

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PRESTAM AÇÕES DE CONTROLE DE
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES)

VITÓRIA

2010

LETICYA DOS SANTOS ALMEIDA NEGRI

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE
SAÚDE QUE PRESTAM AÇÕES DE CONTROLE DE TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES)

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Espírito Santo, para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Coletiva, Orientadora: Prof^a Dra. Ethel Leonor
Noia Maciel.

VITÓRIA

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Negri, Letícia dos Santos Almeida, 1977-

N387a Avaliação da satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle de tuberculose no município de Vitória (ES) / Letícia dos Santos Almeida Negri. – 2010.

102 f. : il.

Orientadora: Ethel Leonor Noia Maciel .

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Tuberculose. 2. Serviços de saúde - Avaliação. I. Maciel, Ethel Leonor Noia. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

LETICYA DOS SANTOS ALMEIDA NEGRI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Comissão Examinadora

Prof^a. Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - ES
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - ES
Orientadora

Prof^a. Dra. Maria Catarina Salvador Motta
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - RJ
Examinador Externo

Prof^a. Dra. Eliana Zandonade
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - ES
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES - ES
Examinador Interno

Agradecimentos Especiais

Dedico este trabalho à minha mãe Aurizé dos Santos Almeida (*sempre presente em vida minha vida e minha maior incentivadora*) acredito que estejas orgulhosa de sua filha caçula.

Ao meu Pai (Getúlio Francisco Almeida) que foi para junto do Pai, exatamente uma semana antes da minha formatura de graduação em enfermagem no ano de 1999. Pai sei que hoje de onde o Senhor estiver está muito orgulhoso comigo e que vibra com mais esta etapa de minha vida.

A minha irmã Cíntia dos Santos Almeida, minha eterna companheira e amiga, não tenho palavras, nem adjetivos para expressar minha eterna gratidão por tudo, te amo muito.

Ao meu marido Alexsandro Luiz Negri (*meu companheiro e amor*), e as minhas vidinhas e razão do meu viver Igor Luiz, Luiz Felipe e Sofia Gabriela, o amor incondicional que sinto por todos vocês me move cada dia e permeia toda a minha vida. Agradeço todos os dias por vocês existirem.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a DEUS e a Santa Rita de Cássia, minha fiel intercessora, por escutarem sempre minhas orações e permanecerem tão vivos em minha vida. Tenho certeza que nos momentos de fraquezas e incertezas fui conduzida para o melhor caminho. Foi na fé e na espiritualidade de sempre que consegui forças para superar este momento tão feliz.

Meus agradecimentos especiais à Professora Ethel Leonor Noia Maciel, minha orientadora e inspiração, por tudo: pelo acolhimento, quando muitos não acreditavam, pelas muitas oportunidades, por aceitar orientar uma pessoa com uma história diferente, com filhos, trabalho e anseios diversos. Agradeço também pelos conselhos, choros e tudo que me foi proporcionado nesses dois anos, para o meu amadurecimento e crescimento profissional. Tenho certeza que essa história foi desenhada nesses moldes porque era para ser assim. Minha eterna gratidão por ter me proporcionado esta etapa de minha vida.

Agradeço a Professora Eliana Zandonade, não apenas por fazer parte de minhas bancas, mas por ter participado do momento mais difícil desta minha trajetória e ter contribuído com tanto conhecimento e seriedade.

À professora Maria Catarina Salvador, pela disponibilidade de sempre e sábias contribuições para o delineamento deste estudo.

A toda a minha família, em especial a minha prima Júlia que tanto torce pelas minhas conquistas e esteve sempre muito presente.

A minha turma de mestrado, todos foram muito importantes na construção dos laços de amizade e conhecimentos adquiridos nestes dois anos.

Aos meus professores do mestrado, sem exceção todos contribuíram para a minha formação, atribuo aos doutores com quem tive aulas a mudança do meu olhar

perante a sociedade e principalmente a minha carreira, hoje vejo a pesquisa como uma ferramenta para a transformação da saúde e sociedade no Brasil.

Agradeço aos colegas do grupo EPI-TB, pelas discussões e força. Em especial a Geisa, Thamy, Rafaela e Huberlane pelas contribuições na construção desta dissertação.

Aos funcionários do Programa de Controle de Tuberculose de Maruípe e Centro de Vitória, o meu agradecimento pelo acolhimento e disponibilidade em todos os momentos em que precisei.

Aos usuários que participaram da pesquisa pela paciência e contribuição com o estudo.

A minha amiga Stella Dias, pelas oportunidades no momento que mais eu precisava.

Aos meus colegas de trabalho (Resende, Paulo, Anderson e Neacil) pela força nas horas difíceis, mas que sempre estiveram prontos a me ajudar sempre que eu precisava me ausentar.

"Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles, por isso sábio é o ser humano que tem coragem de ir diante do espelho da sua alma para reconhecer seus erros e fracassos e utilizá-los para plantar as mais belas sementes no terreno de sua inteligência."

(Augusto Cury)

RESUMO

A tuberculose é uma doença que nunca deixou de ser problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, ainda hoje, constitui grave problema de saúde em todo o mundo. A avaliação de serviços de saúde é uma área de muita relevância, pois direciona as políticas públicas e proporciona o planejamento das ações com o intuito de melhorar o atendimento ao usuário. No Brasil as ações de controle da tuberculose passam por um momento de avaliação da satisfação dos usuários em estudos operacionais. Neste estudo o principal objetivo é avaliar a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle de tuberculose no município de Vitória, ES, através da aplicação de um questionário validado no Brasil por Villa e Ruffino (2009) para a satisfação do usuário no programa de tuberculose. Para tanto se delineou um estudo epidemiológico, corte transversal, descritivo tendo no município de Vitória duas unidades básicas de saúde como cenário de estudo. A população estudada foi constituída por 72 pacientes. Os principais resultados mostraram que quanto à caracterização dos doentes e da doença : 63,9% dos usuários eram do sexo masculino, a maioria dos entrevistados era solteiro (a)s (48,6%), a forma pulmonar da TB foi encontrada em 80,6% dos doentes de tuberculose. A avaliação da dimensão infra-estrutura teve a medicação como indicador mais bem avaliado com 66,7% de aprovação, o recebimento do vale transporte não foi percebido por 22,2% da população estudada. A acessibilidade aos serviços relacionados ao tratamento de tuberculose 90,8% considera muito boa a espera para consulta médica, entretanto, a dose supervisionada não foi percebida por 41,7% dos usuários. Em se tratando da relação usuário equipe: à equipe completa teve 97,02% de aprovação, contudo o agente comunitário de saúde não foi percebido por 50% dos doentes. Na avaliação global dos doentes os usuários avaliaram muito bem os serviços que são oferecidos nas duas unidades de análise do estudo. Conclusão: É necessário repensar as políticas públicas voltadas para a atenção à tuberculose, os subsídios que deveriam ser oferecidos de acordo com as normas do programa nacional devem ser aplicadas para a melhoria da taxa de cura e abandono e rever a possibilidade de reinserção do Agente Comunitário de Saúde como um ator essencial na descentralização deste agravo.

Palavras chave: Avaliação em Saúde; Tuberculose; Atenção Primária; Satisfação do Usuário.

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease that never ceased to be a public health problem in developing countries, even today, is a serious health problem worldwide. The evaluation of health services is an area of much relevance because directs public policy and provides the planning of actions aimed at improving service to users. In Brazil, efforts to control tuberculosis are undergoing evaluation of user satisfaction in operational studies. In this study the main objective is to assess user satisfaction with services that provide health efforts to control tuberculosis in Vitoria, ES, through the application of a questionnaire validated in Brazil by Villa and Ruffino (2009) to meet user in the program of tuberculosis. Therefore one has outlined an epidemiological study, cross-sectional and descriptive in Vitoria two basic health units as the backdrop for the study. The study population consisted of 72 patients. The results showed that the characterization of patients and the disease: 63.9% of users were male, the majority of respondents were single (a) s (48.6%), the pulmonary form of TB was found in 80.6% of tuberculosis patients. The assessment of the scale infrastructure took the medication as an indicator better assessed with 66.7% approval, receipt of bus passes was not perceived by 22.2% of the population studied. The accessibility to services related to tuberculosis treatment 90.8% considered very good at waiting for medical consultation, however, the supervised dose was not perceived by 41.7% of users. Regarding user interface team: the team had full approval of 97.02%, yet the community health agent was not noticed for 50% of patients. In the overall assessment of patients evaluated the users very well the services are offered in two units of analysis in the study. Conclusion: It is necessary to rethink public policies to care for tuberculosis, the allowances that should be offered in accordance with the standards of the national program should be implemented to improve the cure rate and dropout and review the possibility of reintegration of the Community Agent Health as an essential actor.

Keywords: Health Evaluation; Tuberculosis; Primary; User Satisfaction

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sócio demográficos	65
Tabela 2: Informações sobre tuberculose	66
Tabela 3: Informações sobre os serviços que fazem parte do diagnóstico e tratamento dos portadores de TB, Vitória – 2009.....	68
Tabela 4: Avaliação da infraestrutura do serviço.....	70
Tabela 5: Avaliação da acessibilidade ao serviço.....	72
Tabela 6: Avaliação da relação usuário-equipe de saúde.....	75
Tabela 7:Avaliação global da satisfação dos usuários.....	77

LISTA DE SIGLA

PCT Programa de Controle de Tuberculose

ESF Estratégia Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

PAC' S Programa de Agente Comunitário de Saúde

PDR Plano Diretor de Regionalização

MS Ministério da Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

E-P-R Estrutura Processo Resultado

TB Tuberculose

TGS Teoria Geral dos sistemas

TS Teoria dos Sistemas

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Situação dos Municípios prioritários no controle a TB no ES	35
Gráfico 2: Série histórica da taxa de incidência de TB no ES	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Elementos que compõem o sistema de atenção à saúde.....	21
Figura 2: Características da avaliação na atenção primária.....	45
Figura 3: Divisão territorial da Prefeitura de Vitória – ES gestão 2008-2011	49
Figura 4: Regiões de saúde de Vitória – ES.....	54
Figura 5: Mapa da territorialização da saúde – Vitória – ES	55
Figura 6: Dimensões avaliadas no questionário.....	58
Figura 7: Fluxograma dos pacientes.	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVO	24
3. QUADRO TEÓRICO	26
3.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO	27
3.2 POLÍTICAS DE TUBERCULOSE NO BRASIL.....	31
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	37
4. MATERIAIS E MÉTODOS	54
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	54
4.2 LOCAL DE ESTUDO	54
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	56
4.4 INSTRUMENTO.....	57
4.5 PRODECIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	59
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	60
5. RESULTADOS	61
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	61
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE TUBERCULOSE.....	63
5.3 AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA	69
5.4 AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE.....	71
5.5 AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO USUÁRIO – EQUIPE	73
5.6 AVALIAÇÃO GLOBAL DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	77
6. DISCUSSÃO	78
7. CONCLUSÃO	87
8. REFERÊNCIAS	89
09. ANEXOS	97

Apresentação

Apresentação

Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/ REDE-TB, cujo tema versa em “Avaliação da Satisfação dos Usuários em Relação aos Serviços de Saúde que Prestam Ações de Controle de Tuberculose em Diferentes Regiões do Brasil – ES. Coordenado nacionalmente pela professora doutora Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (SP).

Este projeto foi desenvolvido em três municípios do Brasil: Ribeirão Preto (SP), Itaboraí (RJ) e Vitória (ES). No estado do Espírito Santo, a pesquisadora responsável é a professora doutora Ethel Leonor Noia Maciel, professora adjunta da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da (UFES) do campus Centro de Ciências da Saúde.

Para o desenvolvimento deste projeto, a colaboração dos integrantes do grupo EPI-TB foi imprescindível, tal grupo é vinculado ao Centro de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

A pesquisa está apresentada em sete capítulos. O primeiro é a introdução. O segundo apresenta o objetivo. O terceiro capítulo contempla o quadro teórico, em que é descrito um breve histórico das políticas de saúde no Brasil, inserindo neste contexto a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF); ainda no quadro teórico, é contemplada a política de controle de tuberculose no Brasil; em relação aos temas inerentes a esta dissertação, é feita uma revisão da avaliação em saúde num contexto mundial e brasileiro; por conseguinte, é apresentado o desenvolvimento da avaliação da qualidade e o objeto de estudo desse trabalho, que trata da satisfação do usuário na saúde. No quarto capítulo discorre-se sobre a metodologia utilizada, o

Apresentação

delineamento do estudo, instrumento da pesquisa, as variáveis e considerações éticas. O quinto capítulo, apresenta os resultados; o sexto a discussão e no sétimo capítulo são descritas as conclusões do estudo .

1. Introdução

Introdução

A tuberculose (TB) acompanha o ser humano desde muito tempo, talvez desde a época em que ele passava à condição de bípede. Existem relatos de evidência de TB em ossos humanos pré-históricos (Borges *ET al.* 2004).

Esta doença, que esteve presente como problema de saúde pública no Brasil durante todo o século XX, ficou conhecida como a calamidade negligenciada. Uma preocupação importante versa na atualidade, em que muitos profissionais de saúde deixaram este problema de lado como se ele estivesse resolvido. (Ruffino-Netto 2002).

Ressalta-se que nos tempos atuais continua sendo um importante problema de saúde em todo o mundo, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando-se aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. (OMS, 2007).

Desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, declarou a TB em estado de emergência mundial, o Brasil sinalizou sua posição frente às perspectivas deste problema com o primeiro marco pontual, ou seja, no começo da década de noventa, foi lançado, em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Plano Emergencial para Controle de Tuberculose (Hijjar et al. 2007).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o “Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários por meio da Atenção Básica”, e, em 2001, o “Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, no período de 2001 a 2005”.

Esses planos tiveram como metas a programação de ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários, ao mesmo tempo em que reafirmaram as metas do plano emergencial: diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos esperados, e tratar, com sucesso, pelo menos 85% deles (Ministério da Saúde, 2000).

A Política Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recebeu diversos incentivos nas suas ações, mas o que alavancou esses recursos foi à elegibilidade, no ano de

Introdução

2003, pelo Ministério da Saúde, do agravo tuberculose, como um problema prioritário de saúde pública a ser combatido. Dentre todas as medidas técnico-administrativas implementadas, teve destaque a ampliação do orçamento PNCT em mais de 14 vezes e isto em comparação ao ano anterior, quando, na ocasião, a tuberculose foi eleita e elevada ao status de doença prioritária no Brasil (Brasil, 2010a).

Em geral, a Política Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil é muito bem elaborada. Entretanto, as estatísticas mostram que os indicadores relacionados à tendência de queda da incidência e da mortalidade por tuberculose no nosso País revelam dados que nos alertam e sinalizam que estamos diante de um grande desafio na Saúde Pública e Atenção Primária à Saúde. Segundo dados, são mais de 70.000 casos novos, e o número de óbitos por tuberculose ultrapassa o número alarmante de 4.500 a cada ano. (Brasil, 2010b).

