

Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo^I

Tereza Cristina Scatena Villa^{II}

Lúcia Marina Scatena^{II}

Roxana Isabel Cardozo Gonzales^{III}

Antonio Ruffino-Netto^{IV}

Jordana de Almeida Nogueira^V

Arleusson Ricarte de Oliveira^{VI}

Sandra Aparecida de Almeida^{VI}

^I Departamento de Enfermagem. Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{III} Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{IV} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^V Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil

^{VI} Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFPB. João Pessoa, PB, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba
NEPE/Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas
Campus Universitário
Prédio Administrativo da Reitoria – 2º Andar
Av. das Baraúnas; no 351 – Bairro Bodocongó
58109-753 Campina Grande, PB, Brasil
E-mail: taniaribeiro_2@hotmail.com

Recebido: 27/5/2008

Revisado: 13/2/2009

Aprovado: 31/3/2009

Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose

Performance of primary healthcare services in tuberculosis control

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o acesso ao tratamento para tuberculose em serviços de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família e em ambulatório de referência.

MÉTODOS: Foi realizado estudo do tipo inquérito descritivo, em 2007, com 106 pacientes que receberam tratamento para tuberculose no período de julho/2006 a agosto/2007 em Campina Grande, PB, vinculados ao Programa Saúde da Família (PSF) e em ambulatório de referência. Para avaliação de serviços de saúde, foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool*, validado e adaptado para atenção à tuberculose no Brasil. As principais variáveis analisadas se referiam a locomoção e distância ao serviço e supervisão dos doentes.

RESULTADOS: Dos 106 doentes, 83,9% realizaram tratamento auto-administrado e 16,0% tratamento supervisionado. Os indicadores das unidades PSF e ambulatório de referência, considerados semelhantes ($p > 0,05$), foram: 65,1% “perder o turno de trabalho para consultar”; 65,0% “utilizar o transporte motorizado”; 50,0% “sempre pagar pelo transporte motorizado” e 69,0% não fazer o “tratamento em unidades de saúde perto do seu domicílio”. Os indicadores “utilizar transporte motorizado”, “pagar pelo transporte para consultar”, “fazer tratamento perto de casa” foram estatisticamente diferentes ($p < 0,05$) entre os serviços. Os coeficientes alfa de Cronbach não padronizados e padronizados foram, respectivamente, 0,7275 e 0,7075, com base nos oito itens do questionário.

CONCLUSÕES: Apesar de o município ter 85 equipes de PSF, o tratamento supervisionado foi incorporado por poucos. Embora o tratamento da tuberculose seja disponibilizado pelo serviço público de saúde, ainda representa um custo econômico para o paciente em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde, bem como a perda do turno de trabalho para ser consultado.

DESCRITORES: Tuberculose, prevenção & controle. Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Programa Saúde da Família. Avaliação de Serviços de Saúde

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the access to tuberculosis treatment in healthcare services with *Programa Saúde da Família* (PSF - Family Health Program) and at a reference outpatient clinic.

METHODS: A descriptive inquiry was carried out in 2007 with 106 patients who received tuberculosis treatment through the PSF or the reference outpatient clinic in Campina Grande, Northeastern Brazil, from July 2006 to August 2007. To assess the health services, the instrument Primary Care Assessment Tool was used, validated and adapted to assess tuberculosis care in Brazil. The main variables analyzed referred to the transportation and distance to the service and patients' supervision.

RESULTS: Of the 106 patients, 83.9% performed self-administered treatment and 16.0% received supervised treatment. The indicators from the PSF units and from the reference outpatient clinic that were similar ($p > 0.05$) were: 65.1% "losing half work day to attend the medical visit"; 65.0% "having to use motorized transport"; 50.0% "always having to pay for motorized transport"; and 69.0% "not receiving treatment at healthcare units near home". The indicators "using motorized transport", "paying for transport to attend the medical visit" and "receiving treatment near home" were statistically different ($p < 0.05$) between the services. Standardized and non-standardized Cronbach's alpha coefficients were, respectively, 0.7275 and 0.7075, based on the eight items of the questionnaire.

