelo piramidal seria formado por uma base larga composta pelas unidades de saúde, responsável pela atenção primária e com uma população delimitada, visando a um cuidado integral dentro de suas possibilidades através de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, representando o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide, está localizado o nível secundário, tendo como objetivo o atendimento dos principais agravos de saúde da população, por meio de procedimentos e atendimento especializados, sendo composto por exames, especialidades clínicas e cirúrgicas, atendimento de urgência e emergência e hospitais gerais. No ápice da pirâmide, encontra-se o nível terciário, ocupado pelos serviços e hospitais de maior complexidade²².

Entretanto, na prática, muitas dificuldades têm sido encontradas na concretização de um sistema de referência e contrareferência que vise à integralidade do cuidado. Embora o Ministério da Saúde tenha caracterizado a ABS como “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde²³, isto ainda não está acontecendo pois, muitas vezes, os hospitais e serviços de emergência têm desempenhado este papel. Além disso, o acesso aos serviços especializados tem ocorrido de forma difícil e demorado.

Diante dessa realidade, os usuários têm buscado um atendimento mais rápido no sistema, procurando a “porta de entrada” que lhe for mais fácil, no desejo de garantir o atendimento de seu problema. O Fluxograma 1 ilustra como acontece o modelo de atenção à saúde no PCT do município em estudo, mostrando que o desenvolvimento das ações é centrado no atendimento médico, onde percebeu-se, através das observações, que o usuário tem buscado o serviço de acordo com o aparecimento dos sintomas, como refere os entrevistados:

[...] eu senti uns problemas no pulmão, [...], ai eu procurei primeiro o Cleriston Andrade (Hospital) para fazer o atendimento. Depois, me encaminharam pro posto do Tênis (UR) pra fazer a baciloscopia aquele exame que faz, e lá mesmo, eu fiz o tratamento (Grupo II, Ent. 13).

[...] eu comecei a tossir, quando eu tossi que escarrei, ai começou a sair sangue, ai eu fui pro Dom Pedro (Hospital) quando eu cheguei lá o médico me atendeu rapidinho, depois eu procurei o posto do Tênis (UR), e lá eu comecei o tratamento [...] (Grupo II, Ent. 20).

Diante dos fragmentos das falas, percebemos que, no município em estudo, boa parte dos usuários ainda busca o hospital como o primeiro atendimento para as suas necessidades de saúde na atenção à TB, deixando, muitas vezes, a ABS para segundo atendimento.

Embora a ABS tenha sido escolhida como “porta de entrada” para o sistema de serviços de saúde, na unidade de diagnóstico da TB, isto ainda não aconteceu, permanecendo o serviço especializado como diagnosticador e responsável pela continuidade da atenção. Em estudo realizado no Estado da Paraíba, sobre o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da TB, isto também foi evidenciado²⁴.

Com isso, por mais que se estenda o atendimento nas redes de ABS, o hospital continua sendo importante “porta de entrada” de urgência e emergência da população nos serviços de saúde, como uma aspiração de usar os recursos do SUS. Logo, ele pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado se for pensado de forma ampliada, contribuindo para a agilidade do cuidado no atendimento²⁵.

Portanto, o atendimento nos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário, deve ser garantido, mas em qualquer um destes níveis, é importante que haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência. Contudo, para a realização dos exames diagnósticos da TB, foi observado que os mesmos têm sido solicitados pela UR, pelas clínicas particulares e hospitalares, seguidos da ABS, como referenciado nas falas:

Para a realização do tratamento da tuberculose, o paciente se dirige à unidade e tem um atendimento médico inicial através de uma consulta, tem aqueles também que são enviados, por outras unidades, como: policlínicas, hospitais, consultórios [...] (Grupo I, Ent. 1).

Primeiro eu fui no posto de saúde do bairro. Não sabia onde realizava o tratamento, mais minha mãe teve um marido que tinha essa doença, que eu to tendo, e ele me indicou para ir para a unidade de referência (Grupo II, Ent. 17).

Durante o processo de observação, foi evidenciado que o usuário tem acesso facilitado à consulta médica e orientações individuais. Constatamos, também, que, na organização da assistência, os usuários se deslocam de vários locais em busca do tratamento na UR, desde consultórios particulares até hospitais.

Assim, o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde para que seja concretizado, poderia ser pensado em forma de um círculo, com múltiplas possibilidades de entrada, e que elas sejam qualificadas no sentido de acolher, reconhecendo os grupos que são mais vulneráveis, permitindo dessa forma, “a garantia de acesso ao serviço e à tecnologia adequada, no momento apropriado é como responsabilidade intransferível do sistema de saúde”²²⁻⁴⁷⁷.

Deste modo, a garantia do acesso ao usuário no primeiro nível de atenção à saúde para tratamento de uma enfermidade tem sido dificultada, muitas vezes, pela própria lógica que orienta a organização da oferta dos serviços, baseada em ações programáticas à população adscrita, o que entra em conflito com o princípio da universalidade²⁶. No entanto, ainda não está claro qual seria o papel da UBS, se é um local que promove saúde e previne doenças ou um pronto-atendimento. Deste modo, nem se consegue atender as demandas mais emergenciais e nem se consegue exercer o papel esperado pelos usuários²².

Dessa forma, ainda constitui-se um grande desafio melhorar o acesso dos usuários aos serviços, seja por uma mudança nos horários de funcionamento, capacidade de atender às demandas espontâneas, ou àquelas programadas, além de ser capaz de manter o fluxo de informações na trajetória do usuário dentro da rede.

No sentido de conseguir superar o modelo de atenção à saúde centrado na doença, no médico e no hospital, faz-se necessário fazer valer os serviços da ABS, garantindo o acesso do usuário a todos os níveis de complexidade em conformidade com as suas necessidades, permitindo a resolubilidade dos serviços de saúde. Entretanto, os fragmentos de fala expostos a seguir, convergem quanto à forma de organização do serviço de saúde em atenção ao PCT,

mostrando que o planejamento das ações tem sido realizado com base na demanda e na oferta dos serviços, contribuindo, assim, para a permanência do modelo médico-centrado.

O paciente chega, na maioria das vezes, por demanda espontânea, quando tem tosse por mais de três semanas o por encaminhamento médico,[...] esse paciente vem para a unidade de saúde de referência (Grupo I, Ent. 2).

Ele vem por livre e espontânea demanda sabendo que aqui tem tratamento de pulmão de tosse [...]. A demanda é espontânea, muito raramente é encaminhado por uma unidade de PSF ou Unidade Básica, infelizmente (Grupo I, Ent. 9).

O paciente, às vezes, não passa na unidade de saúde da família infelizmente, mas o ideal é que vá para a unidade de referência e depois retorne para a unidade de saúde da família, para que o acompanhamento seja realizado (Grupo I, Ent. 10).

No período de observação, constatamos que a organização dos serviços oferecidos pela UR ao usuário no PCT acontece, muitas vezes, por demanda espontânea. Percebemos, também, que o tratamento tem ocorrido basicamente na UR, como referenciado nos fragmentos de fala dos trabalhadores. Entretanto, a UBS e o PSF têm realizado algumas ações coletivas com a comunidade, como palestras, reuniões, salas de espera e feiras de saúde abordando sobre a doença.

Observamos, também, na UR, que o usuário, no atendimento individual, tem suas necessidades acolhidas, assim como a garantia da continuidade das ações, embora com algumas limitações na realização de exames de maior complexidade. No entanto, ficou demonstrada uma desarticulação com as outras unidades de saúde (UBS e PSF), no sentido da referência e contrarreferência do usuário para sua unidade de origem, o que tem sido realizado de forma incipiente, podendo levar à perda do usuário ou comprometimento da continuidade das ações e coordenação do cuidado.

Contudo, apesar dos avanços obtidos no sistema de saúde, principalmente na ABS, a integralidade da atenção à saúde no PCT para o controle da TB não tem sido realizada na prática e, por isso, não tem resolvido os problemas de saúde dos usuários de modo efetivo. Nota-se, que apesar de todo o esforço da ABS em reestruturar as práticas sanitárias privilegiando um trabalho em equipe, observa-se a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, onde, muitas vezes, os profissionais se isolam em suas referidas competências, produzindo ações independentes e justapostas. Sendo assim, há necessidade da (des)construção de toda uma prática voltada à doença e da (re)construção de um modelo de atenção à saúde que deixe de ser excludente e pouco

resolutivo, assegurando a integralidade do usuário ao serviço e garantido a resolubilidade da atenção²⁷.

4.1.3 Modelo pautado na Resolubilidade

A resolubilidade indica uma resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas em todos os níveis de complexidade do sistema, a começar pela sua “porta de entrada” como referenciam Assis e outros⁴. Assim, no campo da saúde, a resolubilidade adquire concepções que convergem para uma atenção que responda de forma satisfatória aos problemas de saúde apresentados pelos usuários, utilizando todo o potencial tecnológico que é disponível em seu nível de complexidade.

Nesse sentido, o SUS foi pensado em função de um modelo de organização, com graus crescentes de complexidades, organizadas de forma hierárquica, devendo permitir a racionalização do atendimento e conduzindo fluxos ordenados dentro do sistema de saúde. Com isso, o acesso aos serviços de saúde tem sido dificultado e, muitas vezes, a demora leva à desistência do procedimento, conforme referem os entrevistados:

Mandou eu vim cedo pra fazer o exame, cheguei às seis horas da manhã, joga pra lá, joga pra cá, joga pro outro canto e acabei não fazendo [...] (Grupo II, Ent. 14).

[...] existem algumas dificuldades quando você precisa lançar mão de exames de maior complexidade. Você precisa recorrer a outros locais como, por exemplo, você precisa de uma Tomografia, de uma Ressonância Magnética para fazer, às vezes, um diagnóstico diferenciado [...] (Grupo I, Ent. 1).

Estes fragmentos de falas denotam que o profissional médico, muitas vezes, vem pautando suas práticas por uma excessiva valorização de exames complementares, como se o cuidado estivesse exclusivamente ligado à sua realização. Nesse sentido, contribui para a permanência do modelo médico-centrado, que superestima a realização de procedimentos e exames.

Entretanto, o primeiro depoimento menciona as dificuldades que o usuário tem encontrado na rede hierárquica dos serviços de saúde, o que gera desconfiança e descrédito por parte dos mesmos em um sistema que deveria acolher as necessidades, de modo a garantir maior resolubilidade possível. Estas dificuldades a que os usuários do SUS estão submetidos denotam a fragilidade da ABS em garantir a resolubilidade das demandas dos usuários,

mesmo quando consegue dar uma boa resposta dentro do que está acessível, tecnologicamente, neste nível. Fica evidente, então, uma limitação do PACS e PSF, já que eles nem sempre conseguem garantir o fluxo do usuário dentro da rede de serviços.

Desse modo, importa uma apreensão ampliada das necessidades de saúde demandadas espontaneamente, ou não, pelo usuário e comunidade, orientada pela contextualização das ações e sem que haja generalizações ou reducionismos. Ao se escutar essa necessidade, torna-se possível ampliar a capacidade de atuação das equipes em seu cotidiano, vislumbrando-se, assim, a resolubilidade da atenção.

Nesse contexto, a criação do PSF representou uma tentativa do Ministério da Saúde de reorganizar as práticas de saúde em nível da ABS e inverter a lógica do modelo de atenção hegemônico, objetivando se tornar “porta de entrada” preferencial do SUS e estar mais próximo dos usuários, o que possibilitaria uma maior chance de desenvolver o acolhimento, o vínculo e a escuta das necessidades dos indivíduos e a resolubilidade.

Contudo, os fragmentos de falas dos entrevistados convergem para uma “boa resolubilidade” da UR de modo particular, dentro das suas possibilidades e poder resolutivo.

Aqui (UR), a medicação não falta, tem exame de escarro, a gente que solicita, faz aqui, se um exame químico, biológico, tipo assim, a gente mesmo faz aqui, tudo que precisa tem aqui (UR) (Grupo I, Ent. 9).