Diversos programas do governo brasileiro que estão inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS) estão passando por processos de avaliação e monitoramento; contudo, sabe-se que a avaliação é a área que mais necessita de avanços na política de reorientação de atenção primária à saúde no Brasil.

A avaliação em si representa uma atividade bastante antiga, presente desde o começo da história da humanidade. Já a idéia de avaliação de programas públicos imerge no panorama mundial logo após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. (Contandriopoulos et al., 1997).

No Brasil, os processos de avaliação da reorganização das ações de saúde foram efetivamente instituídos a partir da reforma sanitária e da constituição de 1988, quando se tornou necessário programar atividades de avaliação contínua sobre a efetividade e eficácia dos programas em geral. Com o agravo tuberculose não foi diferente; em geral, todas as ações avaliadas no sistema de atenção à saúde no Brasil são voltadas para subsidiarem os gestores de programas locais a tomarem decisões acertadas.

Introdução

Avedis Donabedian (1986) diz que o propósito do sistema de atenção à saúde, em seu núcleo, é proporcionar o mais alto nível de qualidade de maneira mais equitativa ao maior número de pessoas.

A ilustração abaixo retrata os principais elementos que compõem o sistema de atenção à saúde.

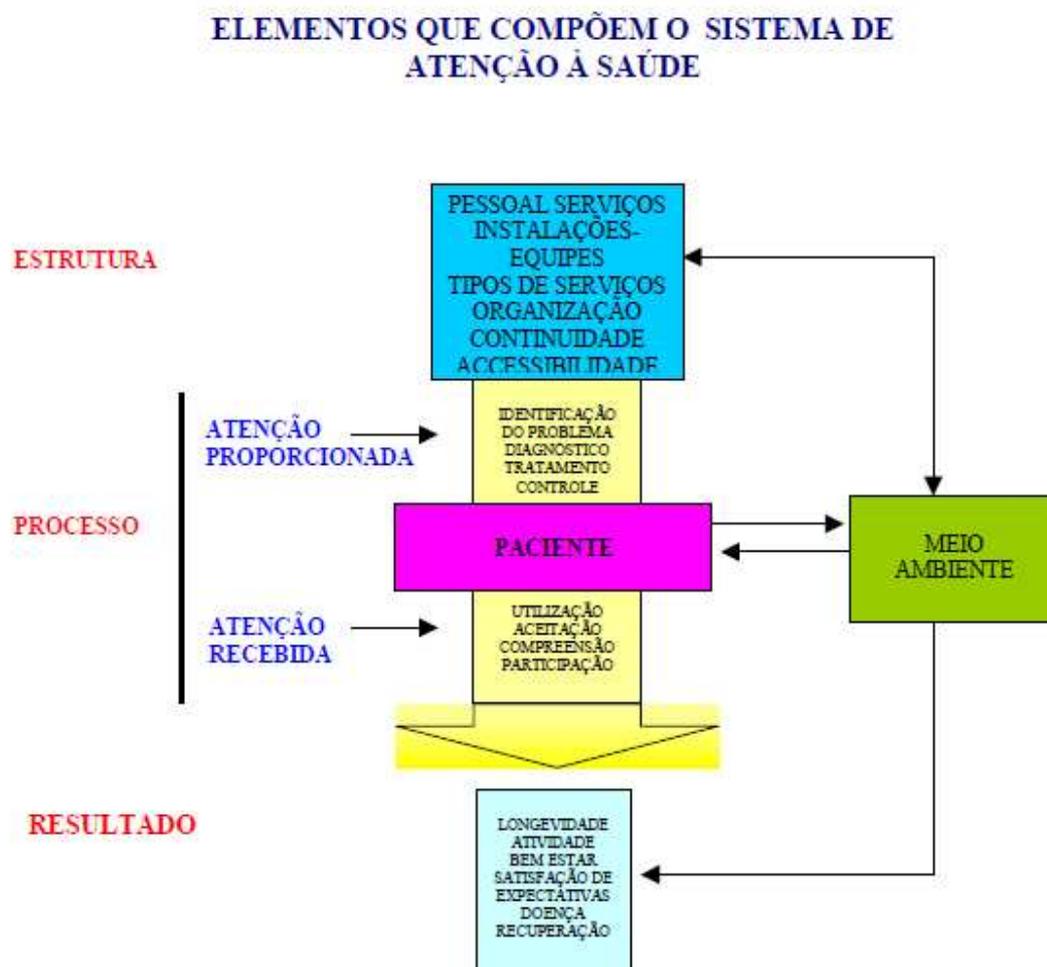


Figura 1: Elementos que compõem o sistema de atenção à saúde.

Fonte: RUFFINO-NETTO, Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2002, vol.35, n.1, pp. 51-58.

Introdução

Donadedian, em 1988, diz em um dos seus trabalhos que a primeira coisa a fazer quando se deseja avaliar a qualidade de um serviço é selecionar um indicador, e esta escolha pode acontecer sobre diferentes visões: uma pode ser pelo olhar do profissional, a outra pode basear-se no paciente ou nos profissionais do sistema de saúde em geral.

Quando o enfoque é voltado ao indivíduo, ganham relevância as relações que se estabelecem entre as pessoas que fazem o atendimento e os usuários, bem como as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si. (Silva e Formigli, 1994).

Aos poucos, quando a satisfação do usuário passou a denominar um conjunto amplo e heterogêneo de pesquisas, com o intuito de saber a opinião dos usuários sobre os serviços, seja em âmbito público, seja privado, o termo usuário também passa a ser utilizado nas pesquisas de avaliação em saúde (Esperidião e Trad, 2004).

A utilização de pesquisas sobre satisfação auxilia na construção de bases sólidas para se obter uma boa avaliação dos serviços. Tratando-se do agravo tuberculose, tanto o processo de pesquisa quanto a política são peças admissíveis no desenvolvimento de idéias de prevenção, tratamento e controle da doença.

No Espírito Santo, existem oito municípios prioritários para o PNCT e a situação epidemiológica dos municípios prioritários no combate à TB no ES, em 2008, mostrou-se muito diversificada. Viana, apesar de ser o município menos populoso dos prioritários, com 60.191 habitantes, teve uma taxa de incidência de TB de 79,75%, chamando a atenção porque, ano de 2007, este indicador era de 34,09% (SMS, 2010).

É provável que esses dados encontram-se nesta situação, devido a loco regionalização deste município e sua inserção na denominada Macro Centro, designação fornecida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do ES Onde os 04 municípios que fazem parte (Vitória, Cariacica, Viana, Santa Leopoldina) abrigam o maior número de casos de Tuberculose no estado do ES. Em contrapartida o município mais populoso, Vila Velha, com 407.579, teve no ano de 2008, uma incidência de 38,03% de tuberculose em relação ao ano de 2007, visto que neste

Introdução

referido ano aconteceu uma queda para 44,85% (Sala de situação – bvs ,2009) . No Espírito Santo, este é o primeiro estudo voltado para a valorização da percepção e da perspectiva do usuário no programa de tuberculose. Para isto entrevistamos os pacientes acerca das suas necessidades de atenção, com instrumento validado no Brasil por Villa e Ruffino (2008) e adaptado para tuberculose para esta finalidade. A satisfação com o atendimento, as expectativas em relação à equipe e as instalações em geral do estabelecimento de atendimento do programa surgiram de maneira espontânea na medida em que as entrevistas se desenrolaram.

Os resultados obtidos e aqui apresentados sob a forma de dissertação de mestrado para o Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva da UFES pretendem auxiliar nas ações dos Programas de Controle de Tuberculose do município de Vitória e, por conseguinte, oferecer subsídios para orientar a prática da gestão em saúde municipal.

Nesta dissertação, propomos como objetivo geral, analisar satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle de tuberculose no município de Vitória (ES), por meio da satisfação do usuário, considerando as condições sócio demográficas dos doentes, infraestrutura do serviço, acessibilidade e o relacionamento do usuário com o profissional.

2. Objetivo

Objetivo

Analisar a satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle de tuberculose no município de Vitória (ES).

3. Quadro Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas de Saúde no Brasil: Breve histórico

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se num sistema orientado por diferentes diretrizes, princípios e valores que devem ser observados por todos os entes federados doutrinariamente, no entanto, vem sendo desenvolvido na prática dos serviços com meios e metodologias diferentes, guardadas as realidades loco-regionais, para alcançar sua finalidade de cuidar e promover a saúde de toda a população, melhorando sua qualidade de vida.

O SUS surgiu como consequência do Movimento da Reforma Sanitária, iniciado nos anos 70, que tinha como objetivo criar um novo sistema público que viesse ao encontro dos anseios da população por melhores condições de atendimento à saúde, orientados pela ideia de que “todos têm direito a saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar esse objetivo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Constituição incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde vigente, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo e novos papéis entre os diferentes atores do setor, com a constitucionalização do Sistema Único de Saúde. (CARVALHO, et al., 2003; SCLIAR, 2002).

O SUS foi regulamentado em 1990 pelas Leis Federais, nº 8.080 e 8.142. Estas leis detalharam as diretrizes gerais e os princípios desse novo sistema público de saúde, para sua organização e funcionamento, elas representam o resultado de um longo processo histórico-social que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira (BARATA, et al, 2004).

A Constituição Federal define o SUS, em seu 198º artigo, como o conjunto de ações e serviços de saúde integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com diretrizes que orientam o sistema à descentralização, ao atendimento integral e à participação da comunidade (BRASIL, 1988). Além disso,

Quadro Teórico

estabeleceu os direitos e deveres básicos dos cidadãos brasileiros que, para que pudessem ser usufruídos ou exercidos em sua plenitude, necessitavam de outros atos legislativos que os regulamentassem (CARVALHO, et al 2003).

Por vezes os excessivos detalhamentos, geram dificuldades entre aqueles que lidam diretamente com a gestão do SUS; assim, com vistas a facilitar o entendimento dos princípios que orientam a organização desse complexo sistema, alguns autores, como Luiz Roberto Barata (2004), e colaboradores apresentam a divisão dos princípios fundamentais do SUS em dois grandes grupos: o primeiro inclui os *princípios doutrinários* ou *éticos* (o direito universal a saúde, a equidade e ao atendimento integral à saúde) que se referem aos objetivos finalísticos do sistema, e o segundo, os *organizacionais* ou *operativos* (a descentralização e a regionalização) refere-se aos processos que permitem o cumprimento das principais diretrizes do SUS.

A descentralização, desde a Constituição Federal de 1988, tem sido uma das diretrizes organizacionais mais enfatizadas no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Sua implantação opõe-se à tradição centralizadora da assistência à saúde no país e vem promovendo a noção de que o município é o melhor gestor para a questão da saúde, por estar mais próximo da realidade da população do que as esferas estaduais e federais (BARATA, et al 2004).

Um dos maiores desafios é exatamente o de organizar um sistema de saúde que leve em conta a grande heterogeneidade dos municípios e estados brasileiros, tanto do ponto de vista da capacidade instalada em termos da prestação de serviços, quanto do ponto de vista da capacidade gerencial existente. Considera-se que,

Para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na *regionalização* e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de Saúde – SES (BRASIL, 2001).

Quadro Teórico

Atualmente, o panorama do processo de regionalização no território nacional é variado. Os diversos estados brasileiros se encontram em momentos muito diferentes no que diz respeito ao processo de descentralização e regionalização das ações e serviços. Enquanto em alguns estados persistem ainda modelos com baixa descentralização de ações e serviços para os municípios, em outros, a municipalização se concretizou efetivamente e há avanços expressivos no sentido da articulação entre os municípios e a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas (SOUZA, 2001).

A política de reorientação da atenção básica, com o processo de descentralização, e com um conjunto de medidas e programas específicos (PACS e PSF), transfere para os municípios a responsabilidade da atenção básica. Este esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a proposição da Estratégia da Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência à saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Esta nova perspectiva de reorganização da atenção primária denominada Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi implantada, em 1994, com o nome de Programa de Saúde Família (PSF); considerado um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política brasileira, foi, aos poucos, adquirindo importância no Ministério de Saúde e, desde 1999, passou a ser considerado como uma estratégia dos sistemas municipais de saúde, visando reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

Segundo Escorel et al. (2007, p.169)

A implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação do PSF tem sido lenta, pois se deparou com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde, características das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída.

Quadro Teórico

O modelo PSF preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde além de equipe de saúde bucal com incentivo do governo e gestão municipal) que trabalha observando território de abrangência, seleção de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (STARFIELD, 2002)

O que se espera do PSF é que o serviço de saúde seja a porta de entrada da clientela, promovendo o acesso à população e prestando uma boa atenção básica, inclusive fazendo diagnóstico precoce da tuberculose e supervisionando o tratamento (Campinas; Almeida, 2004).

Neste estudo, um dos pontos centrais da discussão versa sobre a descentralização das ações de tuberculose para os municípios, visto que este assunto está sendo discutido há muito tempo.

Diante deste processo de reorganização das principais responsabilidades da Atenção Básica no Brasil, segundo o Ministério de Saúde (1998), as ações em saúde no Brasil encontram-se reunidas em sete grupos: saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle do diabetes; saúde bucal; eliminação da hanseníase; controle da tuberculose (ponto de enfoque deste estudo).

3.2 Tuberculose

A tuberculose (TB) desde o século XIX e início do XX vem causando impacto no mundo, quando morriam metade dos indivíduos acometidos. Sua causalidade só pôde ser firmada com a descoberta de Koch, em 1882, do *Mycobacterium tuberculosis* (Hijjar et al 2007).

Com a ausência do setor público, os primeiros núcleos de ação organizada de combate à TB eram movidos por princípios de solidariedade e pioneirismo. As primeiras instituições especificamente criadas para fazer frente ao problema foram a Liga Brasileira Contra a Tuberculose (atual Fundação Ataulpho de Paiva) e a Liga Paulista Contra a Tuberculose, ambas fundadas em 1899(Ribeiro L., 1985).

Ribeiro (1985) afirma que as Ligas Brasileiras Contra a Tuberculose expandiram-se pelo país, investindo inicialmente em duas linhas de ação: uma preventiva e a outra voltada para o tratamento.

No começo da década de 30, muitas atividades de saúde estavam desmembradas do Departamento Nacional de Saúde Pública e distribuídas em outros órgãos da administração federal. Nesse momento, paradoxalmente, com a reforma político-administrativa do governo Vargas, criava-se o Ministério da Educação e Saúde. Ainda nessa década houve, a inclusão das ações de controle da TB nos serviços assistenciais dos institutos e caixas de aposentadoria e pensões (Hijjar *apud* Rodrigues, 1979).

As políticas, de forma mais contemporânea, adotadas pelo Ministério da Saúde na área de controle da TB, unificação do nível central nacional, descentralização das ações, redução dos leitos hospitalares, padronização de regimes terapêuticos, entre outras produziram impacto epidemiológico verificado na evidência e, principalmente, na mortalidade.

Quadro Teórico

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

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993, declarou a TB em estado de emergência mundial, o Brasil sinalizou sua posição frente às perspectivas do problema marcos pontuais, como o Plano Emergencial para Controle de Tuberculose, lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde (Hijjar MA et al 2007).