CONCLUSIONS: Although the city has 85 PSF teams, supervised treatment was carried out by few health workers. Although the tuberculosis treatment is offered by the public health service, it still represents a cost to the patients, due to the distance to the healthcare service and losing half work day in order to attend medical visits.

DESCRIPTORS: Tuberculosis, prevention & control. Delivery of Health Care. Health Services Accessibility. Family Health Program. Health Services Evaluation.

INTRODUÇÃO

O Brasil registrou 94 mil novos casos de tuberculose (TB) no ano de 2006, ocupando o 16º lugar entre os 22 países com a mais alta taxa de infectados de TB notificada no mundo. Ainda que seja passível de cura, a TB ainda causa a morte de 5,1 % dos casos diagnosticados no País. O percentual de cura é de 77% e a taxa de abandono do tratamento está em torno de 9%.²³

Esses dados representam um grande desafio para o Brasil. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a TB é uma emergência mundial e preconiza a estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS). Em relação às metas pactuadas com a OMS, o País almeja alcançar 85% de sucesso de tratamento, 70% de detecção de casos e redução de abandono do tratamento em 5%.²²

A estratégia DOTS, proposta oficialmente em 1993, propõe "a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor de saúde"²¹ sendo constituída por cinco metas: "detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução (DOTS ou tratamento supervisionado); fornecimento regular de medicamentos; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde".^a No Brasil, a estratégia foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da TB (PNCT) em 1998, sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalho, visando à incorporação das ações

^a Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis: informe final. Ecuador; 1997.

de controle da TB no âmbito da atenção primária. Nessa direção vem sendo proposto que os serviços de saúde se organizem para que as equipes de saúde da família incorporem em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença.^{13,17}

A OMS enfatiza a dimensão organizacional e de desempenho dos serviços de saúde como sendo mais importante do que as formas de detecção e de tratamento dos casos de TB.²⁰ Essa idéia é complementada ao entender que “a referida estratégia não é simplesmente uma abordagem clínica, mas uma política para o controle da TB inserida no sistema de saúde”.¹²

Portanto, organizar serviços em conformidade com os componentes da atenção primária a saúde requer, entre outros, o cumprimento da dimensão “acesso”. O acesso é um conceito multidimensional, que exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando necessitam.¹⁶ Depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições. Deste modo, o acesso está associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento.⁵

Logo, o acesso é um importante indicador de impacto da atenção primária à saúde e avaliar em que medida este componente vem sendo alcançado constitui-se uma importante ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A avaliação dos serviços de saúde está centrada na relação entre a necessidade de saúde da população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, visando produzir dados confiáveis aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho.¹⁸

Atualmente, a avaliação vem sendo vista em uma perspectiva transdisciplinar, utilizando teorias, conceitos e instrumentos de diversas outras áreas de conhecimento, tanto para indicar efetividade de uma intervenção como contribuir na tomada de decisões para a reorganização das ações avaliadas. Desta forma, produz um fluxo contínuo de interações para a produção de competências necessárias aos problemas identificados, tendo como benefício final o cliente/usuário do serviço/programa ou projeto e não exclusivamente quem solicitou a avaliação.¹⁵

Nesta direção reconhece-se que a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito das equipes de saúde da família vem requerendo a adoção de pesquisas e metodologias que permitam avaliar o alcance desta estratégia e o impacto destas inovações na organização dos serviços da atenção primária à saúde.¹¹ A “avaliação da incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais” possibilita monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades de saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas e retro-alimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade.³

Percebe-se que as autoridades estaduais e municipais não respondem adequadamente às realidades demográficas, com o planejamento e financiamento de programas para minimizar os custos ocultos do acesso aos serviços gratuitos de TB.⁴

O objetivo do presente estudo foi analisar o acesso ao tratamento para TB em serviços de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família e em ambulatório de referência.

MÉTODOS

O estudo integrou o projeto multicêntrico desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB,⁹ realizado em cinco municípios prioritários da região Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro) e região Nordeste (Paraíba e Bahia). O critério de inclusão foi a implantação da estratégia DOTS no município há pelo menos cinco anos.