E fácil, [...] tem uma suspeita, é só encaminhar para a unidade de referência e o exame é realizado. Se for diagnosticado o tratamento, é iniciado de imediato e em relação se teve a suspeita, não falta medicação é logo iniciado o tratamento (Grupo I, Ent. 10).

Foi fácil, foi muito rápido, achei muito fácil, por que eu vim aqui (UR) trazer uma amostra do escarro e pegar o medicamento, era mostrar e pegar o medicamento e no dia seguinte tornava vir de novo são três dias seguidos. Pra mim foi fácil [...] (Grupo II, Ent. 14).

Os trabalhadores e usuários mostram-se satisfeitos com o atendimento realizado pela UR, pois há uma relação entre resolubilidade e a diversidade de serviços que são ofertados. Assim, durante o processo de observação, foram constatados que o suprimento e a oferta de medicamentos para tratamento da TB na UR são adequados, e o acesso é satisfatório.

O acesso gratuito aos medicamentos para controle da TB tem sido um dos fatores que corroboram para a adesão dos usuários à terapêutica. Entretanto, torna-se necessária uma organização do sistema e dos serviços de saúde para atender às demandas geradas no cotidiano da assistência²⁸.

Diante disso, o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB envolve, dentre outros tópicos, a localização da unidade de saúde próxima da população, os serviços ofertados e o grau de tolerância para consultas não-agendadas, o que constitui um item imprescindível para a detecção precoce de novos casos de TB. Contudo, no município em estudo, a atenção à TB ainda é centralizada na UR. Porém, a centralização das ações do PCT não é exclusividade do município em estudo. Sá e outros²⁹ mostraram que em João Pessoa (PB), o serviço de saúde, apesar de investir na descentralização das ações de controle da TB para a ABS, os portadores preferem buscar a UR para diagnóstico.

Contudo, algumas ações precisam ser descentralizadas, principalmente, nos municípios prioritários, como Feira de Santana-Ba, para a intensificação do controle da TB, como a implantação da estratégia DOTS, a busca de Sintomáticos Respiratórios e o Tratamento Supervisionado. No entanto, Monroe e outros³⁰ apontam que a incorporação destas ações pela ABS enfrenta algumas dificuldades como quantidade inadequada de recursos humanos (RH) e a consequente sobrecarga de funções, qualificação técnica e sensibilização inadequada; a rotatividade de profissionais; modelo de atenção desintegrado e voltado para eventos agudos e a visão de que o controle da TB compete, exclusivamente, a centros de referências. Dessa forma, é necessário haver mudanças para que as ações sejam desenvolvidas na ABS.

Assim, para que o diagnóstico precoce da TB aconteça, na ABS, torna-se imprescindível que o PSF e o PACS sejam importantes aliados no processo de descentralização e expansão das ações de atenção à TB. Contudo, uma atenção descentralizada facilitaria o acesso, melhoraria a adesão terapêutica e o vínculo com os profissionais de saúde, já que a equipe local seria a responsável pelo acompanhamento dos casos, além de facilitar o controle dos comunicantes na ABS³¹.

Nesse contexto, a resolubilidade na ABS deve contar com os recursos materiais e instrumentais e com o conhecimento técnico estruturado dos profissionais, mas, sobretudo, com o acolhimento, o estabelecimento do vínculo e o significado que se dá à relação entre profissionais e usuários, como sujeitos que atuam na atenção das práticas em saúde¹⁸.

Logo, Assis e outros⁴ relatam que a resolubilidade das práticas de saúde deve estar relacionada com a capacidade dos serviços em promover a autonomia dos usuários que é entendida como a capacidade de andar na vida com recursos próprios, tornando-se menos dependente dos serviços de saúde, o que ocorre quando eles utilizam de dispositivos para o cuidado que produz subjetividade na vida dos mesmos.

Portanto, as práticas de saúde podem ser redimensionadas através da valorização do usuário, enquanto sujeito singular e de suas demandas, pautadas pela ampliação de laços relacionais, tendo em vista a resolubilidade das ações desenvolvidas e a autonomia dos sujeitos, com vistas ao desenvolvimento de um modelo de atenção que seja resolutivo e integral.

Em síntese, o Fluxograma 1 ilustra como acontece o modelo de atenção à saúde no PCT do município em estudo, mostrando que o desenvolvimento das ações é centrado no atendimento médico, através da queixa-conduta, onde foi possível perceber, durante as observações, que o usuário busca o serviço de acordo com o aparecimento dos sintomas, para a medicalização dos mesmos.

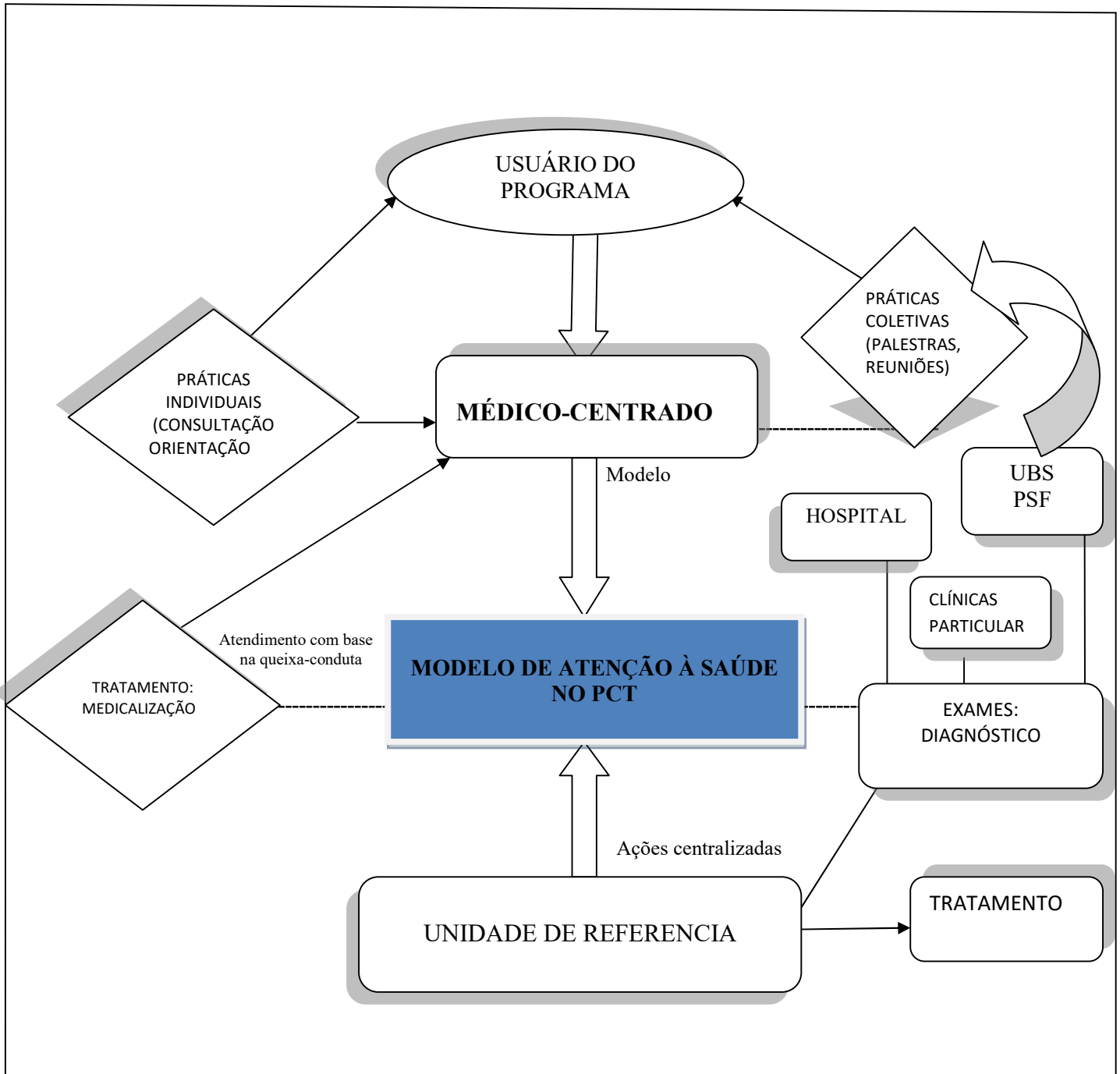
Foi evidenciado, também, que o usuário tem acesso facilitado à consulta médica e orientações individuais. Entretanto, na unidade de referência, o atendimento no PCT acontece através de demanda espontânea, ou referenciada pela ABS, Hospitais e clínicas particulares.

Entretanto, para a realização do diagnóstico da TB, foi observado que o usuário tem procurado a UR como primeira escolha para a realização, seguido do hospital, das clínicas particulares e da ABS. Já com relação ao tratamento, tem sido realizado apenas na UR.

Constatou-se, através das observações e nos depoimentos, que a UBS e o PSF tem realizado algumas ações coletivas com a comunidade, como palestras, reuniões, salas de espera, feiras de saúde entre outros, abordando sobre a doença.

Observou-se, também, que, na unidade de referência, o usuário, no atendimento individual, tem suas necessidades acolhidas assim como a garantia da continuidade das ações, embora com algumas limitações na realização de exames de maior complexidade. No entanto, ficou demonstrado uma desarticulação com as outras unidades de saúde (UBS e PSF) no sentido da referência e contrarreferência para sua unidade de origem, o que tem sido realizado de forma incipiente, podendo levar à perda do usuário ou comprometimento da continuidade das ações e coordenação do cuidado. Com isso, é imprescindível o fortalecimento da ABS e do sistema como um todo para o atendimento ao portador de TB.

Figura 7 - Fluxograma analisador 1 - Representação do modelo de atenção à saúde no PCT



- **Elipse:** Movimento de entrada e saída dos serviços
- **Retângulo:** Decisão da continuidade do Trabalho
- ◇ **Losango:** Intervenção e ações desenvolvidas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o modelo de atenção à saúde tem sido desenvolvido dentro de uma lógica centrada na produção de procedimentos e em núcleos profissionais de forma desarticulada, de maneira particular médico-centrado, necessitando de um maior compromisso em defesa da vida individual e coletiva. Entretanto, a reversão desse modelo de atenção à saúde deve ser estabelecida, a fim de que não seja mais configurado a partir do curativismo, das práticas verticalizadas e centradas no médico e nas instituições hospitalares pois, dessa forma, inviabiliza as práticas de saúde.

Contudo, algumas conquistas têm sido obtidas pelo PCT no sentido de mudança do modelo de atenção. Essas mudanças estão relacionadas com a ampliação do acesso à população no controle da TB, o que vem permitindo a melhoria de alguns indicadores, tais como a disponibilização de medicamentos, o que foi relatado nas falas dos entrevistados como facilitador na realização do diagnóstico e do tratamento da TB, e as práticas educativas voltadas para a prevenção da doença, entre outros.

Assim, as práticas desenvolvidas pela equipe no PCT do município têm sido caracterizadas por atividades preventivas e curativas e pelas fragmentações das ações, apontando para uma atenção centrada na figura do profissional médico. A fragmentação das ações é confirmada pelo atendimento que, muitas vezes, é isolado, deixando de atender de forma integral às necessidades das pessoas, que são portadoras da doença. Além disso, a assistência tem sido prestada pela queixa do usuário, o que não resolve as reais necessidades dos indivíduos que procuram o serviço para o controle da TB.

Entretanto, o fluxo de atendimento no PCT para o diagnóstico vem ocorrendo através de várias “portas de entrada”, desde hospitais públicos, clínicas particulares, e UR, seguido da AB. Entretanto, o tratamento ainda continua sendo realizado na UR, onde estão centralizadas as ações de controle da TB. Todavia, o PSF e o PACS precisam se articular, nesta ação, mas ainda não estão articulados com o PCT. Nesse sentido, a descentralização das ações é uma estratégia importante, pois, além de aumentar a cobertura, torna favorável um contato mais próximo entre doente, família e profissionais de saúde, facilitando a efetivação das medidas de controle como a busca ativa de sintomáticos respiratórios, investigação de comunicantes e adesão ao tratamento.