No ano de 1999, foi lançado pelo Ministro da Saúde o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que definiu entre outros assuntos; a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para o alcance de seus objetivos. Recentemente, em 2001, foram revistas as metas e lançado o “Plano de Mobilização para Controle da Tuberculose e eliminação da Hanseníase” (Brasil, 2002).

Esses planos tiveram como metas a implementação das ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários, ao mesmo tempo em que houve a reafirmação das metas do plano emergencial, de diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% deles (Brasil, 2000).

A experiência do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) constatou que os países em desenvolvimento não têm alcançado, em termos epidemiológicos, os objetivos que traçaram.

Quadro Teórico

No Brasil é provável que as ações tenham se orientado mais para a valorização da eficácia das técnicas, sem ponderar o papel relevante da realidade socioeconômica brasileira e o modelo de assistência voltado para uma prática de saúde participativa, coletiva e, ao mesmo tempo, integral, vinculada à realidade da comunidade - Programa de Saúde Família (PSF). (RUFFINO NETTO, IN CAMPINAS E ALMEIDA, 2004, p.71).

As ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) são de competência da atenção básica desde 2001. Em 2006, a TB foi incluída como uma ação estratégica do Plano Nacional de Atenção Básica com indicadores para serem monitorados e avaliados. “O Controle da Tuberculose, foi complementado com a estratégia de incluir Municípios Prioritários para combater a TB por meio da Atenção Básica” e, em 2001, o “Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, no período de 2001-2005” (Macinko e Almeida, 2003).

Em 2003, o Decreto 4726, reformulou o Ministério da Saúde, criando nessa oportunidade a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com estruturas da Funasa, como o Centro Nacional de Epidemiologia e as unidades descentralizadas (Instituto Evandro Chagas, Centro Nacional de Primatas e o Centro de Referência Professor Hélio Fraga). A SVS passou a coordenar as várias atividades e estabelecer um plano estratégico comum à saúde pública, ordenando instituições e instâncias no sentido geral do SUS (Ministério da Saúde, 2007).

No contexto atual, a SVS tem um trabalho importante no combate à TB, uma vez que une as ações de vigilância e controle, viabilizando melhor a gestão e oportunizando estratégias de descentralização, intensificação e consolidação, nos três níveis de governo. (Teixeira - MS, 2007).

Em 2004, com a realização da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, foi considerado estratégico para o país o investimento na produção de conhecimento científico nas doenças negligenciadas, incluindo a TB (Ruffino-Netto et al. 2007).

Quadro Teórico

A vigilância tem como base essencial o diagnóstico e a notificação do caso. A descoberta de um caso de tuberculose deve desencadear três ações imediatas: a notificação do caso para as autoridades sanitárias da área através de ficha de notificação; tratamento com quimioterápicos com a finalidade de reduzir a carga bacilar do doente com fonte de infecção e curá-lo; e exame de escarro.

A vigilância epidemiológica da TB tem como um de seus objetivos o conhecimento dos casos da doença na população, permitindo a adoção de medidas que visam à interrupção da sua transmissão para indivíduos susceptíveis. Nesse sentido, no Brasil a avaliação das ações de controle da TB tem como principal motivação o fato de que a proporção de cura da doença no Brasil está abaixo da meta de 85% (Braga, 2007).

O Brasil e outros 21 países em desenvolvimento enfrentam a TB como um importante problema de saúde pública. Nesses países encontram-se 80% dos casos mundiais da doença. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um terço da população mundial estão infectadas com o *Mycobacterium tuberculosis*, com o risco de desenvolver a enfermidade. Todos os anos são estimados por volta de 8 milhões de novos casos e cerca de 2 milhões de mortes. (Brasil, 2007).

No estado do Espírito Santo o cenário da Tuberculose não é diferente, o gráfico 1 apresentado mostra uma comparação dos três principais indicadores da tuberculose unidade federada do Brasil, no Espírito Santo e nos municípios considerados prioritários Tb no ES : esta série histórica evidenciada no gráfico a seguir identifica o indicador relacionado a taxa de incidência pulmonar ou seja a taxa de incidência da TB, independente da forma com que ela se apresenta.

Quadro Teórico

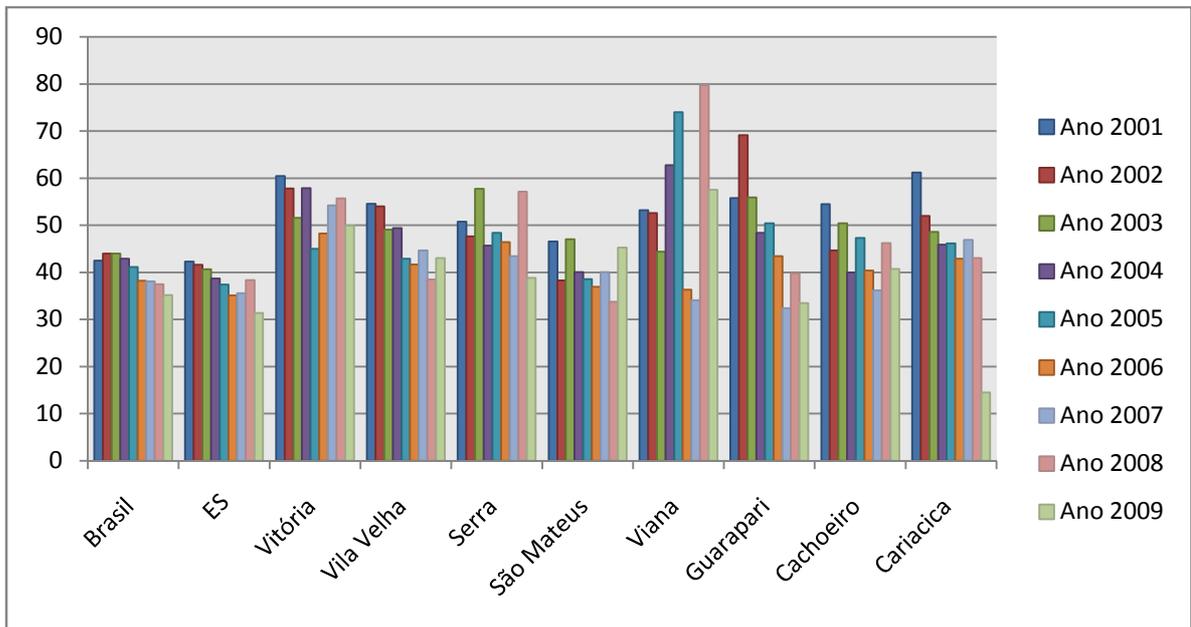


Gráfico 1 – Série histórica da tuberculose.
Fonte: Sala de Situação de Saúde – MS - 2009

Os gráficos 2 vêm consolidar as preocupações acerca da tuberculose no ES e em Vitória, Município escolhido como cenário deste estudo. Dados do Ministério da Saúde, 2008, demonstram que a taxa de incidência de tuberculose pulmonar (TIP), no município de Vitória, cresce consideravelmente, tanto que no ano de 2001 este indicador estava em torno de 27,7%, mantendo-se nesta porcentagem pelos anos seguintes, a exceção data-se do ano de 2007 foi motivo de alerta, pois a TIP disparou para 51,43%%

Quadro Teórico

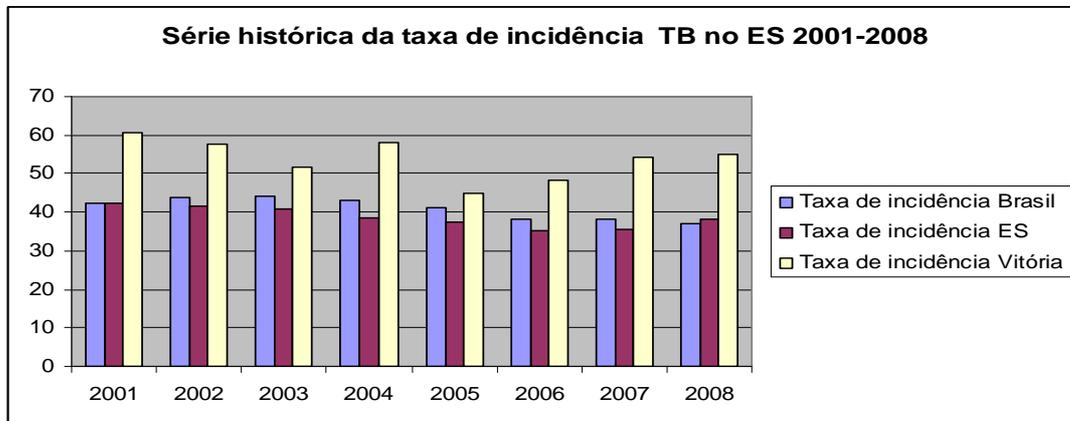


Gráfico 2- Série histórica da taxa de incidência no Brasil, ES e Vitória.
Fonte: Ministério da Saúde- 2009.

Neste cenário apresentado, de preocupação com o aumento da TB nos países em desenvolvimentos. O Ministério da Saúde no Brasil tem como meta institucionalizar a avaliação nos serviços de saúde, afim de, contribuir na qualificação de atenção nos diversos programas existentes no SUS. Contribuindo com esta discussão, Hartz (2002) e Silva (2005) alertam sobre a importância de se distinguir os termos relacionados à avaliação em saúde, visto que, em um determinado momento pode-se fazer avaliação em outro fazer monitoramento.

Novaes (2000), diz que apesar das avaliações fazerem parte da preocupação dos gestores, esta ainda acontece de forma muito incipiente e pouco incorporado a prática dos serviços de saúde.

3.3 Avaliação em Saúde

A etimologia de a palavra avaliar é bastante variada e complexa, pois possui muitos significados, segundo os dicionários. Dentre os sentidos mais aplicados na literatura, podem-se destacar: Calcular ou determinar a valia, o valor ou o merecimento, reconhecer a grandeza, intensidade ou a força, apreciar, computar, orçar ou fazer ideia de algo.

A sinonímia também merece destaque, pois, de acordo com o emprego adequado da palavra, diferentes sentidos podem nortear os caminhos para os estudos sobre avaliação; entretanto, neste trabalho, a palavra avaliar pode ser empregada no sentido de estimar, apreciar ou examinar ou descrever algo.

Tanaka e Melo (2004) entendem que avaliar significa expor um valor assumido com julgamento realizado com base em critérios previamente definidos.

Contandriopoulos (1997) conceitua avaliação como o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Em outro estudo Tanaka, e Melo (2005), referindo-se ainda sobre avaliação, dizem que o sentido de avaliar é processar critérios ou padrão a um determinado programa. E complementam que a avaliação é, por si, um conceito de múltiplas versões. Desta forma sendo assim não se pode definir avaliação de uma única maneira; ela deve ser compreendida num contexto amplo sempre a partir de perguntas que se quer responder.

Uma das personagens mais importantes da história da enfermagem, Florence Nightingale implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854, durante a Guerra de Criméia. Figueiredo (2005, p.320) diz que o objetivo de Florence foi colocar o cliente nas melhores condições a fim de que a natureza desenvolva essa sua ação abrangendo a preocupação com elementos que poderiam afetar a saúde, como sujeira, umidade, odores, corrente de ar, iluminação, e o ambiente sempre se aperfeiçoando nas melhorias de assistência ao cliente.

Quadro Teórico

Reis et al. (1990) descrevem que Codman e Flexner foram pioneiros em publicar relatórios relacionados à prática médica de denunciar de maneira muito enfática as precárias condições da prática profissional. Buscando estabelecer resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares, Codman apresentou uma metodologia de avaliação rotineira do estado dos pacientes.

Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos, definições gerais, critérios operacionais, parâmetros e indicadores validados e calibrados pelos atributos conhecidos mundialmente como tríade, que contempla avaliações pertinentes a estrutura o processo e os resultados de um serviço; esta junção de avaliação proposta por Avedis Donabedian é amplamente citada por autores em todo o mundo. (Donabedian, 1988).

Donabedian sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica nos aspectos de estrutura, processo e resultado utilizando as experiências de Flexner e Codman e os recursos da administração com a teoria dos sistemas.

Esta primeira experiência, utilizada como referência para a teoria de Donabedian, é datada de 1910. Este documento, que ficou conhecido como Relatório Flexner, reforçava a luta pelo ideário científico da medicina. Dentre as principais propostas desse documento estavam o desenvolvimento do ensino nas escolas de medicina com definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos o estímulo à especialização médica e o controle do exercício profissional pela profissão organizada (Reis et al, 1990).

O segundo relatório foi feito, em 1916 por Codman, que realizou um estudo que avaliou 800 hospitais e verificou que apenas 135 tinham grau razoável de qualidade, como consequência deste projeto em 1928 foi criado o Hospital standartization Program, embrião do Joint Comission of Accreditation of Hospitals (JCAH) (Reis et al,1990).

Quadro Teórico

A teoria dos sistemas (TS) que também foi usada como base para a tríade desenvolvida por Avedis Donabedian, é um ramo específico da Teoria Geral

dos Sistemas (TGS). A Teoria Geral dos Sistemas surgiu com os trabalhos do biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy ainda na década de 60 (Chiavenato, 2003).

Ainda segundo *Chiavenato* (2003) esta teoria foi muito importante para a ciência, porque foi graças a ela surgiram novas denominações, como sistema solar em astronomia, sistema social em sociologia, sistema nervoso, sistema monetário, e assim por diante, sempre dentro de uma visão global e integrada.

O quadro conceitual construído por Avedis Donabedian (tomando como base a TS e os relatórios de Flexnam e Codman) foi fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde usada até os dias atuais.

Quando Avedis Donabedian se refere à estrutura, o que está sendo avaliado são as características dos recursos que se empregam na atenção médica, a organização administrativa, instalações, perfil dos profissionais empregados, preparação e experiência, enfim, envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam assistência, passando pela organização do serviço.

O processo, que para muitos pesquisadores é o mais difícil de ser mensurado, descreve as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. De acordo com Donabedian, tudo que se relaciona ao tratamento relação médico-profissional, equipe de saúde, paciente é avaliado em processo.

O resultado deve ser visto como o que efetivamente ocorreu na outra pessoa, e pode ser entendida como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. O resultado da assistência se restringe às mudanças observadas no estado de saúde do paciente que dependem da assistência médica. Esta pesquisa esta inserida no contexto da satisfação do usuário.

Quadro Teórico

Bosi e Uchimura (2003), relatam que a avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão saúde e a variabilidade de sentidos, por vezes contrários do termo avaliação, tem sido muitas vezes referida.

A aplicação da avaliação no campo das políticas e programas de saúde, revela a diluição de um consenso sobre o seu significado, uma vez que, nesse espaço, a avaliação pode assumir variados desenhos, na tentativa de se adequar ao objetivo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo.

Entende-se, assim, o processo de avaliação como a forma mais comum de descobrir, medir e analisar resultados do objeto estudado, ou seja, avaliação serve basicamente para conhecer o “objeto” estudado, eliminando o que está errado e introduzindo reformas para aprimorá-lo.