O município de Campina Grande, PB, implantou o PSF em 1994 com cinco equipes, em 2008 contava com 85 equipes de saúde da família, com cobertura de 71% da população. No ano de 1998 foi implantado o PNCT no município e em 1999 ocorreu a implantação da Estratégia DOTS. No período do estudo, o DOTS estava sendo realizado durante os dois primeiros meses de tratamento, de duas a três vezes por semana, no terceiro mês era semanal, do quarto ao sexto mês era quinzenal.

No ambulatório de referência o paciente comparecia ao serviço para fazer o DOTS, no PSF o DOTS era realizado pelos profissionais de saúde no momento da visita domiciliar.

Os participantes do estudo do ambulatório de referência foram entrevistados nos dias que compareceram para realização do DOTS, consulta médica ou exames. Os do PSF foram entrevistados nos domicílios do doente e na unidade de saúde do PSF no dia em que ele comparecia

^a Santos Filho ET. Política de TB no Brasil - Uma perspectiva da sociedade civil : tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil. Relatório de monitoramento da resposta brasileira em tuberculose. Rio de Janeiro: Open Society Institute; 2006.

^b Projeto “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”, desenvolvido por pesquisadores da REDE/TB; Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Estadual da Paraíba; Universidade Federal da Paraíba; Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/NUPISC.

para realização de consulta. Para realizar a entrevista no domicílio do doente, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ajudava na identificação do domicílio.

As datas agendadas para consultas de retorno dos pacientes, dias que realizavam o DOTS, endereços domiciliares dos doentes foram fornecidas pelos serviços de saúde, assim como uma sala para realização das entrevistas.

Foi realizado estudo descritivo baseado em inquérito sobre avaliação de serviços de saúde. Foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Macinko & Starfield⁸ (2003). Este instrumento sobre cada dimensão da atenção básica foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida & Macinko⁷ (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa & Ruffino-Netto¹⁹ (2009). O questionário do paciente de TB incluiu também perguntas sobre o perfil do doente, informações clínico-epidemiológicas e estado atual de saúde. Foi realizado um estudo piloto com informantes-chaves.

A pesquisa contempla as oito dimensões da atenção básica: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação (ou integração dos serviços), enfoque familiar, orientação para a comunidade, formação profissional. Nosso estudo apresenta somente os resultados referentes à dimensão acesso ao tratamento.

O entrevistado respondeu cada item do questionário segundo uma escala de Likert, entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta “não sei” ou “não se aplica” e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou adesão/concordância) com as afirmações.

A amostra foi composta de 106 doentes de TB que receberam tratamento no período de julho/2006 a agosto/2007. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2007. Elegeram-se como critério de inclusão: pacientes maiores de 18 anos de idade; residentes no município de Campina Grande, PB; que realizaram tratamento nas unidades de PSF e ambulatório de referência. Foram utilizados como critérios de exclusão: adultos portadores de problemas especiais e doentes seguidos no sistema prisional.

Os dados foram analisados em três etapas: 1) frequência e comparação de proporções; 2) análise de variância e construção de indicadores; 3) confiabilidade do questionário.

Inicialmente, foram construídas tabelas de frequências para aplicação do teste qui-quadrado para proporções. Foram verificadas possíveis inconsistências nos dados, como erros na entrada ou omissão de respostas pelos respondentes.

Para análise de variância e construção de indicadores, o acesso dos doentes de TB ao tratamento nos serviços de saúde PSF e no ambulatório de referência foi analisado com base no questionário.¹⁹ Os itens foram usados para a construção de oito indicadores de acesso ao tratamento, que corresponderam à somatória das categorias das respostas dos doentes de cada item dividido pelo total de doentes para obtenção de um valor médio (Tabela 1 e 2).