Desse modo, impõe-se a necessidade de construir um modelo de atenção humanizado que seja pautado pelas reais necessidades dos usuários, em que a atenção prestada tenha maior qualidade, buscando-se, assim, um cuidado que seja integral e que tenha como finalidade a resolubilidade das ações e serviços de saúde.

REFERENCIAS

- 1 – Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, 2003; 27(65): 257-277.
- 2- Silva Jr AG, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosino, MVGC, Corbo, AD. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.27-42.
- 3- Campos GWS. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. (Org.). Planejamento sem normas. São Paulo, HUCITEC, 1994
- 4- Assis MMA, Nascimento MAA, Lima, WCB, Oliveira SS, Franco TBF, Jorge MSB, Martins Jr DF, Jesus SR. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A. et al. (Org.). Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2010a. p. 13-38.
- 5- Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.
- 6-Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface Comunicação, Saúde, Educ*, 2001; 9: p. 150-153.
- 7- Campos CEA. O desafio da integralidade segunda as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2003;08(2):569-584.
- 8- Assis MMA, Cerqueira, EM, Nascimento, MAA, Santos, AM, Abreu de Jesus, WL. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. *Revista de APS*, Juiz de Fora, MG, 2007;10(2):189-199.
- 9- Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2006;11(1):53-61.
- 10- Assis MMA, Assis AA, Cerqueira EM. Atenção Primária e o Direito à Saúde: algumas reflexões. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador,2008;32(2):297-303.

- 11- Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. Rev. Texto contexto - enfermagem. 2010;19(4):636-643.
- 12- Cardoso CCL, Campos ECS. Tuberculose: O retorno de uma velha doença. Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social. Paraná, 2006;2(4):26.
- 13- Feira de Santana. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2010. Prefeitura Municipal de Feira de Santana: Feira de Santana: 2011.
- 14- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- 15- Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa no campo da saúde. In: Santana JSS, Nascimento MAA. (Org.). Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS, 2010; p.139-160.
- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: MS; 1990.
- 17- Silva JR AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007. p.115-130.
- 18- Franco TB, Magalhães Jr HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy, EE, Magalhães JR, HM, Rimoli, J, Franco, TB, Bueno, WS. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.125-134.
- 19- Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In Merhy, E. E.; Magalhães Jr, HM, Rimoli, J, Franco, TB, Bueno, WS. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006; p. 15-35.
- 20- Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- 21- Furlan PG. O agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In: Campos GWS, Guerrero AVP.(Orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 368-387.
- 22- Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997;13(3): 469-478.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF, 2006.
- 24- Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Silva CA, Oliveira CS, Sá LD, Villa TCS. Desempenho dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da Tuberculose: João Pessoa-PB. In: Villa TCS, Ruffino Netto A. Diagnóstico da tuberculose: Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil. 1 Ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2011; p. 62-64.

- 25- Cecílio LCO, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007; p.199-212.
- 26- Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação Oferta e Demanda dos serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2006; p. 67-114.
- 27- Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Revista Saúde Pública, São Paulo, 2008;42(3):464-470.
- 28 - Marcolino ABL, Nogueira JÁ, Rufino Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, Rolim FJ. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2009; 12(2):144-57.
- 29- Sá LD, Pinheiro PGOD, Barrêto AJR, Rodrigues DCS, Palha PF, Nogueira JÁ, Alves RS, Oliveira AAV, Vilar EML, Lima DS, Farias NMP, Villa TCS. Organização dos serviços de saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios e o atraso do diagnóstico da tuberculose: João Pessoa-PB. In: Villa TCS, Ruffino Netto A. Diagnóstico da Tuberculose: Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil. 1 Ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2011; p.114-122.
- 30- Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Rufino Netto A, Vendramin SHF, Villa TCS, Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2008; 42(2):262-267.
- 31 – Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 2005;10(2):315-321. 2005.

4.2 As dimensões do acesso ao Programa de Controle da Tuberculose em um município da Bahia, Brasil

The dimensions of access to the Tuberculosis Control Program in a city of Bahia, Brazil

*Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia¹
Marluce Maria Araújo Assis²
Tereza Cristina Scatena Villa³
Lenilde Duarte de Sá⁴
Lucia Maria da Silva Servo⁵*

Resumo

O estudo analisa as dimensões do acesso dos usuários nos serviços de controle da Tuberculose em um município da Bahia. A entrevista semiestruturada e a observação da prática no atendimento à Tuberculose foram às técnicas de coleta de dados, sendo esses últimos submetidos à análise temática e confrontados com as representações dos diferentes sujeitos articulando-os com o referencial teórico do estudo. A forma de deslocamento é um fator que facilita ou dificulta o acesso aos serviços de saúde, sendo predominante o deslocamento a pé. O estudo evidencia que os trabalhadores tiveram dificuldade na realização de visita domiciliar, pela disponibilidade de transporte. Com relação à forma de organização da atenção à Tuberculose os procedimentos estão centralizados na unidade de referência e no atendimento médico, mas, tanto os usuários quanto os profissionais estão satisfeitos com a oferta adequada dos medicamentos, e apontam benefícios, em particular na unidade de referência para o controle. O preconceito que circula ao redor da Tuberculose tem dificultado o acesso aos pacientes, pois os doentes preferem ser acompanhados na unidade de referência para não serem rotulados como tuberculoso o que é um fator dificultante para o diagnóstico e tratamento da doença.

Palavras chaves: Acesso aos Serviços de Saúde. Tuberculose. Programa de Controle da Tuberculose. Unidades de Atenção Básica.

Artigo resultante da dissertação de mestrado intitulada Modelo de Atenção e Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose na Rede Básica e Saúde de um Município da Bahia, Brasil, 2011.

¹ *Enfermeira. Professora da Faculdade Nobre de Feira de Santana (FAN). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC)/UEFS. anamargarete@yahoo.com.br.*

² *Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS. Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UEFS. Líder/Pesquisadora do NUPISC/UEFS. Pesquisadora do CNPq. marluce.assis@pesquisador.cnpq.br.*

³ *Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - tite@eerp.usp.br*

⁴ *Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba - lenilde_sa@yahoo.com.br*

⁵ *Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS.*

Endereço para correspondência: Quadra A, 17. Conjunto Centenário, Cidade Nova. Feira de Santana, Bahia. CEP:44050-596.Tel: (75)3221-2459.

The dimensions of access to the Tuberculosis Control Program in a city of Bahia, Brazil

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia¹

Marluce Maria Araújo Assis²

Tereza Cristina Scatena Villa³

Lenilde Duarte de Sá⁴

Lucia Maria da Silva Servo⁵

Abstract

The study analyzes the dimensions of users' access to Tuberculosis control services in a municipality of Bahia. The semi-structured interviews, observation of practice in the care of tuberculosis were the techniques of data collection, the latter being subjected to thematic analysis and compared to the representations of the different subjects articulating them with the theoretical study. The mode of transportation is a factor that facilitates or impedes access to health services, and the predominant displacement on foot. The study shows that workers had difficulty in making home visits, the availability of transport. Regarding the form of organization of the Tuberculosis procedures are centralized at the referral and medical care, but both users and professionals are satisfied with the adequate supply of medicines, and show benefits, particularly in the reference unit for the control. The prejudice that circulates around the Tuberculosis has hampered their access, because patients prefer to be accompanied at the referral to avoid being labeled as Tuberculosis which is a hinder action for the diagnosis and treatment of disease.

Keywords: Access to Health Services Tuberculosis. Tuberculosis Control Program. Units of Primary Care.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um problema de saúde que atinge, mundialmente, e vem permanecendo como a principal causa de morte por doença infectocontagiosa em adultos. Com isso, tem exigido o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando os aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública¹. Durante o século XX, no Brasil, ela ficou conhecida como uma “calamidade negligenciada”² e chega ao século XXI como um problema de saúde pública ainda não solucionado³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) fez uma estimativa para o ano de 2010 de 13,7 milhões de doentes de TB, dos quais cerca de 9,2 milhões seriam casos novos e 6,2 milhões diagnosticados e notificados. E, com relação à mortalidade, cerca de 1,4 milhões de pessoas morreram de TB, sendo a segunda causa principal de morte de doenças infecciosas no mundo⁴⁻¹⁷.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi elaborado em 1975, pelo Ministério da Saúde (MS) e, desde então, tem sofrido vicissitude ao longo das administrações públicas. Contudo, vem se ampliando a busca da cobertura, por meio do atendimento aos pacientes em todos os municípios do País e, com relação ao diagnóstico, é esperado, no mínimo, 92% dos casos, e o tratamento para que ocorra de forma satisfatória, pelo menos 85% do total dos casos novos detectados de TB com baciloscopia positiva^{5,6-18} isso faz parte das metas globais para o controle da TB, adotadas pela Assembléia Mundial de Saúde.

A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas, o que se dará no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), na qual, os gestores deverão agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da TB: estrutura 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 tratamento supervisionado; proteção dos sadios; alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão. Dentre as várias estratégias para estender o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) a todos os municípios brasileiros, estão a expansão e a consolidação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF)⁷.

Com isso, o PNCT, no Brasil, recomenda como uma das estratégias para erradicar a TB, interromper a cadeia de transmissão da doença e, para que isso ocorra, vai depender do percentual de pacientes que concluíram o tratamento e da eficácia dos medicamentos que são administrados^{6,8}. Contudo, vale ressaltar que a melhor estratégia para o controle da TB é a prevenção da doença e a cura dos casos, e isso se dá por meio da expansão do atendimento a toda rede de serviços de saúde, visando à garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento.

O acesso no controle da TB é fundamental, devido ao aumento do estigma social que a doença tem causado. Ele representa um grau de facilidade ou dificuldade que o usuário tem para adentrar no serviço de saúde, e receber assistência adequada para a sua necessidade, traduzida através de confirmação do diagnóstico e do tratamento da TB⁹.

No diagnóstico da TB, o acesso aos serviços de saúde mostra-se como uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da sua necessidade. O acesso está relacionado com as diversas possibilidades que o usuário tem para penetrar nos serviços de saúde, que pode estar em conexão com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, bem como, a possibilidade de atendimento a

consultas não-agendadas e ao modo como a população está adequada a esses aspectos do acesso^{10, 11}.

O acesso, também, está relacionado com base nas dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de saúde, como a acessibilidade, entre a localização da oferta e dos usuários nos seus territórios; a acomodação funcional, percebida na relação entre o modo como a oferta está organizada; e a capacidade financeira entre os custos dos serviços e a oferta¹².

A oferta e o uso de serviços de saúde não dependem exclusivamente da sua existência, mas das facilidades e dificuldades do acesso que os usuários vivenciam nas ações desenvolvidas para o controle da TB¹³, que pode ser executado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), PSF e Unidade de Referência (UR).

No contexto do presente estudo, o acesso está relacionado com as dimensões geográfica, funcional, econômica e sociocultural como dispositivos para atender às necessidades dos usuários do serviço de saúde, garantindo a resolubilidade das ações que caracterizam o sistema de saúde.

A dimensão geográfica está relacionada com o tempo que se consome para obter assistência à saúde; a funcional refere-se aos serviços como estão organizados e que interferem na assistência ao usuário dentro da Unidade; a econômica relaciona-se com os recursos financeiros, para busca dos medicamentos e obtenção da assistência à saúde; e, por fim, a sociocultural aborda a percepção que o indivíduo tem sobre a doença e sua discriminação social¹⁴.

O acesso faz referência à possibilidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário e expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas de usarem serviços de saúde quando deles necessitam¹³. Ele é entendido como uma designação usada para um amplo conjunto de preocupações que se concentram no grau em que indivíduos e grupos são capazes de obter os serviços necessários do sistema¹⁵.

O programa de controle da TB está em processo de descentralização com a transferência progressiva de atividades de "unidades de saúde TB" para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nessa estratégia, o trabalho das equipes dos profissionais de saúde da comunidade, estão ligados às unidades de saúde¹⁶. De acordo com o Ministério da Saúde, a integração do controle da TB com a ABS, inclui o PACS e a ESF, enquanto estratégias que passaram a garantir a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento.