Novaes (2000) diz que as principais questões que orientam as pesquisas de avaliação, ou seja, o enfoque priorizado para a formulação dos objetivos a serem atingidos, dizem respeito à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas.

Minayo (2005) relata que o simples fato de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas é relativamente muito recente e tornou-se freqüente após a Segunda Grande Guerra Mundial nos países centrais do capitalismo, acompanhados de maciços investimentos em bem-estar social.

Termos, como julgamento, são amplamente utilizados nas pesquisas avaliativas. Contandriopoulos 2007, Ayres, 2007, relatam que esta palavra pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, muito utilizados nas chamadas (*avaliação normativa*) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (*pesquisa avaliativa*.)

Quadro Teórico

Ainda segundo Ayres em 2004 a *avaliação normativa* refere-se à verificação do êxito técnico de ações em saúde, incluindo os produtos do trabalho na saúde, e a *avaliação formativa* volta-se ao julgamento do sucesso prático de uma ação em saúde.

De acordo com Ayres, a avaliação normativa limita-se à quantificação e privilegia elementos formais de uma intervenção, admitindo uma perfeita justaposição com o que se denomina avaliação da qualidade formal; a avaliação formativa volta-se ao julgamento do sucesso prático de uma ação em saúde.

Nesse sentido, o Departamento de Atenção Básica (DAB), órgão ligado ao governo, considera que os pressupostos apresentados acima dão a entender, que a avaliação é um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré-delimitados (ou construídos) inseridos numa realidade complexa, não linear, permeada por relações de poder e fundamentado em sistematizações formais de análise que visa explicitar situações para orientações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico (Ministério da Saúde, 2004).

Nos tempos atuais o perfil epidemiológico da população, o predomínio das doenças crônico-degenerativas, usualmente classificadas como DANT'S influenciaram para a mudança nos modelos de avaliação existentes na atualidade, salienta-se que devido à estas modificações as ações e estratégias na saúde implicam na formação dos para tais fatos. (Hartz *et al.* 2007).

Em se tratando de Sistema Único de Saúde, o governo adota a estratégia de avaliação e monitoramento como componente da gestão em saúde e isso tem um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões da política de governo (Brasil, 2005).

Quadro Teórico

No Brasil, os processos de avaliação dos serviços de saúde podem ser internos ou externos. A habilitação pela vigilância sanitária, o credenciamento, a categorização como amigo da criança e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) são exemplos de avaliação interna. Os prêmios de Qualidade da Gestão e a acreditação são exemplos de avaliação externa (Ministério da Saúde, 2006)

O objetivo da avaliação da satisfação é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que os desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN in REIS, 1990, p. 53)

A avaliação dos serviços de saúde admite duas dimensões: desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos de acordo com o paciente; relacionamento pessoal com paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

Revisões feitas por ESPERIDIÃO e TRAD (2006), mostram que vários estudos indicam que os usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, e relacionando à tuberculose, a adesão é fundamental para o sucesso do tratamento.

Esses autores citam ainda que o contexto do paradigma do consumismo e cultura da qualidade deu-se nos Estados Unidos e Inglaterra, no final da década de 60 e início da década de 70, e que foi a partir disto que os estudos de satisfação dos usuários ganharam destaque na literatura. Neste momento, na história da ciência, a satisfação dos usuários passa a ser considerada uma meta para os serviços de saúde, e deve ser pesquisada no intuito de subsidiar melhorias no sistema de serviços de saúde.

Diante disto, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento da qualidade dos serviços, para que os gestores e responsáveis pelo PCT repensem

Quadro Teórico

as práticas profissionais e intervenham na forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento contínuo e organizativo(LIMA, 2007).

O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. “A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a idéia da ‘satisfação do paciente”, como um atributo de qualidade, tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (Donabedian 1966,1978).

A qualidade de um serviço é mensurada por meio de três dimensões: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais o paciente e amenidades, ou seja, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde o processo de avaliação ocorre (Silva e Formigli, 1994 e Donabedian, 1992).

Donabedian (1990) utilizando o que nomeou de “sete pilares da qualidade”: (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), ampliou o conceito de qualidade:

- a) Eficácia: significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas todas as circunstâncias. É a capacidade de a medicina produzir melhorias na saúde e bem-estar.
- b) Efetividade: representa o grau de cuidado cuja qualidade está sendo avaliada. Avalia-se a melhoria da saúde que os estudos de eficácia estabeleceram como alcançáveis.
- c) Eficiência: é a medida do custo com o qual uma determinada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo
- d) Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos cursos. Numa

Quadro Teórico

curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

- e) Aceitabilidades: é sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
- f) Legitimidade; aceitabilidade do cuidado da forma com que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
- g) Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade

Desde então, a qualidade em saúde vem se aprimorando. Berwick (1994) ressalta que, a qualidade da assistência em saúde pode ser definida como satisfação das necessidades dos clientes, considerando que estes deverão ser objetos centrais das estratégias em busca da qualidade, bem como participar, ativamente, desse processo de avaliar, dando ênfase às atitudes dos profissionais de saúde e dos resultados com o tratamento recebido

Embora seja referida a falta de consenso, a forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativas e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos. Deste modo, o que se mede, muitas vezes, não é a satisfação propriamente dita, mas a percepção dos serviços e a expectativa prévia dos usuários (Vaitsman, 2003).

Starfield, 2002 relata que três tipos de características estão envolvidos nas avaliações de programas da atenção primária: os primeiros são de exclusividade da atenção primária, o segundo são aspectos derivativos e o terceiro são os aspectos fundamentais, mas não exclusivos.

Os aspectos inerentes a cada tipo de avaliação estão descritas na figura 2, onde são retratados os principais aspectos que são avaliados em cada característica.

Quadro Teórico



Figura 2:Caracterização da Avaliação da Atenção Primária
 Fonte: Adaptado de Starfield, 2002, pág. 483.

Muitas características descritas acima, foram contemplados nesta pesquisa, visto que, o questionário que foi utilizado para avaliar a satisfação do usuário em Tb foi construído a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 2000; 1998). Estes instrumentos e a

Quadro Teórico

metodologia proposta foram utilizados para medir os aspectos críticos dos serviços de atenção primária nos países europeus.

Outros autores, como Akerman e Nadanovsky (1992) corroboram com este assunto dizendo que a construção de indicadores de qualidade deveria levar em conta a satisfação dos pacientes em relação aos serviços. Com isto referem-se à satisfação do usuário, dizendo que não se pode ter um serviço de alta qualidade quando o alvo principal deste serviço – os usuários - não estiver de algum modo satisfeito.

Esses autores salientam ainda que o principal objetivo das unidades de atendimento direto ao usuário é oferecer serviços de melhor qualidade possível, ou seja, envolvendo características desejáveis, como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade. Em se tratando de avaliação, passa-se a utilizar medidas que considerem a satisfação dos usuários.

Corroborando com este assunto, Kloetzel et al (1998), relatam que a avaliação da qualidade de serviços de saúde deve basear-se tanto em critérios objetivos como subjetivos, sendo os primeiros reservados aos profissionais da saúde e os últimos dizendo respeito aos usuários.

Aos poucos, quando “satisfação do usuário” passou a denominar um conjunto amplo e heterogêneo de pesquisas, com o objetivo de saber a opinião dos usuários de serviços de um modo geral, públicos ou privados, o termo usuário também passou a ser utilizado nas pesquisas de avaliação em saúde.

Donabedian (1994) salienta ainda que a noção de satisfação do paciente tornou-se elementos da avaliação da qualidade em saúde. Além disso, o vínculo, o acolhimento e a humanização são dimensões da atenção da primária que fazem parte desse processo de reconstrução das políticas de saúde no sentido de assegurar a qualidade do atendimento.

O princípio básico da teoria de Donabedian - “a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade” (VAITSMAN e ANDRADE 2005, p.601).

Quadro Teórico

Trabalhos avaliando a noção ou satisfação do usuário da área da saúde, ainda são incipientes no Brasil, principalmente em relação à TB. Percebe-se que o HIV, Estratégia Saúde da Família, são assuntos na saúde onde se explora muito a visão do paciente. Quanto à abordagem, os estudos qualitativos normalmente se sobrepõem aos estudos quantitativos. Exemplificando, seguem abaixo alguns estudos que, demonstram a satisfação do usuário com um resultado positivista.

Vários estudos, nas diversas áreas de abrangência da atenção primária estão sendo avaliados no Brasil. Gomes et al (1999), realizaram um estudo intitulado com HIV/AIDS segundo a visão de seus usuários. Kotaka et al, (1997) fizeram um estudo utilizando a escala a escala de Likert, a mesma deste projeto.

Trad e colaboradores fizeram um estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia, independente de a abordagem ser quantitativa ou qualitativa (metodologia usada neste estudo), as dimensões avaliadas baseiam-se sempre nas dimensões propostas por Donabedian, assunto discutido anteriormente.

No estudo feito por Leny Trad e Cols, o resultado manteve-se conforme o esperado: constatou-se um elevado grau de satisfação de usuários do Programa de Saúde da Família nas áreas estudadas, havendo uma clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença.

Como as pesquisas sobre satisfação do usuário são recentes em nosso país, é a primeira vez que o Estado do Espírito Santo desenvolve uma pesquisa nesta perspectiva de visão do usuário. A capital do Estado (Vitória) foi a cidade escolhida por possuir características de organização da atenção básicas organizadas e estabelecidas.

O Estado do Espírito Santo e o Município de Vitória no contexto das políticas de Saúde

O Estado do Espírito Santo (ES) possui 78 municípios, com uma área territorial de 46.184,1 km e uma população de 3.453.648 habitantes (IBGE, 2009). Apesar de o Espírito Santo, integrar com os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo a chamada Faixa de Desenvolvimento da Região Sudeste, este possui uma população heterogênea e com muitas prioridades diferentes, em relação aos estados vizinhos.

A organização político administrativa do ES é baseada no Plano Diretor de Regionalização (PDR). Conforme a *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001* (Portaria MS/GM n. 95. Diário Oficial da União 2001; 29 jan), essa organização é regulamentada pelas diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil.

A figura 3 mostra a divisão político – administrativa e os arranjos da regionalização do estado do Espírito Santo.

Quadro Teórico

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :

Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro - Vitória

Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

Macrorregião Sul - Cachoeiro

Microrregiões:

- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçu

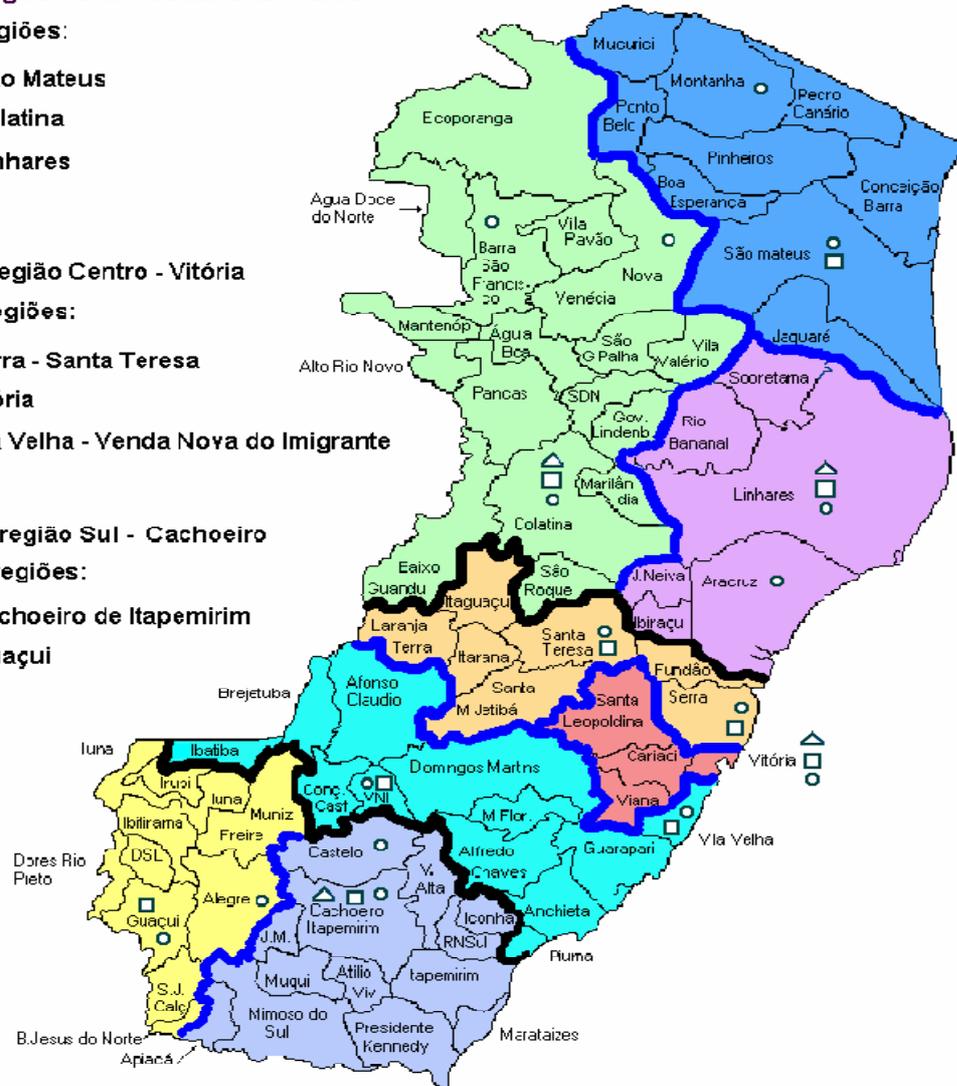


Figura 3. Indicadores epidemiológicos do Plano Diretor de Regionalização - PDR.

Quadro Teórico

Conforme ilustrado na figura 3, O Estado do Espírito Santo tem três macros e três micro regiões, em que uma difere da outra pelas peculiaridades e desenvolvimentos.

A capital do estado de Espírito Santo, Vitória, localiza-se na região Macro Centro, sendo caracterizada como pólo macrorregional, microrregional e sede módulo. Integra a Região Metropolitana, ou Grande Vitória, em conjunto com os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Guarapari e Fundão.

Possui uma população de 313.309 habitantes com uma extensão territorial de 88,7 km. Sua área representa 6,15% da Região Metropolitana e 0,19% do território estadual. A sua população corresponde a 9,2% da população do Estado (3.408.360 habitantes), conforme SEMUS, 2008.

O Plano Municipal de Saúde de Vitória 2006-2009 descreve que o Município de Vitória está dividido em 06 regiões de saúde. A região de saúde I, denominada Continental, possui 92.286 habitantes e é a mais populosa; é composta por treze bairros que se distribuem em 05 territórios de saúde com suas respectivas populações.

As Regiões II e III são denominadas, respectivamente, Maruípe e Centro (locais de estudo desta pesquisa) e possuem uma população de 100.699 habitantes juntas; Abrangem, ao todo, 29 bairros que se distribuem em 09 territórios de saúde com suas respectivas populações.