Para avaliar o acesso ao tratamento nas unidades de saúde, PSF e ambulatório de referência, os dados foram submetidos à análise de variância, com o uso do teste F. A análise de variância foi aplicada aos itens do questionário de acesso ao tratamento que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade. A homocedasticidade foi verificada pelo teste de Levene. Para as análises que indicaram violação dos critérios para o uso da Anova foi utilizado o procedimento de transformação de dados e para as análises que continuaram a violar os critérios para o uso da Anova foi usado análise de variância não-paramétrica, com o uso do teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5%.¹

A confiabilidade dos itens de acesso ao tratamento foi analisada pela técnica estatística de alfa de Cronbach. O valor mínimo para o alfa de Cronbach deve ser 0,7 para pesquisa preliminar, 0,8 para pesquisa básica e de 0,9 para pesquisa aplicada.⁴ É recomendado 0,7 como mínimo ideal, mas também poderia aceitar 0,6 para pesquisas exploratórias.¹⁰

As análises foram desenvolvidas com o programa Statistica 8.0 (StatSoft).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

RESULTADOS

Dentre os participantes, 42,5% era do sexo feminino e 57,5% do sexo masculino; 20,8% sem escolaridade e 57,5% com baixa escolaridade. Quanto ao número de pessoas que habitavam na mesma residência, 64,2% afirmaram que moravam com quatro ou mais pessoas, 30,2% com duas a três pessoas e 5,7% com apenas uma pessoa.

Em relação ao tipo de tratamento, 83,9% realizaram tratamento auto-administrado e 16,1%, DOTS. Observou-se maior número de DOTS no PSF (n=12; 11,3%) do que no ambulatório (n=5; 4,7%). O teste qui-quadrado indicou que o DOTS esteve associado ao tipo de unidade ($\chi^2=15,8$; gl=1; p=0,00008). Quanto à frequência com que o vale transporte foi oferecido ao doente pela equipe que acompanha o tratamento, 73,6% afirmaram que nunca foi oferecido (26,4% do PSF e

Tabela 1. Análise de variância não-paramétrica das variáveis de acesso ao tratamento no Programa Saúde da Família e ambulatório de referência. Campina Grande, PB, 2007.

Variável	Indicador				Teste de Kruskal-Wallis
	PSF (n = 32)		Ambulatório (n = 74)		
	média	DP	média	DP	
Despesa transporte para o tratamento ^a	4,68	1,03	1,73	1,26	p < 0,0001 ^c
Supervisão domiciliar ^b	2,53	1,62	1,19	0,71	p < 0,0001 ^c
Procura serviço de saúde mais próximo para tratamento ^b	4,43	1,01	1,13	0,69	p < 0,0001 ^c
Falta de medicamento ^a	4,73	0,58	4,95	0,26	p = 0,1207

^a Categorias de resposta: 1=sempre; 2=quase sempre; 3=às vezes; 4=quase nunca; 5=nunca.

^b Categorias de resposta: 1=nunca; 2=quase nunca; 3=às vezes; 4=quase sempre; 5=sempre.

^c Estatisticamente significativa

47,2% do ambulatório de referência) e o restante 26,4% selecionaram as opções: 2,8% quase nunca, 10,3% às vezes, 3,8% quase sempre e 9,5% sempre receberam.

No que refere à oferta de medicamento durante o tratamento de TB, 91,5% dos entrevistados afirmaram que nunca faltou medicamento e não foram observadas diferenças entre as unidades PSF e ambulatório de referência (Tabela 1). Os dados mostram que parece haver satisfação na distribuição da medicação.

Quanto à obtenção da consulta no prazo de 24 horas, 67,9% conseguiram com maior frequência e 32,1% apresentaram dificuldades. Não houve diferença significativa entre as unidades PSF e ambulatório.

Considerando o item do questionário, “perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar”, 65,1% responderam afirmativamente e o restante não foi prejudicado em seu turno de trabalho ou compromisso. Não houve diferença significativa entre as unidades PSF e ambulatório (Tabela 2).

O item do questionário, “aguardar mais de 60 min para o atendimento”, 30,2% dos entrevistados responderam “sempre ou quase sempre”, 38,7% “às vezes” e 31,1%

“quase nunca ou nunca aguardam”. Não houve diferença significativa entre as unidades PSF e ambulatório (Tabela 2).

Dos entrevistados, 65% necessitaram utilizar o transporte motorizado, 50% sempre pagaram pelo transporte motorizado e 69% não fizeram o tratamento em unidades de saúde perto do seu domicílio. As Tabelas 1 e 2 mostram que esses indicadores apresentaram uma diferença estatística significativa: utilizar transporte motorizado, pagar pelo transporte para consultar, fazer tratamento perto de casa.