Considerando que o acesso é um dos elementos essenciais ao atendimento e que pode favorecer à reorganização dos serviços de saúde, este estudo tem por objetivo analisar as dimensões do acesso dos usuários aos serviços de Controle da Tuberculose, em um município da Bahia.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, cujo recorte do espaço foi uma Unidade de referência em TB, três Unidades de Saúde da Família e seis Unidades Básicas de Saúde de um município da Bahia.

As técnicas de coleta de dados foram entrevista semiestruturada e observação sistemática do acesso. Os sujeitos do estudo foram 21 pessoas, distribuídas entre dois grupos de representação: grupo I (trabalhadores em saúde – 2 médicos, 5 enfermeiros, e uma técnica de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); grupo II (usuários – 9 cadastrados na Unidade de Referência em Tuberculose). A pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2011.

As entrevistas e as observações sobre o acesso foram orientadas por roteiros que abordavam 05 (cinco) dimensões de análise: 1) Acesso geográfico ao PCT; 2) Organização da atenção para possibilitar o acesso do usuário ao PCT; 3) Acesso orientado pelo atendimento médico; 4) Acesso ao tratamento de TB; e 5) O preconceito obstaculizando o acesso ao PCT.

A análise dos dados foi orientada por três etapas – ordenação, classificação e análise final – pela técnica de análise de conteúdo temática¹⁷, e pelas observações do acesso. Este encaminhamento possibilitou uma análise dos elementos subjetivos referentes aos diversos momentos do acesso dos usuários ao serviço.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob protocolo n. 177/2010 CAAE n. 0174.0.059.000-10.

Resultados e Discussão

Na Lei 8080/90, alguns princípios e diretrizes são definidas no sentido de orientar o SUS e, dentre eles, destaca-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção; a integralidade da assistência para cada nível de complexidade do sistema e a capacidade de resolução dos serviços que constituem a rede hierárquica do SUS. No

entanto, na regulamentação desta Lei, o acesso deve ser possibilitado como “porta de entrada” do sistema, tendo como espaço de intervenção a ABS.

4.2.1 Dimensão de análise 1: acesso geográfico ao PCT

Com relação ao acesso geográfico, que é caracterizado como a distância, tempo e transporte necessário para o deslocamento entre o domicílio do usuário e os serviços de saúde, constatou-se que as formas de deslocamento mais utilizadas pelos usuários variaram entre: a pé, de ônibus e de carro, prevalecendo mais a pé e isso pode ser evidenciado pelas observações realizadas durante o estudo, sintetizado no fluxograma 1. De acordo com estudo realizado¹⁸, a forma de deslocamento é um fator que facilita ou dificulta o acesso ao serviço de saúde, como é relatado pelos entrevistados:

A única dificuldade nossa é quando o paciente atrasa e a gente não pode ir atrás, pra fazer a visita domiciliar, a busca ativa faz parte do serviço, e atender o paciente é um direito dele, e a única dificuldade é a falta de transporte para realização da visita domiciliar (Grupo I, Ent. 9).

É o bairro que é muito perigoso e o acesso nas partes mais [...] distantes de ser visitadas nem sempre a gente tem transporte na unidade de saúde para realizar a visita domiciliar (Grupo I, Ent. 10).

[...] eu vim direto para cá pro posto do tênis (UR), quem ajudou foi meu irmão que me trouxe para aqui. Eu vim de ônibus (Grupo II, Ent. 19).

Identificou-se, nos discursos, que os profissionais tiveram dificuldade na realização da visita domiciliar para busca ativa dos casos de TB, devido à falta de transporte. Desta forma, se configura como um empecilho a ser superado. Essa dimensão não se mede apenas pela distância já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultam o acesso da população. Assim sendo, a acessibilidade geográfica deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde¹³.

A realização de visita domiciliar é uma ferramenta de trabalho que favorece a aproximação com o usuário permitindo o conhecimento das condições vivenciadas no seu cotidiano e de sua família, favorecendo o vínculo, e o acompanhamento do tratamento, além de facilitar a identificação dos sintomáticos respiratórios²⁰. E, apesar de ser uma atividade essencial para o controle da TB, “apenas 80% dos usuários são acompanhados pelos ACS

com visitas domiciliares, o que constitui um problema, pois todos os pacientes com tuberculose deveriam estar sendo acompanhados”²¹⁻¹⁴².

Assim, a visita domiciliar é uma das atribuições dos profissionais da ABS que têm como objetivos: prestar assistência ao usuário, coletar informações sobre as condições sanitárias e sociais, orientar sobre os programas da unidade que estejam de acordo com o tratamento do usuário e orientar todos os membros da família com relação às questões referentes à saúde²². Logo, a família tem desempenhado um papel fundamental colaborando no tratamento da TB, como referenciado pelo último entrevistado. Os vínculos familiares representam uma segurança afetiva e material que tem facilitado o encaminhamento do usuário ao serviço de saúde.

4.2.2 Dimensão de análise 2: Organização da atenção para possibilitar o acesso do usuário ao PCT

Observou-se que os usuários, mesmo estando próximo aos serviços de saúde da sua área adscrita, através do PACS e PSF, eles preferem se deslocar para realizar o diagnóstico e tratamento na UR, espaço de organização centralizado para o atendimento aos portadores de TB, conforme evidência dos fragmentos de fala:

O paciente foi direto para a Unidade de Referência, ele não passou pela unidade (UBS) e eu fiquei sabendo depois, por conta da visita do ACS. (Grupo I, Ent. 4).

[...] tem uma suspeita é só encaminhar para a Unidade de Referência [...] faz a consulta médica, é iniciado de imediato, se teve a suspeita não falta medicação, é logo iniciado o tratamento. (Grupo I, Ent. 10).

Foi fácil, foi muito rápido, achei muito fácil, porque eu vim aqui (UR) trazer uma amostra do escarro e pegar o medicamento [...].(Grupo II, Ent. 13).

A disponibilidade de atendimento na UR foi identificada como determinante na escolha da unidade, por possibilitar resolubilidade do serviço²². O acesso deve ser visto de forma multidimensional, como um conjunto de dimensões que precisam estar alinhadas, de modo a preencher as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde²³.

Para garantia da universalidade do acesso, de forma integral e resolutiva em todos os níveis do sistema, as ações e serviços de saúde do SUS deveriam estar organizados em redes de atenção regionalizada e hierarquizada, com graus de complexidades crescentes,

aumentando o nível de resolubilidade e a capacidade de atender às demandas de maneira integradora, evitando fragmentações das ações de saúde. Com isso, o acesso da população deve ocorrer preferencialmente pela ABS e, quando necessário, os usuários devem ser encaminhados para os níveis de média e alta complexidade, respeitando os fluxos de referência e contrareferência locais²⁴.

Grande parte dos entrevistados mostrou-se satisfeito no que diz respeito à realização de suas necessidades na UR, principalmente, quanto ao acesso na obtenção de medicamentos para o tratamento da TB. Todavia, esses esquemas terapêuticos são distribuídos pelo governo de forma gratuita e repassados para os municípios.

A rede básica precisa estar inserida num sistema funcional e resolutivo, com redes hierarquizadas de serviços, para se constituir em “porta de entrada” do sistema de saúde. Entretanto, constataram-se convergências nos discursos entre trabalhadores e usuários com relação à utilização dos serviços para o PCT, indicando que o diagnóstico e tratamento ainda são realizados na UR.

A dificuldade, hoje, ainda é que a atividade é muito centralizada aqui (UR), a gente precisa descentralizar essa atividade, passando isso para as unidades básicas de saúde, já que a gente ainda faz todo esse acompanhamento aqui na unidade secundária. (Grupo I, Ent. 9).

Eu vim aqui (UR) três vezes seguidas para fazer exame de escarro e ela me ligou que eu estava premiado, principalmente, no exame. Aqui (UR) é fácil, vem e trata. (Grupo II, Ent.14).

Em síntese, observa-se que, no município estudado, a atenção à TB ainda está centralizada na UR, e essa exclusividade da centralização das ações converge com outros estudos realizados no Brasil²⁵, onde o serviço especializado continua sendo o principal diagnosticador e responsável pela continuidade das ações. Este bom desempenho da UR pode estar relacionado como a qualidade do atendimento, capacidade diagnóstica, acolhimento e responsabilidade dos profissionais. O PSF e o PACS são importantes aliados no processo de descentralização e expansão das ações de atenção à TB. Além disso, uma atenção descentralizada facilitaria o acesso, melhorando a adesão ao tratamento e o vínculo com os profissionais de saúde²⁶.

As convergências nos discursos foram visualizadas no momento da observação em que a universalização da atenção se manifesta em um sistema segmentado e sem articulação no âmbito interno do sistema público e em toda cadeia organizativa do sistema. O acesso tem

sido definido de acordo com as necessidades estabelecidas pelos usuários e não em função de uma oferta de serviços organizada e hierarquizada^{10, 13}. Evidenciam-se, portanto, problemas organizacionais na rede básica de saúde do município.

Logo, apesar da centralização do controle da TB ser um grande obstáculo a ser transposto, a transferência destas ações para a ABS não será uma solução, se não for acompanhada de melhorias na infraestrutura, qualificação dos RH, responsabilização das equipes de ABS e de mudança para um modelo de atenção pautada na integralidade. A forma de organização da atenção à TB não estabelece garantias quanto ao acesso ao diagnóstico precoce da TB²⁷.

Entretanto, para se ampliar o objeto de intervenção, torna-se necessário haver mudanças na forma de atuação e organização do trabalho, além de demandar alta complexidade de saberes, relacionados à subjetividade dos sujeitos²⁸. Com isso, é necessário a organização interna dos serviços de saúde, assim como, a qualificação e sensibilização dos profissionais para atuação no atendimento do doente.

4.2.3 Dimensão de análise 3: Acesso orientado pelo atendimento médico

Durante o procedimento médico, o profissional suscita um conjunto de informações clínicas que são coletadas e armazenadas no decorrer do processo. No sentido de adquirir uma ligação com o usuário do serviço de saúde, o médico deve levar em conta os primeiros contatos pessoais, o que facilitará o processo de interação entre ambos. Além disso, a confiança no profissional de saúde é um aspecto fundamental para um bom atendimento.

O ato de procurar um serviço de saúde para atendimento médico depende, essencialmente, dos fatores ligados aos locais disponíveis e das especialidades das demandas dos usuários e comunidades. Com isso, o usuário tem buscado a atenção médica de acordo com a doença propriamente dita com todas suas características clínicas de sinais e sintomas, e outros pelo significado atribuído à doença²⁹.

Com relação à forma de organização dos recursos de assistência à saúde, de acordo com os tipos de serviços oferecidos e a qualidade do atendimento, principalmente aqueles que envolvem o processo de entrada nos serviços, o estudo mostra que o usuário tem buscado o serviço direcionando as ações do PCT para o atendimento médico:

O acesso é o paciente que se dirige à unidade e tem um atendimento médico inicial através de uma consulta (Grupo I, Ent.1).

[...] o paciente procura a unidade para consulta com o médico. Ah! Eu estou com febre, estou com tosse há tantos dias. Ah! Eu quero uma consulta com o médico (Grupo I, Ent.3).

[...] a pessoa vai até ao médico e é encaminhado para o setor onde tem a doença infecciosa, que vai fazer primeiro o atendimento, depois o tratamento e é preciso ser acompanhado no sistema de saúde (Grupo I, Ent.5).

Eu fui ao médico, [...] aí ele mandou eu vim para aqui (UR), eu fiz o exame de escarro, aí acusou [...] estou fazendo acompanhamento médico e, estou tomando os remédios (Grupo II, Ent. 18).

Constata-se, nos fragmentos de falas, que a procura pelo atendimento nos serviços de saúde ainda está relacionada à consulta médica. Além disso, o diagnóstico de TB retrata e reforça a atenção centrada em um único profissional da equipe, “o médico”, também comprovado em estudos anteriores^{30,31}.