A Região V de São Pedro possui uma população de 31.279 habitantes e a última região VI denominada de Forte São João possui uma população de 58.378 habitantes. É composta por 18 bairros, que se distribuem em 04 territórios de saúde (SEMUS- Estimativa a partir dos dados da SEDEC).

Quadro Teórico

As seis regiões têm 70% da população cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PAC'S).

A distribuição desta rede de assistência ambulatorial é feita em 28 Unidades de Saúde, das quais 20 são Unidades de Saúde da Família (USF), 04 contemplam o programa de agentes comunitários de saúde, 04 são unidades de saúde tradicionais, 02 são prontos atendimentos e 06 são classificados como Centros de Referência onde são assistidas as diferentes demandas da população em geral.

Apesar da recomendação de descentralização dos programas de controle de tuberculose, a prefeitura de Vitória centraliza o Programa de Controle de Tuberculose (PCT) em duas Unidades de Saúde da Família (USF), as Unidades de Maruípe e Vitória/Centro. Além disto, neste município fica o programa referência do Estado para Controle de Tuberculose (serviço de jurisprudência federal) o programa do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes.

Apesar da ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família no município de Vitória, e de os indicadores e números da Pactuação da Atenção Básica serem favoráveis, faz-se necessário o estabelecimento de processos avaliativos com vistas ao controle da TB. Atualmente, o município de Vitória encontra-se na gestão do Pacto pela Saúde, o que significa responsabilidade e recursos diferenciados da gestão anterior, que era a Atenção Básica.

Este Município foi escolhido para esta pesquisa operacional no Espírito Santo por vários motivos. O primeiro deles por ser um dos oitos municípios prioritários no controle e combate à tuberculose no Estado do ES. Vale ressaltar que os outros sete municípios que são considerados prioritários pelo MS no Estado são: Cachoeiro do Itapemirim, Cariacica, Guarapari, São Mateus, Serra, Viana, Vila Velha. Estes municípios são prioritários por albergarem a maioria dos casos de TB do Estado.

O segundo aspecto que levou a esta escolha o fato de o município possuir uma estrutura e organização de serviços na atenção primária organizada e estruturada. Várias ações são contempladas no plano municipal de saúde de Vitória relacionadas com as doenças infecto-contagiosas e não transmissíveis; dentre as prioridades que estão no plano municipal, a que se destaca em consonância com esta pesquisa é o

Quadro Teórico

controle e tratamento dos casos de Tuberculose ser umas das ações de prioridade em Vitória.

O terceiro motivo que instigou esta pesquisa a ocorrer na capital, foi porque várias pesquisas são feitas sobre o agravo tuberculose no ES, mas salienta-se que em termos operacionais este é o primeiro estudo que é desenvolvido visando avaliar a visão e percepção do usuário sobre os serviços oferecidos no PCT.

4. Materiais e Métodos

Materiais e Métodos

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo, cujos dados foram coletados junto à população de maiores de 18 anos, em tratamento, no mínimo de 01 mês, de ambos os sexos, residentes em Vitória, não pertencentes ao sistema prisional e que freqüentam o serviço de tuberculose para tratamento.

4.2 Local de Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, que possui uma extensão territorial de 93,38 Km² e 1.100 km de costa. Em seu território, 40% de sua área é coberta por morros. Com uma população de 320.156 habitantes (IBGE, 2009), Vitória integra a Região Metropolitana da Grande Vitória, juntamente com os municípios de Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari. Territorialmente, o Município se organiza em bairros e se divide em 08 regiões, denominadas Regiões Administrativas, que abrangem 79 bairros. (Figura 3)

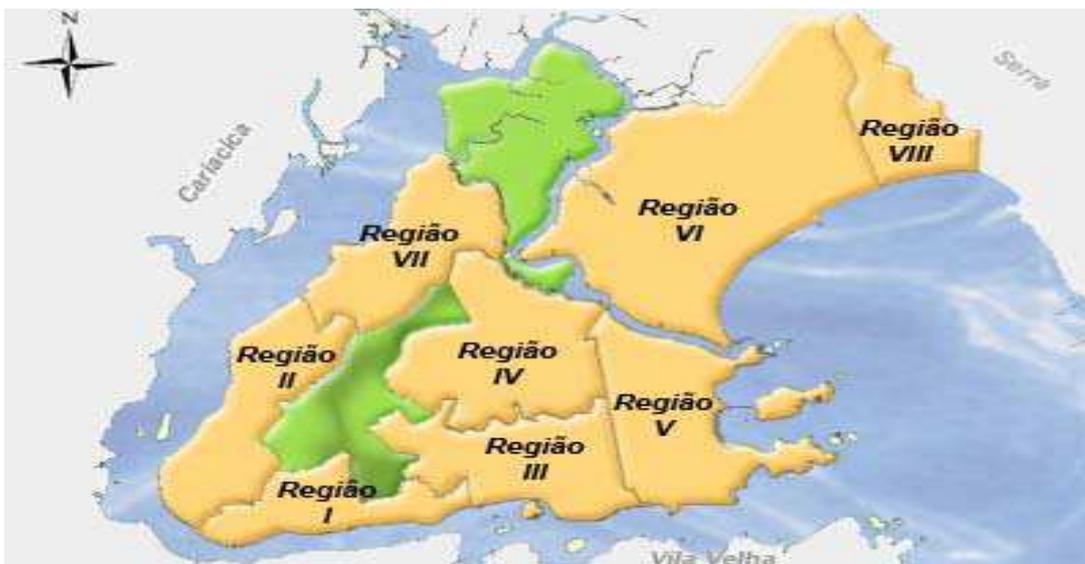


Figura 4 – Regiões de Saúde de Vitória - ES
Fonte: SEMUS/ 2008.

Materiais e Métodos

O município de Vitória, em relação à organização territorial do sistema municipal de saúde, atualmente é organizado sobre bases territoriais, em que a divisão ocorre em 06 regiões de saúde e 27 territórios, denominados respectivamente: Região I – Continental, Região II – Maruípe, Região III – Centro, Região IV – Santo Antonio, Região V – São Pedro e Região VI – Forte São João (Semus - 2010) . Os dois locais onde os estudos foram realizados estão situados na Região II de Maruípe e Região III – Centro. Essas duas regiões compreendem 29 bairros e 10 regiões de saúde (Figura 5), que abrigam aproximadamente uma população de 100.699 habitantes. Nessas duas regiões de saúde, encontram-se os dois programas municipais de Referência de Controle de Tuberculose de Vitória. Ainda não há uma descentralização efetiva dos serviços de atenção à tuberculose, por este motivo os usuários de outras regiões são encaminhados para controle nessas regiões de saúde.



Figura 5 – Mapa da territorialização da saúde, Vitória (ES).

Fonte: Relatório de gestão 2010-2013

4.3 População de Estudo

Estavam aptos a participar do estudo todos os pacientes cadastrados com tuberculose na área de abrangência das regiões de saúde de Maruípe e Centro que estivessem dentro dos padrões de inclusão da pesquisa. Foram excluídos da amostra os pacientes que estavam cadastrados com residência fora de Vitória, menor de 18 anos, moradores de rua, quem tinha um menos de um mês de tratamento e os inaptos a responder aos questionários.

4.4 Instrumento

A pesquisa foi desenvolvida com o instrumento de coleta de dados construído com base nos questionários que compõem o *Primary Health Assessment Tool*, validado no Brasil para avaliação rápida dos serviços de Atenção Básica por Macinko e Almeida (2006).

Este instrumento foi adaptado por Villa e Ruffino-Netto (2008) para avaliar a satisfação do doente de TB em relação à assistência recebida, a partir das dimensões da Atenção Primária à Saúde (APS). Para a criação da versão adaptada desse instrumento, Villa e Ruffino solicitaram uma autorização aos autores do instrumento validado.

Inicialmente, foram elaboradas três versões deste instrumento, um aplicado ao doente de tuberculose; outro, aos profissionais de saúde que atuam diretamente nas ações de controle da tuberculose em serviços da Atenção Básica e o último aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Este instrumento (anexo I), utilizado para a coleta de dados, contempla cinco dimensões que foram descritas na figura 6, a seguir. A primeira parte deste questionário abrange as informações socioeconômicas do doente que foi caracterizada como Dimensão um.

A segunda dimensão diz respeito às informações gerais sobre a tuberculose. A Dimensão 3 esta relacionada a infraestrutura do serviço ; a dimensão 4, é sobre a acessibilidade, Dimensão 5 a relação do usuário – equipe de saúde .

Caracterizando a satisfação global dos usuários entrevistados foi criado a dimensão 6 , onde é feita uma média das dimensões das perguntas que foram avaliadas pela escala de likert .

As perguntas da dimensão um e dois foram respondidas em uma escala de significado numérico. Entretanto as dimensões 3, 4 e cinco os entrevistado responderam a cada pergunta segundo uma escala de possibilidade do tipo *Likert*, que é uma metodologia de respostas gradativas que podem ser de vários tipos, ou

Materiais e Métodos

seja, baseadas em diversos critérios. As utilizadas neste estudo tiveram como possibilidade cinco escores em 1 correspondeu a Muito Ruim, 2, a Ruim, 3, Regular, 4 a Bom, 5 a Muito Bom, 0 a sabe, e, 99, Não se aplica, Tal escala é muito utilizada porque os escores podem classificar as perguntas em satisfatórias regulares e insatisfatórias.

A figura 6 abaixo caracteriza as dimensões do questionário utilizado nesta pesquisa, os critérios que foram avaliados em cada item, o tipo de método utilizado para avaliar cada etapa e a correlação com o tipo de aspectos avaliado, isto é, o que corresponde à caracterização dos usuários entrevistados, a infraestrutura do serviço, o processo e o resultado de acordo com a tríade proposta por Donabedian e o instrumento para avaliação da atenção primária criado por Starfield.

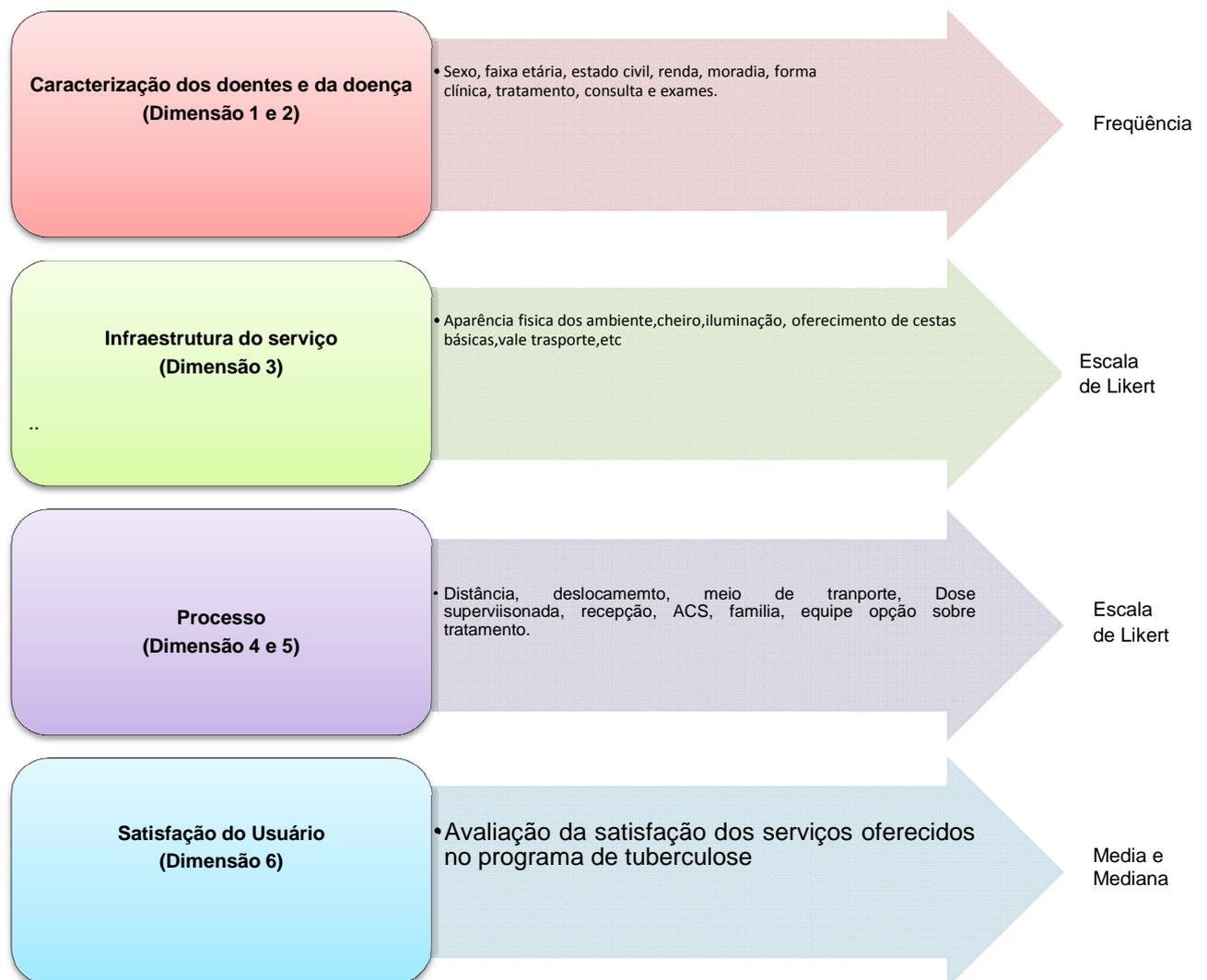


Figura 6 – Dimensões avaliadas no questionário.
Fonte: Elaborado pela autora

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foram realizados contatos com o setor de pesquisa e ensino da Prefeitura de Vitória para ciência e autorização do estudo em foco. Os responsáveis pelo Programa de Controle de Tuberculose (PCT) das unidades de saúde foram procurados e apresentados ao projeto para a sensibilização e apoio para execução da pesquisa.

Participaram da coleta de dados no município de Vitória quatro entrevistadores, incluindo a mestrandia envolvida no projeto, sendo que nos dias 05 e 06 de janeiro de 2009 houve um treinamento prévio com os envolvidos, para discutir e verificar o questionário, tal como aplicação para possíveis intercorrências.

Durante a abordagem, os entrevistados foram esclarecidos quanto à pesquisa, seus objetivos, e solicitando-se à colaboração de cada um. Após tais explicações, e em caso de concordância, assinavam o termo de consentimento, ficavam com uma cópia idêntica e respondiam ao questionário logo em seguida.

Em todas as unidades onde ocorreram as entrevistas, foram utilizadas salas separadas para aplicação do questionário, com uma duração média de 30 minutos para cada paciente. Procurou-se não expor os entrevistados, sempre que as entrevistas ocorreram, os funcionários diretamente envolvidos na pesquisa não estavam presentes, para não criar uma situação de constrangimento e falsas respostas.