O item supervisão domiciliar mostra que 77,4% dos doentes nunca receberam visitas dos profissionais de saúde em suas casas e 22,7% receberam visitas com alguma frequência. De acordo com a Tabela 1, houve diferenças estatisticamente significativas, com a supervisão domiciliar ocorrendo com maior frequência nas unidades de PSF do que no ambulatório de referência.

Na análise de confiabilidade, os coeficientes do alfa de Cronbach não padronizados e padronizados foram, respectivamente, 0,7275 e 0,7075 com base nos oito itens do questionário (Tabela 3), indicando boa confiabilidade.

Tabela 2. Análise de variância das variáveis de acesso ao tratamento no Programa Saúde da Família e ambulatório de referência. Campina Grande, PB, 2007.

Variável	Indicador				Teste F
	PSF n = 32		Ambulatório de referência n = 74		
	média	DP	média	DP	
Consulta médica <24 horas ^a	4,34	1,18	3,86	1,36	P= 0,088
Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar ^b	3,12	1,77	2,59	1,67	P= 0,1438
Uso de transporte motorizado ^b	4,68	0,99	1,31	0,96	P<0,0001 ^c
Espera para consulta acima de 60 minutos ^b	3,34	1,41	2,97	1,28	P= 0,1871

PSF: Programa Saúde da Família

^a Categorias de resposta: 1=nunca; 2=quase nunca; 3=às vezes; 4=quase sempre; 5=sempre.

^b Categorias de resposta: 1=sempre; 2=quase sempre; 3=às vezes; 4=quase nunca; 5=nunca.

^c Estatisticamente significativa

Tabela 3. Correlação e consistência interna das variáveis de acesso ao tratamento no Programa Saúde da Família e ambulatório de referência. Campina Grande, PB, 2007.

Variável	Correlação entre o item e o total	Alfa de Cronbach se o item é desprezado
Consulta médica <24 horas	0,1225	0,7512
Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar	0,1203	0,7665
Uso de transporte motorizado	0,7798	0,6043
Despesa transporte para consulta	0,7734	0,6070
Quantidade adequada de medicamentos	0,2528	0,7327
Espera para consulta acima de 60 minutos	0,1779	0,7421
Supervisão domiciliar	0,4747	0,6923
Procura serviço de saúde mais próximo para tratamento	0,7422	0,6196

Outras informações sobre o comportamento de cada item utilizado no cálculo do coeficiente alfa de Cronbach estão listadas na Tabela 3. O item perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar (Tabela 3) apresentou menor correlação com o total; quando esse item foi desprezado obteve-se um valor de alfa de 0,7665.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados mostram porque a TB ainda é um problema social: a maioria dos doentes apresenta baixa escolaridade, corroborando com outros estudos.^{6,14} Residem com quatro ou mais pessoas, perdem o turno de trabalho para comparecerem a consultas médicas. O doente apresenta singularidades inerentes a seu contexto social geralmente desfavorável, física, emocional e socialmente.

Famílias numerosas também mostram uma relação direta com a TB, visto que o risco para desenvolver a doença em domicílios com quatro ou mais pessoas foi considerado cerca de três vezes maior quando comparado aos domicílios com duas ou menos pessoas.⁹

Com a descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica no ano de 2004, além da adoção da estratégia DOTS, o PNCT brasileiro reconhece a importância de ampliar o combate a TB a todos os serviços de saúde do SUS. Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o PSF para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

O estudo mostra que a maioria dos doentes de TB perdem o turno de trabalho para comparecerem a consultas médicas. A demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho faz com que muitos indivíduos deixem de procurar o serviço de saúde chegando até a abandonar o tratamento, uma vez que os pacientes têm receio de perder o emprego diante da necessidade de faltas e atrasos.²

Considerando os valores dos indicadores, os doentes de TB do ambulatório de referência eram as pessoas

que mais utilizavam o transporte motorizado, possuíam despesas com transporte para o tratamento, não faziam o tratamento perto do domicílio, ao contrário dos doentes do PSF.