Contudo, os entrevistados referem que procuram os serviços de acordo com os sinais e sintomas que estão apresentando, ou através de demanda espontânea no sentido de resolver sua necessidade. No entanto, a consulta médica tem grande valor para o usuário que busca a realização de exames para o diagnóstico da TB, assim, embora os Hospitais, as UBS, o PSF, os consultórios particulares e os serviços especializados solicitem esses exames, há uma baixa resolubilidade, o que leva os usuários a procurar a UR, onde, atualmente, é o local que realiza o diagnóstico, tratamento e dispensação da medicação. Assim, o Fluxograma 1 ilustra como ocorre o acesso do usuário ao serviço de PCT, desde a sua entrada em busca da consulta médica para o diagnóstico da TB, até o tratamento.

Nesse sentido, tanto os trabalhadores quanto os usuários do serviço de saúde direcionam a representação social do processo saúde-doença para a consulta médica, na qualidade de saber dominante no campo da organização das práticas de saúde, adquirindo sentido e significado a partir da doença¹³.

Assim, o atendimento nos serviços públicos pautado no diagnóstico e tratamento das doenças é definido pelo saber científico, dando prioridade às alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades, direcionando a um modelo biomédico. Esse modelo dá ênfase ao enfoque curativo, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os próprios problemas de saúde. O poder e o saber são centralizados

na figura do médico, causando uma distância entre a equipe de saúde e a pequena parte da sociedade que tem acesso ao serviço³².

Logo, o trabalho médico na intervenção do cuidado procura capturar o usuário a partir do seu universo de ação profissional e dos saberes tecnológicos em saúde, disponível para sua atuação, não cabendo hierarquização de valor. No entanto, em todas as situações, deve existir o relacionamento interpessoal, para que haja um bom atendimento³³. Contudo, ainda existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, assim como, para o acolhimento e atenção do cuidado integral em saúde³⁴.

Entretanto, para que se estabeleça uma atenção de qualidade, o acolhimento é uma das técnicas que permite haver o espaço relacional entre trabalhador-usuário. Assim, o acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com o acolhimento, favorece o vínculo e, portanto, contribui, muitas vezes, para o tempo de utilização do serviço e para a frequência da procura pelo atendimento²¹.

Logo, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico, demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Assim, cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais²⁸, tendo como finalidade a realização de um eficiente diagnóstico e tratamento da TB.

4.2.4 Dimensão de análise 4: acesso ao tratamento de TB

No Brasil, os esquemas terapêuticos para tratamento da TB são padronizados, financiados pelo governo e distribuídos aos municípios. Nesse sentido, é fundamental que as unidades detenham o mesmo recurso³⁵. Entretanto, na realidade estudada, apenas a UR dispõe dos medicamentos para tratamento da TB.

Entende-se que o acesso gratuito ao medicamento talvez seja um dos fatores utilizados pelos usuários para adesão ao tratamento³⁵. De acordo com o Manual Técnico para o PCT, o tratamento deve ser seguido nas UBS, e os portadores de TB que apresentarem precedentes ou evidências clínicas de hepatopatia e/ou nefropatia aguda ou crônica e ainda portadores de HIV/AIDS deverão ser encaminhados para a UR³⁶. Entretanto, observou-se que o diagnóstico e o tratamento no município em estudo ainda permanecem centralizados na UR.

Na maioria das vezes, o diagnóstico é realizado aqui na unidade de referência, ou esses pacientes vêm dos consultórios particulares visto por seus Médicos, com o diagnóstico já firmado, mas em uma percentagem menor. A grande maioria desses pacientes tem seu diagnóstico e acompanhamento feitos aqui (UR) (Grupo I, Ent. 2).

No tratamento, quando chega aqui, atende bem [...] tem a medicação gratuita disponível para estar fazendo o tratamento, a gente tem material [...] (Grupo I, Ent.12).

Tive os medicamentos grátis, nunca faltou sempre que eu vim aqui tinha medicamento. Como eu falei para você, fui muito bem atendido (Grupo II, Ent.16).

Aqui (UR) eu não tive dificuldade nenhuma para fazer o tratamento, toda vez que eu chego aqui sou bem atendido, e saio com o medicamento, [...] eles me deram o maior apoio (Grupo II, Ent.17).

De um modo geral, tanto os usuários quanto os profissionais estão satisfeitos com a oferta adequada dos medicamentos, e aponta benefícios, em particular na UR para o PCT, com relação ao acesso à medicação para o tratamento específico da TB.

Os serviços de saúde necessitam implantar ações para beneficiar a ampliação do acesso ao usuário na realização de suas necessidades, garantindo um atendimento de modo rápido e tranquilo e, com isso, tornar-se-ia mais fácil a adesão do paciente ao tratamento da TB. A adesão do usuário ao tratamento depende do vínculo e acolhimento proporcionados pelos profissionais de saúde ²⁷.

A assistência à saúde deve contemplar as características mais importantes no atendimento, que é a ligação constituída entre a equipe de saúde e a população. E, para que isso aconteça, é necessária uma afinidade entre os diferentes atores do processo de forma adequada, tanto no primeiro atendimento, como nos subsequentes.

A interação entre trabalhador e usuário é considerada essencial. Pois, quando os usuários não confiam no sistema de saúde ou nos profissionais, dificulta seguir o tratamento medicamentoso. Entretanto, o abandono do tratamento tem influência direta com a disseminação da doença e, também, com o surgimento das cepas multirresistentes. A associação adequada e o uso de doses corretas, por tempo satisfatório, com a supervisão da tomada dos medicamentos, são os meios eficazes para se evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento da resistência às drogas, garantindo a cura do doente ⁸.

4.2.5 Dimensão de análise 5: O preconceito obstaculizando o acesso ao PCT

A TB emergiu a partir da segunda metade do século XIX, não mais como manifestação física de uma espiritualidade purificada, ao contrário, sua persistência e seu alastramento, particularmente entre as populações desfavorecidas, era motivo de preocupação por ser sintoma de desordem social. Entretanto, até meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico da TB ainda não era uma realidade, a doença gerou vários sentimentos quanto à sua superação, imaginando de variadas maneiras, tanto no nível individual como no coletivo. Ela era vista como doença mortal, e o resultado inevitável de uma vida dedicada a excessos, embora em desacordo com os padrões socialmente plausíveis, mesmo assim, apresenta confins distintos de acordo com a época³⁷.

De acordo com os investimentos nas políticas públicas de saúde, as representações da TB começaram um processo de desmistificação e as pessoas com a doença têm mudado o jeito de se perceberem, tanto do ponto de vista do seu corpo, quanto do seu papel social. Colaboram para essa mudança o preconceito e as manifestações físicas como a tosse, a presença de escarro com sangue e o emagrecimento³⁸. Com isso, o acesso cultural está pautado na percepção que o indivíduo tem sobre a gravidade de sua doença, etiologia, tipo de tratamento, assim como o medo do diagnóstico, a vergonha e a discriminação social¹⁴.

[...] assim, alguns com medo nem procuram, com medo do diagnostico. É uma dificuldade, entendeu porque eles não aceitam a Tuberculose [...] a maioria não aceita. (Grupo I, Ent, 7)

[...] às vezes, o próprio paciente tem o preconceito dele mesmo de aceitar que ele tem a doença pra poder fazer o tratamento e acaba complicando. [...] o paciente não deve ter aquele preconceito de falar pra agente, pra que a gente possa facilitar o acesso dele, à unidade. (Grupo ,I ENT. 11)

[...] a dificuldade é só aquele preconceito mesmo que a gente tem, nós temos com o tuberculoso, [...] aí depois eu fiz o tratamento aqui (UR) e me curei, agora recebi alta. (Grupo II, Ent, 16).

A preocupação com o diagnóstico da doença esteve presente na fala de algumas pessoas que participaram do estudo. E isso gera um processo de apreensão como o medo da contaminação que faz com que as pessoas com TB se sintam excluídas ou isoladas da sociedade.

Os depoimentos fizeram ver as repercussões negativas geradas pela TB, causando impacto emocional que perduram há séculos. Contudo, os resultados encontrados no estudo estão de acordo com achados em outros²³, onde o preconceito que circula ao redor da TB tem dificultado seu acesso, pois os doentes preferem ser acompanhados na UR para não serem rotulados como tuberculoso. Existem pacientes que nem falam a palavra tuberculose e que não aceitam o diagnóstico, refletindo a perseverança do estigma e da discriminação.

A discriminação, também, contribuiu para o isolamento, até mesmo de seus relacionamentos mais próximos, tais como cônjuges e filhos. O preconceito não é somente com relação a outras pessoas com tuberculose, mas é também da própria pessoa, aportada na sua concepção sobre a doença³⁸.

A doença é temida ainda por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como por representar o estágio último de miséria humana. Nesse sentido, persiste, no imaginário social e como forma de relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso³⁷.

Logo, é importante que os trabalhadores de saúde realizem práticas coletivas criando estratégias e abrindo espaços de discussão com as pessoas, permitindo que elas expressem seus medos e preocupações, o que poderá favorecer a superação do próprio preconceito com relação à doença, ajudando-as a encontrar novas maneiras de lidar com a situação³⁸.

Dentre as práticas coletivas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, citadas nos depoimentos e notadas durante o período de observação, temos a educação em saúde que acontece através de palestras, reuniões, salas de espera e feira de saúde, que são algumas das estratégias utilizadas para reduzir a proporção de abandono do usuário ao tratamento. Destaca-se, ainda, a importância da organização e disposição dos serviços de saúde para o acolhimento dos pacientes com TB. Além disso, nas atividades de práticas individuais e coletivas, as questões pessoais do doente devem sempre ser levadas em conta, considerando-se que cada indivíduo é único, tem sua própria história, seus valores e crenças⁸.

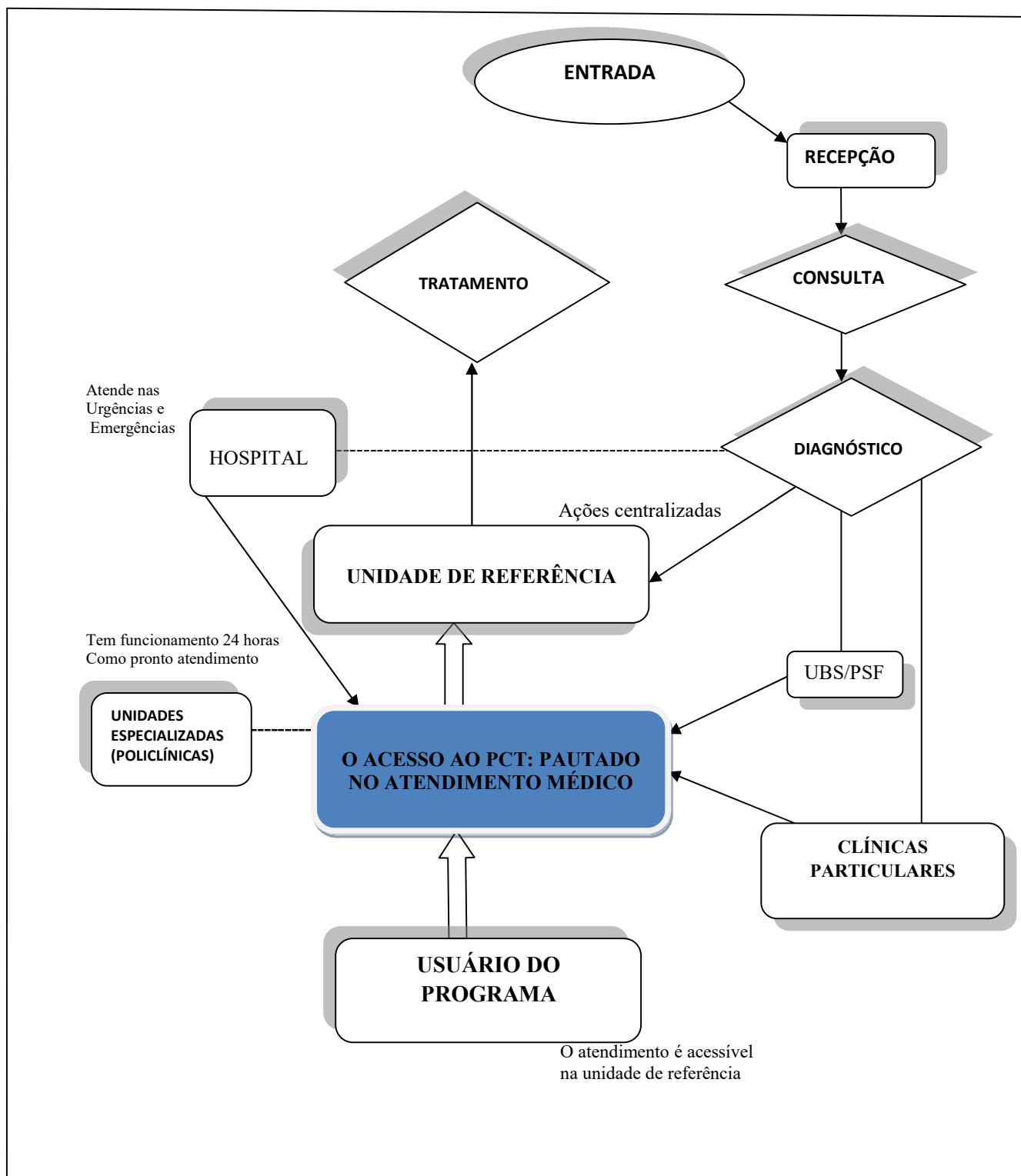
Em síntese, o Fluxograma 2 ilustra como ocorre o acesso dos portadores de TB às redes assistenciais dos SUS, quando foi evidenciado que o usuário, através de demanda espontânea, procura o serviço de saúde, de acordo com a queixa. Busca, ainda, a consulta médica para solução do seu problema. Neste momento, alguns usuários ao entrar na unidade de atendimento médico, chegam à etapa da recepção, onde são decididos os fluxos de atendimentos: o da demanda organizada, em que as consultas médicas são previamente agendadas, e o fluxo da demanda espontânea, onde consegue logo o acesso ao atendimento.