A captação dos sujeitos aconteceu nas seguintes etapas a seguir:

Primeira etapa: após o cadastro com todos os pacientes notificados que estavam registrados nas duas unidades, foram aplicados os critérios de exclusão do estudo: ser menor de 18 anos, não possuir residência em Vitória, ser morador de abrigo, ter no mínimo um mês de tratamento, estar apto a responder às perguntas.

Materiais e Métodos

Segunda etapa: foi utilizada a estratégia de entrevistar os doentes no dia em que estava marcada a sua consulta de rotina; para isso, todos que estavam agendados pelo PCT foram contatados via telefone para confirmação da consulta no dia do agendamento.

4.6 Análises dos dados

Os dados foram agrupados, através do programa Microsoft Excel 2003 de acordo com cada dimensão do questionário. Em seguida, foi feita a análise de frequência das variáveis relacionadas a cada dimensão estudada. Os resultados foram analisados usando-se o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0

4.7 Considerações éticas

A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações da resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Científicas em Seres Humanos, tendo sido submetida, e aprovada, ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sob o nº de registro no CEP- 088/08, conforme anexo II.

Houve também aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para realização da pesquisa nas referidas Unidades Básicas de Saúde.

Todos os pacientes, cujas entrevistas fizeram parte deste estudo, formalizaram sua participação mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

5. Resultados

Resultados

5 Análise exploratória dos dados

5.1 Caracterização dos sujeitos

A análise da quantidade de doentes foi extraída da listagem total dos notificados no livro de registro do Programa de Controle de Tuberculose, nas duas unidades de saúde que participaram deste estudo. Nesta etapa foi feito um levantamento de todos os pacientes notificados na unidade.

No início do mês de julho de 2008 a junho de 2009 e de novembro de 2009 a março de 2010, havia um total de 164 pacientes em tratamento para tuberculose nas duas unidades que serviram de unidade de análise deste estudo. 132 pacientes foram notificados na unidade de saúde de família (USF) de Maruípe, e 32, na do programa de referência do Centro de Vitória.

Os dados referentes à identificação, endereço e contatos em geral, foram obtidos no prontuário individual de cada paciente e a captação desses sujeitos aconteceu conforme descrito na metodologia.

Conforme os critérios de exclusão definidos no estudo, 58 pacientes foram excluídos pelos seguintes motivos: moradores de rua, menores de 18 anos, transferência para outro serviço, residência fora de Vitória e incapacidade para responder ao questionário. Por fim ficaram elegíveis, para o estudo, 106 pacientes.

A figura 7 exemplifica a quantidade dos pacientes por critérios de exclusão.

Resultados

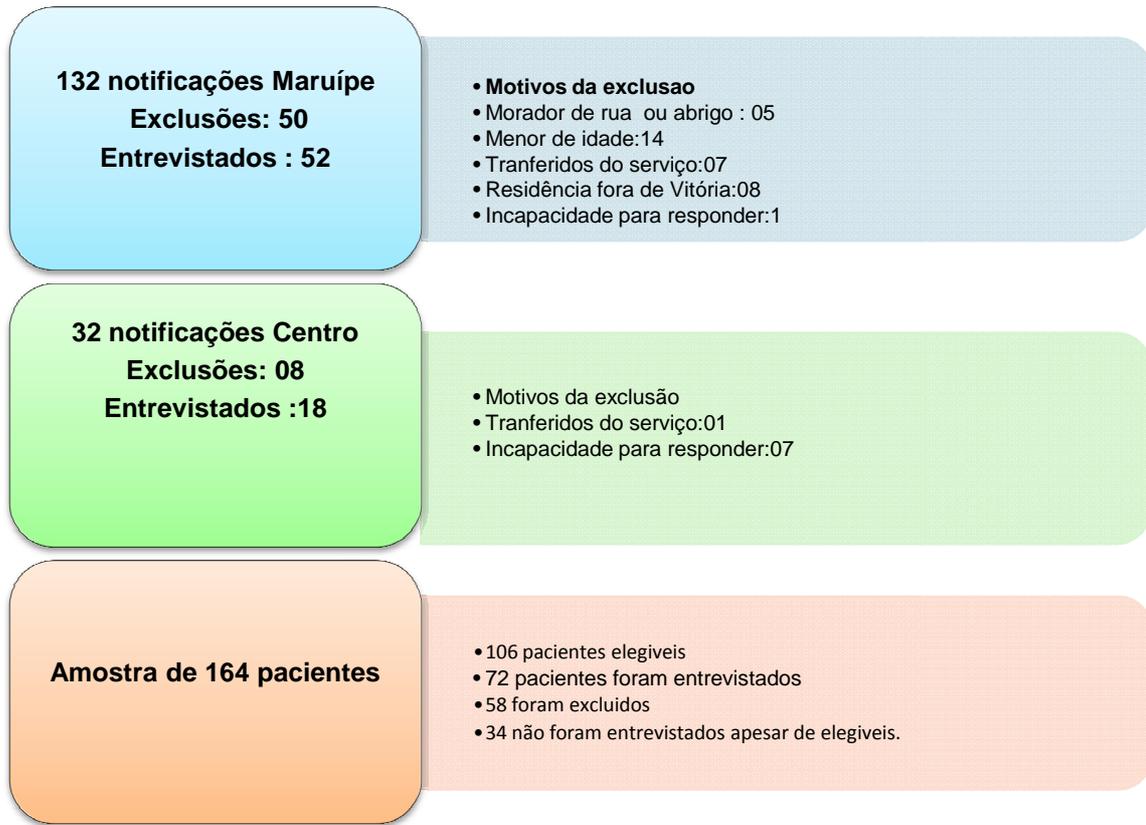


Figura 7- Fluxograma dos pacientes.
Fonte: Elaborado pela autora

Resultados

5.2 Caracterização dos usuários portadores de Tuberculose

A caracterização dos usuários que participaram deste estudo foi elaborada com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de pessoas na família, ocupação, renda, tipo de moradia e bens materiais duráveis.

A tabela 1 apresenta os indicadores relacionados à caracterização sócio-demográfica dos pacientes que evidenciaram respostas concordantes com o perfil da população estudada. Dos 72 doentes entrevistados, a maioria era do sexo masculino, representando 63,9% da amostra. A faixa etária predominante estava entre 30 e 39 anos. Com relação ao estado civil, 48,6% declararam ser solteiros e 30,6%, casados. 18,1% dos doentes possuíam ensino médio completo e 5,6%, nível superior incompleto. 37,5% mencionaram possuir emprego, 22,2% estavam desempregados, 13,9% eram autônomos e 23,9% referiam-se outras atividades. Quanto à renda dos entrevistados, 38,9% ganham de 1 a 3 salários mínimos, sendo que, entre os empregados, 20% declararam receber esta quantidade de salários. 66,7% dos doentes possuem casa própria.

Em referência aos bens acessíveis de infraestrutura no domicílio, a tabela 2, mostra que 70% afirmaram ter água encanada, 100% possuem rede elétrica, 88,8% têm telefone ou celular, 91,9% têm geladeira. Os meios de comunicação pesquisados foram rádio e televisão em cores (TV), sendo que 18% não possuem rádio, 41% têm uma unidade, 25,1% possuem dois ou mais aparelhos. Em se tratando de TV, 9,7% não dispõem de um aparelho e 90,3% têm mais de 01 unidade em casa. A maioria dos doentes (75%) não tem carro próprio, e não têm empregada mensalista 84,7%.

*Resultados***Tabela 1 – Dados sócio demográficos de usuários portadores de tuberculose, Vitória, 2009.**

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Sexo			Ocupação		
Feminino	22	30,6	Desempregado	16	22,2
Masculino	46	63,9	Empregado	27	37,5
NE	4	5,6	Do Lar	2	2,8
Faixa etária			Autônomo	10	13,9
18 – 29 anos	18	25,0	Sexo		
30 – 39 anos	21	29,2	Feminino	22	30,6
40 – 49 anos	16	22,2	Masculino	46	63,9
50 – 59 anos	11	15,3	NE	4	5,6
60 anos ou mais	6	8,3	Faixa etária		
Estado civil			18 – 29 anos	18	25,0
Solteiro	35	48,6	30 – 39 anos	21	29,2
União Estável	4	5,6	40 – 49 anos	16	22,2
Casado	22	30,6	50 – 59 anos	11	15,3
Separado / Divorciado	4	5,6	60 anos ou mais	6	8,3
Viúvo	6	8,3	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:		
NE	1	1,4	Própria	48	66,7
Qual foi a última série que o(a) Sr.(a) cursou?			Alugada	17	23,6
1ª fase do fundamental (incompleto)	8	11,1	Cedida	6	8,3
1ª fase do fundamental (completo)	11	15,3	Instituição (asilar/ abrigo)	1	1,4
2ª fase do fundamental (incompleto)	11	15,3	Tipo de Moradia		
2ª fase do fundamental (completo)	11	15,3	Alvenaria	63	87,5
Ensino Médio (incompleto)	6	8,3	Madeira	8	11,1
Ensino médio (completo)	13	18,1	Outro	1	1,4
Ensino superior (incompleto)	4	5,6	Qual é o número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro?		
Ensino superior (completo)	6	8,3	1 a 3	14	19,5
NE	2	2,8	4 a 5	26	36,1
Quem é a pessoa responsável pelo domicílio?			6 ou mais	32	44,5
O próprio doente	47	65,3	Qual é o número de pessoas que moram em sua casa?		
Outra pessoa	25	34,7	1 a 3		
Qual o grau de instrução do responsável?			4 a 5		
Sem escolaridade	1	4,0	6 ou mais		
1ª fase do fundamental (incompleto)	7	28,0	Número de adultos maiores de 60 anos?		
1ª fase do fundamental (completo)	5	20,0	0	57	80,3
2ª fase do fundamental (incompleto)	2	8,0	1	12	16,9
2ª fase do fundamental (completo)	2	8,0	2	2	2,8
Ensino médio (completo)	3	12,0			
Ensino superior (completo)	3	12,0			
NR	2	8,0			

*Resultados***Tabela 2- Informação sobre bens de infraestrutura no domicílio de pacientes de tuberculose Vitória- 2009.**

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
O Sr. Possui:			Quantos itens abaixo o Sr. Possui:		
Água encanada			Rádio		
Sim	70	97,2	Nenhum	13	18,1
Não	2	2,8	Um	41	56,9
Luz elétrica			Dois	13	18,1
Sim	72	100,0	Três	3	4,2
Não	0	0,0	Quatro	2	2,8
Telefone/celular			Empregada (o) mensalista		
Sim	64	88,9	Nenhum	61	84,7
Não	8	11,1	Um	8	11,1
Geladeira			Dois	3	4,2
Sim	66	91,7	Banheiro privativo		
Não	5	6,9	Nenhum	26	36,1
NE	1	1,4	Um	37	51,4
Freezer/parte duplex			Dois	7	9,7
Sim	27	37,5	Três	2	2,8
Não	45	62,5	Televisão em cores		
O Sr.(a) possui vídeo cassete/DVD			Nenhum	7	9,7
Sim	60	83,3	Um	32	44,4
Não	12	16,7	Dois	22	30,6
O Sr.(a) possui máquina de lavar roupa			Três	8	11,1
Sim	48	66,7	Quatro	3	4,2
Não	24	33,3	Carro próprio		
			Nenhum	54	75,0
			Um	16	22,2
			Dois	2	2,8

Resultados

Na tabela 3, abaixo, buscou-se caracterizar as informações gerais sobre a tuberculose nos doentes que fazem parte deste estudo. Descrevem-se os serviços que fazem parte do processo de diagnóstico e tratamento dos entrevistados desta pesquisa. Os principais resultados observados mostram que a forma clínica que predominou foi a TB pulmonar em 80,06%, 33% pessoas estavam entre um e três meses de tratamento, 47,2% estava entre três a seis meses de tratamento. Quando questionados onde realizaram a consulta médica de controle da tuberculose, 30% responderam que era no próprio PCT de sua referência. Quando a pergunta foi direcionada sobre o tratamento supervisionado, 72,2% relataram não o fazer.

Resultados

Tabela 3 – Informações sobre os serviços que fazem parte do diagnóstico e tratamento dos portadores de TB, Vitória – 2009.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Forma Clínica da Tuberculose			Dose supervisionada no domicílio?		
Pulmonar	58	80,6	Sim	4	5,6
Extrapulmonar	12	16,7	Não	20	27,8
NE	2	2,8	Local onde realiza os exames laboratoriais?		
Se extrapulmonar qual forma:			NE	14	19,4
Ganglionar	2	2,8	Centro	1	1,4
Óssea	1	1,4	Centro de saúde Vitória	3	4,2
Pericárdica	1	1,4	CIAS/Tomazzi	1	1,4
Pleural	3	4,2	Clínica Hélio Fraga	1	1,4
Renal	1	1,4	HUCAM	6	8,3
NE	4	5,6	HUCAM ou plano de saúde	1	1,4
Tempo de tratamento medicamentoso			Laboratório Fleming	1	1,4
> 1 Mês até 3 Meses	33	45,8	Laboratório Tomazzi	1	1,4
> 3 Meses até 6 Meses	34	47,2	Outros locais fora do HUCAM	1	1,4
> 6 Meses até 9 Meses	1	1,4	US Maruípe	14	19,4
NE	4	5,6	US Maruípe e Jardim da Penha	18	25,0
Serviço onde realiza a consulta médica de controle da TB			US Vitória	9	12,5
Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle TB	22	30,6	USF Jesus de Nazareth	1	1,4
Serviço de atenção básica com equipes generalistas	0	0,0	Local onde realiza os Raios-x?		
Outros	0	0,0	NE	1	1,4
Nome do serviço onde realiza a consulta médica de controle da TB			CDI Multiscan	1	1,4
Centro	1	1,4	Centro de radiologia	1	1,4
Centro de saúde de vitória	3	4,2	CIAS/tomazzi	1	1,4
HUCAM	6	8,3	Clínica conveniada Unimed	1	1,4
US Maruípe	42	58,3	Clínica Hélio Ribeiro	24	33,3
US Vitória	10	13,9	Clínica particular	1	1,4
NE	10	13,9	Clínica São Miguel	1	1,4
Faz Tratamento Supervisionado (TS)?			Santa Casa	5	6,9
Sim	17	23,6	Hospital Santa Rita	7	9,7
Não	52	72,2	Hucam	6	8,3
NE	2	2,8	Hucam ou Unimed	1	1,4
Serviço onde realiza a dose supervisionada			Multiscan (particular)	1	1,4
Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle TB	8	11,1	Outros locais	1	1,4
Serviço de atenção básica com equipes generalistas	1	1,4	PA Praia do Suá	3	4,2
Outros	2	2,8	Policlínica São Pedro	6	8,3
Nome do serviço onde realiza a dose supervisionada			Praia do Suá	6	8,3
NE	52	72,2	Unidade de saúde de referência	1	1,4
Casa	2	2,8	Unimed	2	2,8
Centro de saúde de vitória	8	11,1	US Maruípe	1	1,4
US Maruípe	9	12,5			
US Thomaz Tommasi	1	1,4			

Fonte: Elaborado pela Autora.