O município estudado apresenta 71% de cobertura do PSF com profissionais responsáveis pela execução das ações de TB, porém o doente de TB prefere não realizar o tratamento perto de sua casa, resultando em maior custo social e econômico ao mesmo e sua família.

Apesar da ampliação do PSF no município de Campina Grande, percebe-se que as equipes de saúde da família ainda não assumiram o tratamento do doente de TB em sua totalidade.

O valor de 0,7275 para o alfa de Cronbach indica consistência aceitável para o instrumento, embora apresente itens (consulta médica < 24 horas; perde o turno de trabalho para consultar; quantidade adequada de medicamentos; e espera para consulta acima de 60 minutos) com modesta contribuição para o indicador, correlação item-total < 0,4. No entanto, estes itens de baixos valores de correlação item-total são também aqueles para os quais não se encontra diferença estatisticamente significativa entre PSF e ambulatório de referência.

Nossos resultados mostram que o DOTS foi incorporado pelos serviços de saúde ou assumido apenas por uma pequena fração dos profissionais das equipes do PSF como uma estratégia de tratamento. Embora o tratamento da TB seja disponibilizado pelo serviço público de saúde, ainda representa um custo econômico para o doente de TB em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde, bem como a perda do turno de trabalho para ser consultado.

Torna-se necessário investigar os aspectos organizacionais que seriam obstáculos à efetiva incorporação e sustentabilidade de ações de tratamento da TB na atenção básica, com recursos humanos conscientizados e capacitados envolvendo os gestores e profissionais da saúde para que efetivamente se construa um novo paradigma para a saúde do doente de TB.

REFERÊNCIAS

1. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
2. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, Drobniewski F, Levicheva V, Coker R. Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. *Health Policy Plan.* 2006;21(4):265-74. DOI: 10.1093/heapol/czl014
3. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Institucional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):553-63. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300002
4. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis, with readings. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1998.
5. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saude Publica.* 2000;16(1):231-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000100024
6. Jaramilho E. Emcompassing treatment with prevention: the path for a lasting control of tuberculosis. *Soc SciMed.* 1999;49(3):393-4. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00114-8
7. Macinko J, Almeida C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10)
8. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(4):831-65. DOI: 10.1111/1475-6773.00149
9. Menezes AMB, Costa JD, Gonçalves H, Morris S, Menezes M, Lemos S, et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 1998;1(1):50-60. DOI: 10.1590/S1415-790X1998000100006
10. Nunally JC. Psychometric theory. New York McGraw-Hill; 1978.
11. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. *Cienc Saude Colet.* 2004;9(3):711-24. DOI: 10.1590/S1413-81232004000300021
12. Ogden J, Walt G, Lush L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. *Soc Sci Med.*2003;57(1):179-88. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00373-8
13. Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculosis Treatment - DOTS implementation in some regions of Brazil. Background and regional features. Brasília: Pan American Health Organization; 2007. p.199.
14. Selig L, Belo M, Cunha AJLA, Teixeira EG, Brito R, Luna AL, et al. A. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol.* 2004;30(4):417-24. DOI: 10.1590/S1806-37132004000400006
15. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. *Interface (Botucatu).* 2000;4(7):113-8. DOI: 10.1590/S1414-32832000000200009
16. Travassos CMR, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 215-43.
17. Vendramini SHF, Gazetta CE, Cury MRCO, Villa TCS, Ruffino-Netto, A. Dots implementation in São José do Rio Preto. In: Ruffino Netto A, Villa TCS. Tuberculosis treatment. Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features. Brasília: Pan American Health Organization; 2007. p.199.
18. Vieira EM. Avaliação de Serviços de Saúde. In: Franco LJ, Passos ADC. Fundamentos da Epidemiologia. São Paulo: Manole; 2005. p.337.
19. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009;35(6):610-2. DOI: 10.1590/S1806-37132009000600014
20. World Health Organization. What is dots? A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva; 1999.
21. World Health Organization. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: Stop TB Communicable Disease. Geneva; 2002.
22. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005. Geneva; 2005.
23. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. Geneva; 2008.

Artigo baseado na tese de doutorado de Figueiredo TMRM, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em 2008. Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Proc. N° 410547/2006-9).