Ao obterem o atendimento individual, o usuário pode ter suas necessidades acolhidas e a garantia da continuidade das ações, ou o atendimento pode-se limitar a um atendimento fragmentado, guiado pela queixa-conduta e paliativa, o que leva à permanência do usuário no serviço ou aumenta a demanda por exames complementares.

Através da consulta, se definem novos fluxos para realização do diagnóstico: se o usuário procura a UR, é realizado o exame de cultura e a baciloscopia, assim como, o tratamento e a dispensação da medicação, com realização de acompanhamento periódico; em casos de urgência e/ou emergência, o usuário tem buscado o hospital para o atendimento médico que, quando diagnosticado, é encaminhado para UR, onde se realiza o tratamento; nas clínicas particulares, faz-se o diagnóstico e é encaminhado também para a UR; Já na UBS/PSF, muitas vezes, nem são diagnosticados, sendo encaminhados para a UR de TB. Contudo, temos, também, as policlínicas que realizam os raios-X e encaminham o usuário para tratamento na UR, onde estão centralizadas as ações de controle da TB.

Outro aspecto a ser ressaltado é que o atendimento é acessível na UR, mas faltam fluxos de contrareferência para a unidade de origem onde nem sempre é realizado, o que pode levar à perda do usuário ou ao comprometimento da continuidade das ações e à coordenação do cuidado. Assim, fica demonstrado que ainda faltam fluxos assistenciais adequados que permitam que o usuário alcance toda a tecnologia necessária para resolver suas demandas.

Figura 8 - Fluxograma analisador 2 – Acesso ao Programa de Controle de TB em um município da Bahia, Brasil.



- **Elipse:** Movimento de entrada e saída dos serviços
- **Retângulo:** Decisão da continuidade do Trabalho
- ◇ **Losango:** Intervenção e ações desenvolvidas

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou realizar uma análise nas dimensões do acesso dos usuários aos serviços de PCT onde a forma de organização da atenção à TB está centralizada na UR e no atendimento médico, o que é um fator dificultante para o acesso ao diagnóstico e tratamento. O PSF e o PACS deveriam estar aliados neste processo, entretanto, ainda não estão articulados ao PCT. O processo de descentralização é uma estratégia importante, pois, além de aumentar a cobertura das ações, favorece um contato mais próximo entre profissionais de saúde, usuários e família, facilitando a efetivação das medidas de controle que são a busca ativa de casos, investigação de comunicantes e a adesão ao tratamento. A maioria dos usuários enfrenta dificuldades de ordem geográfica, funcional e cultural para o acesso ao diagnóstico e tratamento, necessitando, dessa forma, de incentivos e benefícios para a sua concretização.

Acreditamos que para a viabilização das ações de controle da TB, em especial, na ABS, é essencial a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis do sistema de saúde, no sentido de viabilizar as políticas, planejamento, avaliação e adequação em conjunto das estratégias e tecnologias adotadas, principalmente no nível municipal, que é onde ocorre, de fato, a implementação das políticas. Além disso, devem-se criar estratégias incluindo a família e os amigos mais próximos, nas orientações com relação à transmissibilidade da doença, para que facilite a convivência entre os mesmos.

Colaboradores

AMCS Maia participou do projeto na justificativa, definição metodológica, coleta de dados, análise dos dados e considerações finais. MMA Assis orientou a definição do referencial de análise, a análise dos dados e considerações finais. TCS Villa; LD Sá; LMS Servo participaram igualmente na definição metodológica, análise dos dados e considerações finais.

REFERENCIAS

1 - World Health Organization [WHO]. *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: stop TB communicable disease*. Geneva; 2002.

2 – Rufino Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Sociedade Brasileira Medicina Tropical*. 2002;35(1):51-8.

- 3 – Scatena LM, Villa TCS, Rufino Netto A., Kritski AL, Figueredo TMRM, Vendramini S HF, Assis MMA, Motta MCS. Dificuldade de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2009; 4(3):389-97.
- 4 – World Health Organization [WHO]. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2011*. Geneva, Switzerland, 2011.
- 5 – Façanha, MC. Tuberculose subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza. *Rev Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8(1):25-30.
- 6- World Health Organization [WHO]. *Treatment of Tuberculosis Guidelines for national programmes*. 3 ed. Geneva, 2003.
- 7- Brasil. *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço*. 5ª edição, Rio de Janeiro; Fundação Nacional de Saúde, Centro de Referência Profº Hélio Fraga, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2002.
- 8 - Oliveira, HB, Marin-León,L, Gardinali,J. Análise do programa de controle de Tuberculose em relação ao tratamento em Campinas - SP, *Jornal Brasileiro Pneumologia* 2005; 31(2):133-8.
- 9- Oliveira MF, Villa TCS, Arcêncio RA, Scatena LM, Rufino Netto A. O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto-SP (2007). In: Villa TCS, Rufino Netto, A.(Orgs) *Tuberculose Pesquisas Operacionais*, 1 ed. São Paulo: FUNPEC, 2009:36-47.
- 10 - Assis MMA, Nascimento MAA, Lima WCM., Oliveria SS, Franco TB, Jorge MSB., Martins Jr DF, Jesus SR. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A. et al. (Org.). *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2010a; p.13-38.
- 11 - Starfield, B. *Atenção Primária*. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO/DFID, 2004.
- 12 - Abreu de Jesus W L, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cien Saude Colet* , 2010;15(1):161-170.
- 13- Assis MMA Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. . *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):815-823.
- 14 - Fekete, MC. *Estudos da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde*. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Organização Pan-Americana de saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básica de saúde do distrito sanitário: Projeto Gerus. Brasília, DF, 1995.
- 15 – Travasso C, Oliveira EXG, Vicava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006;11(4):975-986.

16 - Millman M. *Access to Health Care in America*. Washington, DC: The National Academies Press, 1993. P.31-45. Disponível em: www.nap.edu/openbook.php?record_id... Acessado em: 10/01/2012.

17- Albuquerque MF, Ximenes RA, Lucena Silva NL, Braga C, Campelo AR, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. 2005;5:25. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007;23(7):1573-1582.

18 - Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

19 - Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003 19(1):27-34.

20 - Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol de Pneumologia Sanitária*, 2002;10(1)12.

21 - Carbone MH. A abordagem por problemas na Estratégia Saúde da Família. In: Costa, E. M. A.; Carbone, M.H. *Saúde da Família*. Uma abordagem multidisciplinar. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p.137-145.

22 – Assis MMA, Sampaio HC, Santos AM, Nascimento MAA, Oliveira TS. Oferta de serviços na atenção primária à Saúde em um município da Bahia. *Rev APS*. 2008;11(2): 152-162.

23 - Assis MMA, Nascimento MAA, Lima WCM, Oliveria SS, Franco TB, Jorge MSB, Martins Jr DF, Jesus SR. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde?. In: Assis MMA et al. (Org.). *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2010b. p. 101-111.

24 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF, 2006.

25 - Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Silva CA, Oliveira LCSO, Sá LD, Villa TCS. Desenpenho dos serviço de saúde na atenção ao diagnóstico da Tuberculose: João Pessoa-PB. In: Villa TCS, Ruffino Netto A.(Orgs). *Diagnostico da Tuberculose: Avaliação dos serviços de Saúde em municípios de regiões do Brasil*. 1 ed.-Ribeirão Preto-SP:FUNPEC Editora,2001; p.62-64.

26 - Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Cien Saude Colet* , Rio de Janeiro 2005;10(2):315-321.

27 - Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Rufino Netto A, Vendramin SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev Escola Enfer da USP*, São Paulo, 2008;42(2)262-267.

- 28 - Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre profissionais. *Interface Comun, Saúde, Edu.* São Paulo, 2005; 9(16)25-38.
- 29 - Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*, São Paulo, 2006;40(3):436-43.
- 30 - Andrade RLP, Wysocki AD, Ponce MAZ, Scatolin BE, Ruffino Netto A, Monroe AA, Villa TCS. Desenpenho dos profissionais de serviço de Saúde para o diagnóstico da Tuberculose, Ribeirão Preto 2009. In: Villa TCS, Ruffino Netto A.(Orgs). *Diagnóstico da Tuberculose: Avaliação dos serviços de Saúde em municípios de regiões do Brasil*. 1 ed.- Ribeirão Preto-SP:FUNPEC Editora, 2001, p.77-80.
- 31 -Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007;23(1):75-85.
- 32 -Brasil. Ministerio da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: MS,1999.
- 33 - Merhy EE. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- 34 - Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro, R, Mattos, RA. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004. p. 91-102.
- 35 - Marcolino ABL, Nogueira JA, Rufino Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, Rolim FJ. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. *Rev Brasi Epidemiologia*. 2009;12(2):144-57.
- 36 - Castilho ADD, Maia APS, Moreira KFA, Santos MAM. A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RD. *Saúde Coletiva*, 2009;6(29):84-89.
- 37 - Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(Supl. 1):43-49.
- 38 - Souza, SS, Silva, DMGV, Meirelles, BHS. Representações sociais sobre a tuberculose *Acta Paulista Enferm*. 2010; 23(1):8-23.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Há homens que lutam um dia e são bons, há outros que lutam um ano e são melhores, há os que lutam muitos anos e são muito bons, mas há os que lutam toda a vida e estes são imprescindíveis”.

Bertold Brecht

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados revelam que, neste município, ainda está enraizado o modelo de atenção à saúde, responsável pelo atendimento no PCT, o modelo de atenção hegemônico organizado pela oferta-demanda e gerido pela lógica curativista e médico-centrado, em que a atenção tem sido voltada para a doença. Entretanto, a reversão desse modelo de atenção à saúde deve ser estabelecida, a fim de que não seja mais configurado a partir do curativismo, das práticas verticalizadas e centradas no médico e nas instituições hospitalares pois, dessa forma, inviabiliza as práticas de saúde.

Contudo, algumas conquistas têm sido obtidas pelo PCT no sentido de mudanças do modelo de atenção. Essas mudanças estão relacionadas com a ampliação do acesso à população no controle da TB, o que vem permitindo a melhoria de alguns indicadores, tais como a disponibilização de medicamentos, o que foi relatado nas falas dos entrevistados como facilitador na realização do diagnóstico e do tratamento da TB, e as práticas educativas voltadas para a prevenção da doença, entre outros.