Resultados

5.3 Avaliação da Infraestrutura sob a ótica do usuário

A tabela 4 traz os indicadores relacionados às condições da infraestrutura dos serviços que fazem parte da rede de diagnóstico e tratamento do doente de tuberculose em Vitória. Do total de entrevistados, a maioria avaliou como boas ou muito boas as acomodações e a estrutura física dos locais perguntados (aparência do consultório médico, bancos, cadeiras, macas etc.), as instalações do banheiro onde é realizada a consulta médica de controle foram avaliada como “não sabe ou ser desconhecido” pelos usuários.

Alguns indicadores relacionados à infraestrutura foram bem avaliados com índice de média acima de 70% de satisfação, tais como: iluminação, ventilação e materiais utilizados. No que se refere à disponibilidade de medicações, este foi o indicador mais bem avaliado, recebendo 66,7% de satisfação dos usuários.

Com relação ao vale transporte disponibilizado pelo PCT de Vitória para direcionar a consulta médica mensal de tuberculose, nas unidades que foram avaliadas, 38,09% responderam como “bom” a operacionalização da entrega deste subsídio; entretanto, 22,2% disseram que esta facilidade não se aplica ao serviço.

Quando questionados sobre o vale transporte para a realização do tratamento supervisionado, 36,1% afirmaram não saber e 41,7% responderam também não se aplica. Em consonância com este item 43,1% não sabiam e 30,6% responderam não se aplica para a realização do tratamento supervisionado.

Tabela 4: Avaliação de Infraestrutura de Unidade de Saúde sobre a ótica do usuário portador de TB, Vitória, 2009.

Infra estrutura	Não sabe	Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Não se aplica	TOTAL
Da aparência física (percepção visual) do(s) serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle?	0,0%	1,4%	8,3%	13,9%	47,2%	29,2%	0,0%	100,0%
Das acomodações (bancos, cadeiras, macas) do(s) serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle?	0,0%	2,8%	9,7%	19,4%	48,6%	19,4%	0,0%	100,0%
Das instalações do banheiro do(s) serviço(s) de saúde onde o Sr.(a) realiza a consulta médica de controle?	34,7%	5,6%	9,7%	13,9%	29,2%	1,4%	5,6%	100,0%
Dos barulhos e sons (percepção sonora) do(s) serviço(s) de saúde onde o Sr. (a) realiza a consulta médica de controle?	1,4%	1,4%	6,9%	9,7%	62,5%	15,3%	2,8%	100,0%
Do cheiro (percepção olfativa) do(s) serviço(s) de saúde onde o Sr(a) realiza a consulta médica de controle?	0,0%	4,2%	12,5%	8,3%	56,9%	16,7%	1,4%	100,0%
Da iluminação do(s) serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle?	0,0%	4,2%	5,6%	4,2%	73,6%	12,5%	0,0%	100,0%
Da ventilação do(s) serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle?	1,4%	6,9%	8,3%	15,3%	48,6%	19,4%	0,0%	100,0%
Dos materiais utilizados durante o seu atendimento no(s) serviço(s) de saúde onde realiza a consulta médica de controle? (Ex: balança, potes para coleta de exame, etc.).	1,4%	4,2%	8,3%	6,9%	54,2%	25,0%	0,0%	100,0%
Da disponibilidade de medicações para o tratamento da TB?	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%	30,6%	66,7%	0,0%	100,0%
Do oferecimento de cestas básicas?	4,2%	0,0%	6,9%	4,2%	40,3%	38,9%	5,6%	100,0%
Do oferecimento de vale-transporte para realização da consulta de controle mensal?	8,3%	0,0%	8,3%	1,4%	38,9%	20,8%	22,2%	100,0%
Do oferecimento de vale-transporte para realização do tratamento supervisionado?	36,1%	0,0%	2,8%	0,0%	12,5%	6,9%	41,7%	100,0%
Da realização do tratamento supervisionado?	43,1%	0,0%	1,4%	0,0%	6,9%	18,1%	30,6%	100,0%
Da disponibilidade de profissionais de saúde para atendê-lo sempre que precisa do(s) serviço(s) de saúde onde realiza a consulta médica de controle?	2,8%	0,0%	1,4%	4,2%	27,8%	63,9%	0,0%	100,0%
Do local de realização dos exames laboratoriais?	5,6%	2,8%	1,4%	4,2%	69,4%	16,7%	0,0%	100,0%
Do local de realização dos Raios-X?	5,6%	1,4%	5,6%	9,7%	54,2%	19,4%	4,2%	100,0%

Escala de likert: 0-Não sabe/1-Muito Ruim/2-Ruim/3-Regular/4-Bom/5-Muito bom/99-Não se aplica

Resultado

5.4 Avaliação da Acessibilidade ao Serviço de Saúde

A tabela 5 apresenta a percepção do doente em relação a acerca da acessibilidade ao serviço de saúde e esta foi avaliada com os seguintes indicadores: “distância entre os serviços de saúde”, “tempo de deslocamento até a unidade”, “meio de transporte utilizado e os seus respectivos gastos”, “tempo de espera na sala de recepção, na consulta médica, enfermagem e realização de exames”, “local e horário da dose supervisionada e consulta médica e a distância entre a consulta médica de controle para TB e sua casa. Observa-se que 50% dos entrevistados consideram boa a distância do serviço até o seu domicílio. Quanto ao indicador relacionado ao tempo gasto no deslocamento, 15,3% avaliaram como “muito ruim” ou “ruim”; sobre o meio de transporte necessário para comparecer a consulta médica, 20,8% avaliaram como muito ruim” ou “ruim”, mas 59,7% analisaram como “bom” ou “muito bom”.

Quando questionados sobre os gastos com o transporte para realização da consulta médica de controle, 13,9% disseram ser ruim e 23,9% responderam não se aplica.

Dos doze itens avaliados na dimensão acessibilidade, cinco apresentaram avaliação boa ou muito boa, tais como: 90,8% consideram o tempo de espera para ser atendido na sala de espera da consulta médica de controle “bom” ou “muito bom”. O tempo gasto na consulta médica de controle teve a melhor avaliação com 97,2% de aprovação como “bom” ou “muito bom” pelos usuários. A consulta de enfermagem teve 79,2% de avaliação positiva, mas 15,2% disseram não sabe e não se aplica.

Dois indicadores tiveram uma avaliação insatisfatória sobre o ponto de vista dos doentes, sendo que houve concordância no padrão das suas respostas, quando abordados sobre o horário de realização da dose supervisionada do medicamento para TB : 41,7% responderam “não sabe” e 31,9% “não se aplica” e sobre o local da realização da dose supervisionada, 38,9% disseram não sabe e 34,7%, não se aplica.

Tabela 5: Avaliação de Acessibilidade ao Serviço de Saúde no Programa de Tuberculose em Vitória . 2009.

	Não sabe	Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Não se aplica	TOTAL
Da distância entre o(s) serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle e a sua casa?	0,0%	4,2%	6,9%	19,4%	50,0%	19,4%	0,0%	100,0%
Do tempo gasto no deslocamento de sua casa até o(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	0,0%	4,2%	11,1%	18,1%	52,8%	13,9%	0,0%	100,0%
Do meio de transporte necessário para ir ao(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	0,0%	6,9%	13,9%	9,7%	45,8%	13,9%	9,7%	100,0%
Dos gastos com transporte para realizar a consulta médica de controle?	2,8%	0,0%	13,9%	15,3%	33,3%	11,1%	23,6%	100,0%
Da disponibilidade do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle] para a realização de consultas eventuais e/ou de urgência?	13,9%	1,4%	2,8%	4,2%	41,7%	30,6%	5,6%	100,0%
Do tempo de espera para ser atendido (sala de espera) no(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	0,0%	1,4%	1,4%	6,9%	69,4%	20,8%	0,0%	100,0%
Do tempo gasto na consulta médica de controle?	0,0%	0,0%	1,4%	1,4%	56,9%	40,3%	0,0%	100,0%
Do tempo gasto na consulta de enfermagem no(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	6,9%	0,0%	1,4%	4,2%	50,0%	29,2%	8,3%	100,0%
Do tempo de espera para a realização de exames diagnósticos (Raio-X e/ou Teste Tuberculínico e/ou escarro)	1,4%	2,8%	9,7%	16,7%	48,6%	19,4%	1,4%	100,0%
Do horário de funcionamento do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle] para o atendimento aos doentes de TB?	1,4%	0,0%	1,4%	2,8%	66,7%	26,4%	1,4%	100,0%
Do horário de realização da dose supervisionada?	41,7%	0,0%	2,8%	1,4%	12,5%	9,7%	31,9%	100,0%
Do local onde realiza a dose supervisionada (inclusive se fizer no domicílio)?	38,9%	0,0%	1,4%	0,0%	15,3%	9,7%	34,7%	100,0%

Escala de likert: 0-Não sabe/1-Muito Ruim/2-Ruim/3-Regular/4-Bom/5-Muito bom/99-Não se aplica

Resultados

5.5 Avaliação da Relação usuário – Equipe de Saúde

A tabela 6 mostra a percepção dos doentes de TB, quanto ao relacionamento com os profissionais que os atendem diretamente. Fazendo parte deste processo, foram avaliados os seguintes indicadores: alguns itens relacionados aos profissionais e algumas situações que permeiam este contato. Os atores avaliados nesta dimensão do instrumento utilizado nesta pesquisa são: o profissional da recepção onde o doente é atendido, a equipe de enfermagem, o atendimento médico, o agente comunitário de saúde (ACS), a assistente social e os profissionais envolvidos na dose supervisionada.

Foram levados em consideração, nesta dimensão do questionário, os aspectos relacionados ao apoio emocional, a confiança na equipe, as orientações oferecidas pelos profissionais descritos anteriormente, os aspectos inerentes à privacidade ao tratamento oferecido, a opção para decidir sobre seu tratamento, o tempo que o médico e a enfermagem dedicam para esclarecimentos de dúvidas durante a consulta, os trabalhos educativos para TB na comunidade, a relação profissional com as pessoas da família, de todo o serviço prestado e do sigilo profissional em relação ao diagnóstico e às particularidades da doença.

Continuando a análise desta tabela, observa-se que a maioria dos usuários concorda que o atendimento da recepção, da equipe de enfermagem e do médico é bom ou muito bom num percentual acima de 80% de aprovação de satisfação. O indicador mais bem avaliado pelos doentes foi a confiança depositada na equipe de saúde que teve 97,02% de aprovação.

No entanto, percentuais consideráveis de usuários (50%) referiram não saber ou não perceberem a existência do agente comunitário de saúde (ACS) no processo de atendimento do tratamento da tuberculose. O atendimento da assistente social foi percebido pela minoria (43,7 %).

Resultados

O profissional que administra a dose supervisionada foi avaliado como não se aplica por (31,9%). Os trabalhos educativos realizados pelos profissionais que atuam no diagnóstico, tratamento e atividades de promoção e prevenção à saúde, informando a comunidade sobre a doença Tuberculose, evidenciou que 47,3% não reconhecem este trabalho na comunidade.

O sigilo sobre o diagnóstico da doença entre os profissionais de saúde e a família foi avaliado cerca profissional por 61,6% como muito bom. Finalizando a análise dos doentes em relação aos profissionais, quando falam do diagnóstico da sua doença para os seus colegas de trabalhos e ou vizinhos, 52,8% disseram não saber se isto acontece ou não no serviço.

Tabela 6: Avaliação da satisfação do usuário sobre a relação usuário equipe de saúde .

	Não sabe	Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Não se aplica	TOTAL
Do atendimento da recepção do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	1,4%	0,0%	1,4%	1,4%	41,7%	54,2%	0,0%	100,0%
Do atendimento da Equipe de Enfermagem do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	1,4%	0,0%	1,4%	1,4%	47,2%	48,6%	0,0%	100,0%
Do atendimento médico do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	33,3%	65,3%	0,0%	100,0%
Do atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)?	26,4%	2,8%	5,6%	8,3%	16,7%	16,7%	23,6%	100,0%
Do atendimento da Assistente Social?	34,7%	0,0%	0,0%	1,4%	27,8%	16,7%	19,4%	100,0%
Do atendimento do profissional que administra a dose supervisionada?	5,6%	0,0%	0,0%	1,4%	23,6%	37,5%	31,9%	100,0%
Do apoio emocional oferecido pelos profissionais do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle e/ou realiza a dose supervisionada]?	11,1%	0,0%	2,8%	1,4%	30,6%	52,8%	1,4%	100,0%
Da confiança na Equipe de Saúde do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle e/ou realiza a dose supervisionada]?	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	40,3%	56,9%	1,4%	100,0%
Das orientações dadas pelos profissionais de saúde do(s) [serviço(s) onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle] em relação a sua doença e tratamento?	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	29,2%	65,3%	1,4%	100,0%
Da privacidade do atendimento no(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?	0,0%	2,8%	1,4%	1,4%	47,2%	47,2%	0,0%	100,0%
Da opção para decidir sobre seu tratamento?	6,9%	1,4%	1,4%	1,4%	40,3%	43,1%	5,6%	100,0%

Escala de likert: 0-Não sabe/1-Muito Ruim/2-Ruim/3-Regular/4-Bom/5-Muito bom/99-Não se aplica

Tabela 6: Avaliação da satisfação do usuário sobre a relação usuário equipe de saúde

	Não sabe	Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Não se aplica	Total
Do tempo que o médico dedica para o esclarecimento de dúvidas sobre seu tratamento?	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%	34,7%	62,5%	0,0%	100,0%
Do tempo que a equipe de enfermagem dedica para o esclarecimento de dúvidas sobre seu tratamento?	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%	38,9%	54,2%	1,4%	100,0%
Do relacionamento dos profissionais de saúde do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle e/ou realiza a dose supervisionada] com as pessoas que moram com o Sr (a)?	6,9%	0,0%	1,4%	2,8%	41,7%	36,1%	11,1%	100,0%
Dos trabalhos educativos realizados pelos profissionais do(s) serviço(s) de saúde para informar a comunidade sobre a TB?	29,2%	0,0%	1,4%	6,9%	20,8%	23,6%	18,1%	100,0%
De todo o serviço prestado pelo(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle.	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%	43,1%	45,8%	8,3%	100,0%
Quando os profissionais falam do diagnóstico da sua doença para as pessoas que moram com o Sr (a)?	9,7%	1,4%	0,0%	4,2%	33,3%	27,8%	23,6%	100,0%
Quando os profissionais falam do diagnóstico da sua doença para as pessoas que moram com o Sr (a)?								

Escala de likert: 0-Não sabe/1-Muito Ruim/2-Ruim/3-Regular/4-Bom/5-Muito bom/99-Não se aplica

Resultados

5.6 Avaliação Global da satisfação dos usuários de Vitória

A tabela 7 é uma construção do valor médio da percepção dos doentes acerca dos indicadores analisados nas dimensões 3, 4 e 5. Os usuários avaliaram as unidades do PCT de Maruípe e Centro de Vitória como boa ou muito boa nas três dimensões de análise, sendo que conforme os resultados anteriormente apresentados a dimensão relação usuário equipe de saúde teve a melhor avaliação e a infraestrutura a menor avaliação.