Assim, as práticas desenvolvidas pela equipe no PCT do município têm sido caracterizadas por atividades preventivas e curativas e pelas fragmentações das ações, apontando para uma atenção centrada na realização de procedimentos, estruturada pela visão médico-centrado. A fragmentação das ações é confirmada pelo atendimento que, muitas vezes, é isolado, deixando de atender de forma integral às necessidades das pessoas, que são portadoras da doença. Além disso, a assistência tem sido prestada pela queixa do usuário, o que não resolve as reais necessidades dos indivíduos que procuram o serviço para o controle da TB.

Entretanto, o fluxo de atendimento no PCT para o diagnóstico vem ocorrendo através de várias “portas de entrada” desde hospitais públicos, clínicas particulares, e UR seguido da AB. Entretanto, o tratamento ainda continua sendo realizado na UR onde estão centralizadas as ações de controle da TB. Todavia, o PSF e o PACS precisam se articular nas ações relacionadas ao PCT. Nesse sentido, a descentralização das ações é uma estratégia importante, pois, além de aumentar a cobertura, torna-se favorável um contato mais próximo entre doente, família e profissionais de saúde, facilitando a efetivação das medidas de controle como a busca ativa de sintomáticos respiratórios, investigação de comunicantes e adesão ao tratamento.

Vale ressaltar que, na busca do tratamento, o preconceito, o desconhecimento e a falta de informação em relação à doença são fatores que acabam isolando as pessoas infectadas, dificultando a cura e causando resistência. Nesse sentido, é importante que a TB seja discutida com o doente, a família e a comunidade, no intuito de minimizar os preconceitos e estigmas, facilitando o acesso do usuário ao serviço.

O acesso nos três níveis de atenção deve ser garantido, integrando a promoção da saúde, prevenção e reabilitação da doença. No entanto, mesmo tendo acesso aos vários níveis de atenção, não se garante que o princípio da integralidade seja concretizado. Pois, a integralidade como um dos princípios do SUS, representa um conjunto de ações e serviços que visa atuar em todos os níveis de complexidade, tendo em vista as dimensões do cuidado integral e resolutivo.

A resolubilidade acontece quando se tem uma extensão do acesso aos serviços de promoção e proteção à saúde e isso está relacionado à assistência na rede básica, o que, conseqüentemente, levará a uma redução da utilização dos serviços mais complexos. Entretanto, os serviços da ABS devem ser acessíveis ao usuário que, muitas vezes, percorre os serviços de urgências pelas dificuldades de acesso.

Por isso, é um desafio aperfeiçoar o acesso da população aos serviços prestados, seja por uma mudança nos horários de funcionamento, capacidade de atender às demandas espontâneas, ou àquelas programadas, além de ser capaz de manter o fluxo de informações na trajetória do usuário dentro da rede, através de um sistema de referência e contrarreferência eficaz.

Diante disso, a ABS deveria garantir o acesso do usuário a todos os níveis de complexidade em conformidade com as suas necessidades, permitindo a resolubilidade dos serviços de saúde. Contudo, ela ainda não se efetivou como “porta de entrada” do sistema.

Acreditamos, deste modo, que, para a viabilização das ações de controle da TB, em especial, na ABS, é fundamental a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis do sistema de saúde, para a viabilização de políticas, planejamento, avaliação e adequação em conjunto das estratégias e tecnologias adotadas principalmente, no nível municipal, que é onde ocorre de fato a implementação das políticas em todas as dimensões do acesso.

Essas dimensões do acesso abrangem demandas diferenciadas de acordo com as ações realizadas, e elas podem ser efetivadas se os serviços apresentados pela ABS forem orientados pela sua capacidade de uso, tanto na expectativa do usuário quanto dos trabalhadores da

saúde. Contudo, a maioria dos usuários enfrenta dificuldades de ordem geográfica, funcional e cultural para o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB, necessitando, dessa forma, de incentivos e benefícios para a sua concretização.

Recomenda-se a continuidade desse estudo com o intuito de criar estratégias, que mostrem a importância e a necessidade de alertar os gestores quanto à temática proposta, assim como, orientar as medidas a serem tomadas, tendo como finalidade, a prevenção de novos casos, o tratamento e a cura dos casos existentes, em virtude da severidade dessa patologia, utilizando-se de estratégias de trabalho que envolvam a ABS e toda a equipe interdisciplinar, reconhecendo o usuário como um complexo sistema biopsicossocial, cujas condições de vida, de saúde, moradia e acesso aos bens e serviços são determinantes.

Desse modo, impõe-se a necessidade de construir um modelo de atenção humanizado que seja pautado pelas reais necessidades dos usuários, em que a atenção prestada tenha maior qualidade, buscando-se, assim, um cuidado que seja integral e que tenha como finalidade a resolubilidade das ações e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

"Se eu pudesse deixar algum presente a você,
deixaria aceso o sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender
tudo o que nos foi ensinado pelo tempo afora.
Lembraria os erros que foram cometidos, como sinais
para que não mais se repetissem.
A capacidade de escolher novos rumos.
Deixaria para você, se pudesse, o respeito aquilo que é indispensável:
alem do pão, o trabalho e a ação.
E, quando tudo mais faltasse, para você eu deixaria se pudesse um segredo. O de buscar no
interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída."

Mahatma Ghandi

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.1 2010.
- ACURCIO, F.A., GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 233-242, abr-jun,1996.
- ADRIANO, J.R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n 1, p.53-62, 2000.
- ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, n.5, p.367-379, 2000.
- ASSIS, M.M.A et al. Os serviços de saúde procurados pelo doente de Tuberculose de Feira de Santana-BA, 2009. In: Villa,T.C.S; Ruffino-Netto,A.(Orgs). **Diagnostico da Tuberculose: Avaliação dos serviços de Saúde em municípios de regiões do Brasil**. 1 ed.- Ribeirão Preto - SP: FUNPEC, 2011.
- ASSIS, M.M.A et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A. et al. (Org.). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. 1. ed. Salvador: EDUFBA,. p. 13-38, 2010a.
- ASSIS, M.M.A et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, M.M.A. et al. (Org.). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, p. 39-58. 2010b.
- ASSIS, M.M.A et al. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: ASSIS, M.M.A. et al. (Org.). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, p. 101-111. 2010c.
- ASSIS, MMA, JORGE, MSB. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa no campo da saúde. In: SANTANA, J. S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (Org.). **Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, p. 139-159, 2010.
- ASSIS, M.M. A. et al. Avaliação do programa de controle de tuberculose em Feira de Santana-Ba (2007): limites e desafios. In: VILLA, Teresa Cristina Scatena, RUFFINO NETO, Antônio. (Org.). **Tuberculose: Pesquisas Operacionais**. 1. ed., Ribeirão Preto: FUNPEC editora, Cap. 4, p. 165-175, 2009.
- ASSIS, M. M. A.; ASSIS, A. A.; CERQUEIRA, E. M. Atenção Primária e o Direito à Saúde: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 297-303, mai./ago. 2008.

ASSIS, M.M.A, et al. Oferta de serviços na atenção primária à Saúde em um município da Bahia. **Revista. APS**. v.11, n.2, p.152-162, abr./jun, 2008.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. **Revista de APS**, Juiz de Fora, MG, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez, 2007.

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**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, M.M.A.. **A municipalização da saúde**: intensão ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./abr, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl 2, p. 11-23, abr./jun, 2009.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, Suplemento.1, p. 4-8, 2007.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde**: desenho territorial. Salvador, 2005. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/ Acessado em: 15/01/2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde**: desenho territorial. Bahia, Dezembro, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Mapa34.pdf> . Acessado em: 15/01/2012.

BITTENCOURT, Â. ; KRITSKI, A.L; PAZ, E.P.A. Cotidiano de tratamento do paciente com tuberculose pulmonar num hospital universitário. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.20, jan/mar , 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../98> Acesso em: 26 nov. 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – **trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p.318, 2009a – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica / Caderno 7**. p 458-479. Brasília. 7ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, p.232, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 60 p. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, outubro de 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005**: uma análise da situação de saúde no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, - Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde**: caminhos da institucionalização da avaliação. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004 a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>. Acessado em: 12/01/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004**. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 jun. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Brasília, DF, Brasil, v.3, n.2 p. 221-224, abr. / jun. 2003.

BRASIL. 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: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 148 – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02** e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Divulga a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. Seção 1, p. 23E-31E, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano nacional de Controle da Tuberculose: normas técnicas estrutura e operacionalização** 5 ed. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, p.184, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres-humanos. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de bacteriologia da tuberculose**. 2. ed. Rio de Janeiro, p. 115, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545/GM**, de 20 de maio de 1993. Estabelece o normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

CAMARGO JR., K. R. de. A Biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 07, n. 1, p. 45-68, jan./jun, 1997.

CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p.96-131. 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 3.ed.São Paulo: HUCITEC, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, p. 229-266, 1997.

CAMPOS, G.W. S. **Planejamento sem normas**. São Paulo, HUCITEC, 1994a.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1994b.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo:HUCITEC, 1992.

CARDOSO, C. C. L.; CAMPOS, E.C.S. Tuberculose: o retorno de uma velha doença. **Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Ano 2, n,4 , julho 2006.

CAVALCANTE, M.G.S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.4, p.437-445, out. / dez., 2006.

CECÍLIO, L.C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, p. 115-128, 2006.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul./set, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2005.

CLEMENTINO, F.S.; MIRANDA, F.A.N. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da Tuberculose nas unidades de saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p.584-90. 2010.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M.V.G.C.; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.; CORBO, A.D. **Modelos de atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2007.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1 p.113-8. jan-fev. 2009.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p.96-131. 2010.

CONILL, E. M.. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. 191-202, 2002.

CONDE, M.B.; SOUZA G.M.; KRITSKI, A.L. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ERDMANN, A.L., et al. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da saúde. **Rev. Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v.16, n. 4. out/dez, p.477-81, 2008.

FARIA, H.P. et al. **Modelos assistenciais e atenção básica**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Prefeitura Municipal de Feira de Santana: Feira de Santana: 2011a.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Prefeitura Municipal de Feira de Santana: Feira de Santana: 2011b.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenação da Atenção Básica**. Feira de Santana: SESAU/ SIAB, 2009.

FERRACIO, M; CRUZ, R. A; BIAGOLINE, E. R. M. Tratamento Supervisionado da Tuberculose: a opinião da equipe do Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 4, n.14, p. 55-61, 2007.

FERNANDES, F. **Dicionário de sinônimos e antônimos da língua portuguesa**. São Paulo: Globo, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p.125-134, 2006.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, p.296 2007.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; coordenado por Maria Jose Procópio. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

FURLAN, P.G. O agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P.(Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 368-387.

GIOVANELLA L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, Suplementar 24, p.7-27, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: **Política e sistema de saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L. et al., Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, p.575-626, 2008.

GONZALES, R.I.C., et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.42, n.4, p. 628-34, 2008a.

GONZALES, R.I.C., et al. Indicadores de Desempenho do DOT no domicílio para o controle da Tuberculose em município de grande porte, SP,Brasil. **Revista Latino-am Enfermagem**. v.16, n.1, 2008b.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

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

HIJJAR, M. A. et al. Epidemiologia da Tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Rev. Pulmão**. Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p.310-314, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2000**. Feira de Santana: IBGE, 2009.

- KRITSKI, A. L. et al. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científica. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.41, Suplemento 1.p. 9-14, 2007.
- LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista Enfermagem**, v.20, n.1, p.7-12. 2007.
- MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde Debate** v.27, p. 243-56. 2003.
- MACINKO, J.; ALMEIDA, C. **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, n. 10, p.215, 2006.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 7ª. Edição. São Paulo: Atlas, 2010.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 41-66, 2006.
- MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 47-62. 2007.
- MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, suplemento 1, p. 771-780, 2009.
- MENDES, A.M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro. v.12 n.1. jan/ abr. 2004.
- MENDES,E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 3ª Ed. 2007 a.
- MERHY E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. et al (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p. 14-35. 2007 b.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323,set./dez. 2003.

- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC. p.71-112, 2002.
- MILES, M.B.; HUBERMAN, A.M. **Análise de dados qualitativos: uma fonte de informação expandida**. California: Sage, 1994.
- MINAYO, C. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- MINAYO, C. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- MINAYO, C. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MOROSINI, M.; CORBO, A.D. **Modelos de atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2007.
- NOGUEIRA, J.A. et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba. **Revista Esc Enfermagem USP**, v.43, n.1, p 125-31. 2009.
- NOGUEIRA, A.N. et al. Desempenho dos serviço de saúde na atenção ao diagnóstico da Tuberculose: João Pessoa-PB. In: Villa, TCS; Ruffino-Netto,A.(Orgs). **Diagnóstico da Tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de regiões do Brasil**. Ribeirão Preto - SP: FUNPEC, 2011.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGÚS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n.3, p. 44-57, set./dez. 2004.
- PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al.(Orgs) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 547-573, 2008.
- PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 587-603, 2003.
- PASSAMANI, J.D.; SILVA, M.Z.; ARAÚJO, M.D. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. **UFES Revista Odontol**, v. 10, n.2, p.37-45, 2008.
- PEDROSA, C. M. S.; ROCHA, E. M. M. Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em menores de 15 anos procedentes de Alagoas, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol.37, n. 4, p.300-304, 2004.
- PEREIRA, S.M. et al. Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. **Revista de Saúde Pública**, v.41, Sulp.1, p.59-66. São Paulo, 2009.
- PÔRTO, Â. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, Supl. 1. p.43-49, 2007.

- OLIVEIRA, H.B.; MARIN-LEÓN, L.; GARDINALI, J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas- SP. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, n. 2, mar/abr. p. 133-138, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. Agosto, 2005.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed.São Paulo: Atlas, 2007.
- ROCHA, J. L. et al. Tuberculose multirresistente. **Curso de temas avançados de tuberculose**. Rio de Janeiro; v.17, n.1, p. 27-32, 2008.
- RODRIGUES, A. Á. A; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção a saúde bucal: o processo de trabalho no programa de saúde da família em Alagoinhas – BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 273-285, jul./dez., 2005.
- RODRIGUES, G.O. et al. A expansão do tratamento supervisionado (TS) para o controle da tuberculose na Paraíba, 1999 a 2005. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Paraíba, v.10, n.3, p.632-642. 2008.
- ROSEMBERG, J. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, dez. 1999.
- RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba: vol. 35. n. 1, Fevereiro, 2002.
- RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor de saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro: v.7, n.1, p.7-18, jan-jun, 1999.
- SANTANA, J. S.S. Percurso Metodológico. In: SANTANA, J. S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (Org.). **Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, p.87-120. 2010.
- SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: v.41, supl.1. Set., 2007.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p.53-61, jan-mar, 2006.
- SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.464-470, jun, 2008.
- SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, São Paulo, v.43, n.3, p.389-97, 2009.

SILVA JR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINO, M.V.G.C.; CORBO, A.D. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p.27-42, 2007.

SILVA JR, A.G., MERHY, E.E., CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R, Mattos, RA. (Orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. p.115-130, 2007

SHEPPARD, D. S. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v.8, n.1. p.172-92. mar./jun. 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

SOUZA, W.V et al. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. **Revista Saúde Pública**. v.39, n.1, p.82-9. 2005.

SOUZA, M. V. N. Tuberculose em pacientes HIV- positivos, um grave problema de saúde pública mundial. **Rev. Bras. Farm.**, v.87, n.2. p. 42-44. 2006.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Rev. Texto contexto - enfermagem**, v.19, n.4, p. 636-643, 2010.

TEIXEIRA, G.M. Digressões sobre plano e programa nacional de controle da tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária** - v. 7, nº 1. jan/jun. 1999.

TEIXEIRA, C. F. PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L.V. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **IESUS**, v. VII n. 2, Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p. 257-277, set-dez, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, Equidade e necessidades prioritárias de saúde. Caderno da 11ª conferência Nacional de saúde, s/l; s/d, p.261-281, 2000. Disponível em:

http://mesquita.filho.sites.uol.com.br/GE_Mod_atencTeix.pdf. Acessado em: 12/08/2011.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M.R.; Tratamento Diretamente Supervisionado (Dots) contribui para a Adesão ao Tratamento da Tuberculose? **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 16, nº 4. julho-agosto, 2008.

TRAVASSO, C., OLIVEIRA, E. X. G., VICAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 4, p.975-986. 2006.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de Saúde. In: MENDES, E. (Org). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4 ed. São Paulo, HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 221-236. 1999.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2004.

VILLELA, W. V. et al. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1316-1324, jun. 2009.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. **Diagnóstico da Tuberculose: avaliação dos serviços de Saúde em municípios de regiões do Brasil**. 1 ed.- Ribeirão Preto - SP: FUNPEC, 2011.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. (Orgs.). **Tuberculose: Pesquisas Operacionais**. 1. ed. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Global Tuberculosis Control: WHO Report 2010**. Epidemiology, strategy, financing. Geneva: World Health Organization; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report, 1999**. Geneva;1999

SITES:

<http://www.redetb.org/> Acesso em 14 de agosto de 2011.

<http://www.feiradesantana.ba.gov.br/> Acesso em 18 de setembro de 2011.

<http://www.fundoglobaltb.org.br/> Acesso em 12 de dezembro de 2011.

<http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em 10 de janeiro de 2012.

<http://www.saude.gov.br/> Acesso em 12 de janeiro de 2012

<http://www.fiocruz.br/ccs/glossario/tuberculose.htm> Acesso em 14 de janeiro de 2012.

<http://www.who.int/tb/en/> Acesso em 10 de janeiro de 2012

Fonte: www.viagemdeferias.com/salvador/bahia/mapa.php

Fonte: www.uefs.br/erbase2004/comocheugar.htm

Fonte: www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=795818

Fonte: www.skyscrapercity.com/showthread.php

Fonte: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/

APÊNDICES

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros
A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes”.

Cora Coralina



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº77.496 de 27.04.1976
Reconhecida pela Portaria Municipal nº 874/86 de 19.12.1986
PROGRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRAA EM SAÚDE COLETIVA – NUPISC

PROJETO DE PESQUISA: Modelo de atenção e acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil, 2011.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^ª Dr^ª Marluce Maria Araújo Assis

PESQUISADORA COLABORADORA: Enf^ª Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (APÊNDICE A)
GRUPO 1 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ENTREVISTA:

Data: ____ / ____ /2011.

Início: _____ **Término:** _____

Código do Entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1 Idade: ____ Anos.

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Escolaridade:

1.4 Ocupação:

1.5 Local de Trabalho:

1.6 Há quanto tempo trabalha na Unidade:

2. QUESTÕES RELACIONADAS COM O CONTROLE DA TUBERCULOSE

- ✓ Relação do modelo de atenção à saúde no acesso ao diagnóstico e tratamento da TB.
- ✓ Acesso ao diagnóstico e tratamento dos portadores de TB na rede básica de saúde e Unidade de Referência, ou em outras unidades (públicas e privadas).
- ✓ Atividades desenvolvidas na atenção ao usuário com TB.
- ✓ Dificuldades e / ou facilidades encontradas para a efetividade do controle da TB.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 de 27.04.1976
Reconhecida pela Portaria Municipal nº 874/86 de 19.12.1986
PROGRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRAA EM SAÚDE COLETIVA – NUPISC

PROJETO DE PESQUISA: Modelo de atenção e acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil, 2011

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^ª Dr^ª Marluce Maria Araújo Assis

PESQUISADORA COLABORADORA: Enf^ª Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (APÊNDICE B)
GRUPO 2 – PORTADOR DE TB

ENTREVISTA:

Data: ____/____/2011.

Início: _____ **Término:** _____

Código do Entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1 Idade: ____ Anos.

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Endereço:

1.3 Escolaridade:

1.4 Raça/cor:

1.4 Ocupação:

1.5 Local onde vive:

1.6 Tempo de cadastramento na unidade: _____ Anos.

2. QUESTÕES ORIENTADORAS

- ✓ Relacionado à doença
- ✓ Relacionado ao tratamento
- ✓ Serviços procurados para o tratamento
- ✓ Colaboradores no tratamento
- ✓ Atividades desenvolvidas na atenção ao usuário com TB.
- ✓ Dificuldades e / ou facilidades encontradas para o tratamento da TB.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº77.496 de 27.04.1976
Reconhecida pela Portaria Municipal nº 874/86 de 19.12.1986
PROGRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA – NUPISC

PROJETO DE PESQUISA: Modelo de atenção e acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil, 2011

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^ª Dr^ª. Marluce Maria Araújo Assis

PESQUISADORA COLABORADORA: Enf^ª Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA (APÊNDICE C)

OBSERVAÇÃO:

Data: ____/____/2011.

Início: _____ **Término:** _____

Código da Observação: _____

1 Construção do modelo de atenção á saúde.

- Produção do cuidado.
- Práticas / ações desenvolvidas pelos sujeitos sociais participantes.
- Resolubilidade da assistência.
- Diálogo entre os atores sociais
- Encaminhamentos realizados / Caminhos.
- Produtos / Resultados.
- Outras observações.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº77. 496 de 27.04.1976
Reconhecida pela Portaria Municipal nº 874/86 de 19.12.1986
PROGRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRAA EM SAÚDE COLETIVA – NUPISC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (APÊNDICE D)

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre: **Modelo de atenção e acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil, 2011**. É uma pesquisa do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva – NUPISC, do Departamento de Saúde – DSAU, da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Tem como pesquisadora responsável a Profª Drª **Marluce Maria Araujo Assis** e como pesquisadora colaboradora a Enfermeira **Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia**, estudante do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC. Tem como objetivo: Analisar o modelo de atenção à saúde no acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose nos serviços de Atenção Básica em Saúde no município de Feira de Santana-Bahia. A referida pesquisa faz parte do Projeto Multicêntrico da REDE- TB- intitulado Como “Avaliação da efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”. Coordenado pela Profª Drª Marluce Maria Araujo Assis, com o objetivo de avaliar a efetividade dos modelos de gestão de serviços de saúde no controle da TB em municípios das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. Para coletar os dados do estudo serão realizadas entrevistas com profissionais de saúde da atenção básica e com portadores de tuberculose. Será necessária a observação do trabalho dos profissionais no atendimento ao portador de TB. Caso você aceite participar desta pesquisa não terá quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, assim como será assegurado pelos responsáveis total anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem deu a entrevista, buscando assim, respeitar a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Se você consentir, a entrevista está será gravada em fita de áudio com o auxílio do gravador, marcada com antecedência em local, horário e tempo determinado por você. Será garantido o sigilo e a confidencialidade da conversa durante e após a entrevista. Desse modo, esclarecemos que os possíveis riscos da pesquisa em relação aos usuários podem esta relacionada ao sentimento de inibição com relação à exposição das opiniões, e o receio de influenciar no seu atendimento, enquanto que o benefício está direcionado em ajudar na reflexão crítica sobre os modelos de atenção a saúde vigente no município em relação à TB, sensibilizando os profissionais de saúde quanto à problemática da TB no mundo, no Brasil e em especial na cidade de Feira de Santana-BA, no sentido de redefinir os rumos do Programa de Controle da TB mostrando a necessidade de combate a essa morbidade. Neste sentido, tornam-se mínimos os riscos em relação aos benefícios e a pesquisadora responsável estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, e se assim desejar, poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida que seu depoimento causará conseqüências danosas na expressão livre de suas opiniões. Esclarecemos que os resultados dessa pesquisa são para fins científicos, no sentido de trazer transformações às práticas desenvolvidas no atendimento ao portador de TB e serão divulgados em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Garantimos que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e o material coletado ficará sob a guarda dos pesquisadores durante dois anos, no NUPISC, localizado no Módulo VI da UEFS, telefone (75) 3224-8162, podendo ser requisitada a qualquer momento. Após este período, o mesmo será destruído. Quando houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável e/ou a colaboradora. Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

Feira de Santana-BA, __, de _____ de 2011.

Assinatura do (a) Entrevistado (a)

Enfª Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia
Pesquisador Colaborador

Profª Drª Marluce Maria Araujo Assis
Pesquisadora Responsável