Tabela 7: Avaliação global das dimensões do instrumento.

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio-padrão
Infra-estrutura	72	1,92	4,93	4,14	3,98	0,62
Acessibilidade	72	2,00	5,00	4,00	3,94	0,51
Relação usuário-equipe de saúde	72	3,33	5,00	4,50	4,42	0,42
Global	72	2,71	4,97	4,18	4,11	0,41

6. Discussão

6. Discussão

Quando este estudo foi operacionalizado para ser desenvolvido no município de Vitória, a expectativa sobre o que o usuário pensava ou percebia sobre o atendimento da tuberculose era grande. Isto porque nunca havia sido feita uma pesquisa voltada para a satisfação do usuário no programa de TB nos serviços municipais que atendem esta parcela da população.

A primeira parte deste estudo está relacionada à seleção dos sujeitos. Foi evidenciado que 23 pessoas foram excluídas na primeira etapa de cadastramento por não atenderem aos critérios de escolha para participarem da pesquisa. Os critérios de exclusão encontrados relacionavam-se a deficientes mentais, prisões, pacientes surdos, mudos, acamados e senis que não compareciam ao serviço para tratamento. Apesar destes pacientes não terem sido avaliados e não serem foco deste trabalho, existe uma preocupação em relação ao andamento do tratamento deles, pois dependem direta ou indiretamente de uma terceira pessoa para a realização do sucesso da cura da tuberculose.

Dois estudos realizados em Vitória (ES) corroboram esta preocupação, já que os autores verificaram que o sucesso do tratamento da TB pode ser conseguido em até 90% com a ajuda da família (Maciel et al. ,2009 ;Maciel et al, 2010).

Os dados demográficos encontrados neste estudo apontaram que a maioria dos doentes entrevistados é do sexo masculino. Estudos realizados no Brasil também observaram o fato de a população do sexo masculino ser predominante nas populações estudadas (ARCÊNCIO, *et al.* 2007; MACIEL *et al.*2005, VENDRAMINI *et al.* 2003).

Maciel et al. (2005), em artigo sobre o Conhecimento de Pacientes com Tuberculose no município de Vitória (ES), evidenciaram que houve predominância do sexo masculino no grupo de retratamento do estudo realizado, sendo que este foi um estudo de caso controle.

Discussão

Os achados encontrados por Queiroz (2008) na dissertação intitulada as “Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo” também apontaram que os homens foram os mais acometidos pela TB.

Segundo a OMS, em 2009, na maior parte do mundo, os homens foram os mais acometidos com a tuberculose em uma proporção de três para cada mulher, sendo que a mortalidade é quatro vezes maior em homens para cada mulher. Nos países em desenvolvimento, a incidência de TB chega a dois terços em relação ao sexo masculino (Queiroz apud THORSON; DIWAN, 1998).

A forma mais encontrada de TB entre os entrevistados foi a pulmonar. Este resultado está de acordo com a literatura e o Ministério da Saúde que relata a ocorrência desta forma de tuberculose em aproximadamente 90% dos casos encontrados. É importante destacar que a demanda atendida nos dois PCT de Vitória que fizeram parte do cenário deste estudo refere-se na sua maioria, os pacientes com tuberculose pulmonar, pois os casos notificados como tuberculose extra pulmonar são encaminhados para o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória (ES), por ser a referência nesses casos no estado.

A avaliação dos serviços da Atenção Primária a Saúde tem como pressupostos básicos alguns pré-requisitos tais como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade na assistência e coordenação (STARFIELD, 2002).

Aspectos como horários de disponibilidade da unidade, facilidade do transporte coletivo, instalações da infraestrutura (adaptação para portadores de deficiência), marcação de consulta e tempo de espera e local de atendimento são características essenciais para um bom desempenho dos serviços oferecidos na Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi contemplado com uma pergunta sobre o oferecimento de vale-transporte. Sabe-se que um dos pilares para o sucesso do tratamento está diretamente relacionado com o oferecimento deste recurso.

O estudo revelou que o oferecimento de vale-transporte foi percebido em dois momentos distintos pelos usuários. Primeiramente, quando questionados sobre o

Discussão

oferecimento do vale-transporte para ser utilizado na realização da consulta médica de controle mensal, os doentes avaliaram muito bem esta facilidade; no entanto, quando o questionamento sobre o vale transporte foi direcionado para o subsídio do tratamento supervisionado o resultado foi inverso, pois 77,8% desconheciam este tipo de benefício oferecido no município de Vitória.

Estes dados relacionados ao subsídio do vale-transporte para o tratamento supervisionado são preocupantes, pois o processo de implantação do DOTS (*Directly Observed Treatment Short- Course*) vem ocorrendo desde 1996, e sendo discutido pelo Ministério da Saúde desde o ano de 1999 (RUFINO NETTO, 2002). A propósito foi por intermédio da portaria 3739/GM, de 15 de outubro de 2000, que houve a regulamentação da concessão do bônus aos municípios para subsidiar as ações de implantação e implementação do DOTS. (SANTOS et al., 2009).

A própria OMS em 2003, salientou a necessidade de distribuição de incentivos, pois segundo esta organização, em função da longa duração do tratamento prescrito e da dificuldade de adesão ao tratamento, estes sujeitos são os mais propícios ao abandono do processo de cura.

Percebe-se que o oferecimento e a distribuição dos recursos para o tratamento da TB estão diretamente relacionados com a política pública de gestão adotada pelo Município.

Em se tratando de Vitória (ES), a condição de gestão pública adotada de 2005 a 2007 deu-se pelo Pacto de Atenção Básica, neste tipo de gestão em que o Município tinha diversas contas para receber os seus recursos. No que tange ao repasse para a tuberculose, esta estava atrelada aos tratamentos supervisionados e aos auto administrados ; por isso os recursos eram repassados periodicamente de acordo com a atividade desenvolvida pelo Município.

Desde 2008, Vitória adotou a gestão do Pacto pela Saúde. O que diferencia este tipo de gestão da Atenção Básica é que a partir de 2007 o repasse para o Município tem sido do fundo nacional para o fundo municipal de saúde. Isto quer dizer que, com os pactos da saúde, seis grandes blocos de recursos são administrados pelos

Discussão

municípios de acordo com as peculiaridades de cada localidade (SANTOS et al., 2009).

A tuberculose beneficia-se de recursos de mais de um bloco de recursos neste tipo de gestão, porém, sem uma conta específica para tuberculose, o que no final resulta em pouco esclarecimento sobre como usar os recursos destinados para a TB, dificultando, ao coordenador do PCT, estabelecer com nitidez, de quais recursos dispõe para as prioridades e viabilização das estratégias de controle da doença. (SANTOS et al., 2009)

Nesta linha de perguntas sobre subsídios, os usuários foram questionados sobre a realização do tratamento supervisionado. O questionamento foi feito em duas dimensões: nas perguntas relacionadas à infraestrutura à dimensão acessibilidade; os itens avaliaram o horário da realização da dose supervisionada e o local da administração do medicamento; essas duas perguntas tiveram resultados similares, em que 73,6% referiram não saber sobre a situação mencionada.

Na dimensão cinco, mais uma vez se perguntou sobre a dose supervisionada, todavia, o enfoque direcionou-se para o vínculo em relação ao profissional que administra o medicamento. E em consonância com os resultados acima, 37,5% falaram que desconheciam este serviço na comunidade.

Sobre esta prerrogativa do contexto da realização do tratamento e realização da dose supervisionada, os dois serviços em Vitória divergem na organização operacional, visto que as equipes têm rotinas diferenciadas; como exemplos destacam-se o horário de funcionamento do PCT, que não é o mesmo, e a infraestrutura que é discrepante de um serviço para o outro.

No Programa de Controle de Tuberculose de Maruípe, existem quatro profissionais: duas médicas, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Este serviço não possui assistente social, o horário de funcionamento ocorre no turno da manhã e da tarde, a infraestrutura é inadequada e não está de acordo como os padrões do Ministério da Saúde.

Discussão

Na outra unidade de saúde pesquisada no centro de Vitória, o quadro de funcionários é formado por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma assistente social, o horário de funcionamento é no turno da manhã e a infraestrutura está de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde.

Conforme descrito, somente uma unidade possui profissional do serviço social, e isto refletiu a insatisfação e a incompreensão dos usuários quanto à ausência da assistente social nos programas de tuberculose avaliados de Vitória, refletindo assim na análise da percepção com 54.1%, não observando a presença deste profissional no sistema deste serviço.

A idéia que emergiu destes dados foi que a falta da assistente social comprometeu o oferecimento dos subsídios aos doentes de tuberculose, visto que, no programa de Vitória a triagem e a distribuição destes recursos são de responsabilidade deste profissional. Já na outra unidade que não possui este profissional esta atividade e responsabilidade sobrecarrega o profissional enfermeiro, que assumiu mais uma incumbência na sua rotina diária.

André e Ciampone (2007) afirmam que a disponibilização de recursos e incentivos é fundamental para o sucesso das ações que envolvem o controle da tuberculose, entretanto a vontade do gestor junto ao conhecimento da magnitude do problema é fator fundamental para sensibilização da liberação destes recursos.

Estes mesmos autores descrevem que as dificuldades dos coordenadores diante da falta de autonomia de poder de decisão e da escassez de recursos, atreladas com à falta de comunicação do processo de operacionalização deste dinheiro faz com que o tratamento supervisionado fique prejudicado.

Diante dos fatos, percebe-se que a equipe de saúde que atende os PCT de tuberculose de Vitória encontra-se desfalcada, acarretando com isso o comprometimento da disponibilização dos recursos para a população acometida.

Em face destas situações, na busca do entendimento por melhores condições nos relacionamentos interpessoais entre o usuário e a equipe, a dimensão cinco propôs avaliar neste questionário alguns pressupostos da atenção primária à saúde que e

Discussão

o vínculo do usuário com a equipe. Nos itens avaliados nesta parte deste instrumento, os usuários avaliaram o atendimento da recepção, da equipe de enfermagem e do médico com uma aceitação superior a 95% de aprovação de satisfação.

Bataiero (2009) em seu estudo sobre acesso, vínculo e adesão ao tratamento para tuberculose no estado de São Paulo também encontrou resultados com elevados índices de aceitação desta relação entre os profissionais que fazem parte da porta de entrada da atenção primária em torno de 85% para médicos; já em relação aos enfermeiros, os percentuais foram semelhantes, com resultados de 86% de satisfação.

Referindo-se aos agentes comunitários de saúde 50% dos usuários optaram por inferir que não tinham acesso ou não sabiam sobre estes profissionais.

Este dado apresentado é de suma importante, pois se refere ao profissional que é considerado o elo entre o usuário e o programa de controle de tuberculose. É evidente que esta situação está ligada a não descentralização do Programa de Tuberculose para Estratégia Saúde da Família. Vale ressaltar que uma das incumbências do ACS todo mês é visitar os pacientes que fazem parte dos eixos prioritários da Saúde da Família ou do PACS, por isso fica evidente que algo deve ser feito para reversão deste quadro.

O estudo realizado no município de BAYEUX-PB relacionado ao vínculo sobre a concepção de profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família revelou que o doente de TB depende muito da responsabilidade dos profissionais que compõem as equipes de saúde nas quais o doente está inserido, principalmente do envolvimento cotidiano delas com a dinâmica familiar. Isto inclui o atendimento direto que o agente de saúde oferece a população. (MARCOLINO et al., 2009)

Salienta-se que de acordo com o Programa Nacional de Humanização (PNH) o Ministério da Saúde tem alguns desafios relacionados ao vínculo entre os profissionais e usuários destacando-se-se a ampliação do acesso com qualidade aos serviços, a ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, e gestores e usuários nos processos de gerir e cuidar. (BRASIL, 2004)

Discussão

Para o portador de tuberculose informações sobre estigmas, tratamento e orientações sobre o envolvimento da família são imprescindíveis para o bom andamento do tratamento. Além do autoentendimento sobre o agravo é importante que a família e as pessoas que convivem com este doente saibam da magnitude deste problema. Neste trabalho tornou-se claro que os trabalhos educativos realizados pelos profissionais dos serviços de saúde para informar a comunidade sobre a TB não estão sendo percebidos, uma vez que 47,3% informaram que não percebem essas atividades nas comunidades.

Finalizando, fica evidente que a assistência prestada nos programas de tuberculose em Vitória tem um aspecto geral satisfatório, destacando-se o comprometimento dos profissionais dos PCTS para com os pacientes. Este alto percentual de satisfação ficou evidenciado em muitos indicadores, inclusive na dimensão seis, avaliada pela média dos indicadores 3,4, e 5.

Porém, houve avaliações insatisfatórias de relevância, os problemas encontrados pelos usuários são condizentes com a prática evidenciada neste estudo. As insatisfações quanto ao oferecimento de vale-transporte, ao tratamento supervisionado, as instalações de infraestrutura, devem ser revistas, avaliadas e servir de base para nortear as políticas públicas voltadas para este agravo.

7. Conclusio

7. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a satisfação do usuário em relação aos serviços referentes à TB oferecidos em Vitória, por meio da análise da percepção dos usuários que frequentam os dois programas de referência de controle da Tuberculose. Consideramos este estudo de extrema importância, já que foi a primeira vez em que os usuários puderam expressar suas expectativas sobre o atendimento recebido nos PCTS de Vitória.

Pode-se concluir que:

Em relação ao oferecimento do vale-transporte não há uma padronização para o oferecimento deste subsídio. O tratamento supervisionado não ocorre segundo as diretrizes do Ministério da Saúde. A falta da assistente social foi motivo de insatisfação perante os usuários, fato que corrobora a má gestão dos subsídios administrados por este profissional.

Diante deste estudo, ficou evidente a existência de divergência e a falta de uniformização dos serviços oferecidos nos programas de controle de tuberculose em Vitória é um importante indicador de qualidade. A complexidade do assunto satisfação do usuário é muito oportuna, visto que os usuários dentro de suas limitações perceberam que atores e ações fundamentais no processo do tratamento da tuberculose como os ACS e os subsídios não estão inseridos como deveriam no programa.

Um dado importante vale ser destacado, o DOT's não foi percebido pelos usuários, fato que preocupa, pois esta estratégia esta proposta a mais de cinco anos pelo governo brasileiro como meta primordial para obtenção do sucesso e cura dos tratamentos.

Enfim, o conhecimento e a percepção dos usuários só poderão servir de base para a gestão municipal modificar o cenário pesquisado, quando os usuários entenderem que a força do controle social e os direitos são garantidos perante a legislação da saúde vigente no Brasil.

7. Referências

Referências

8. Referências

1. AKERMAN, M; NADANOVSKY, P. Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o Quê. *Cad. Saúde Publica.*, Rio de Janeiro, 8(4): 361-365, out/dez, 1992.
2. AYRES, José Ricardo. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 583-592. ISSN 1413-8123.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2004
4. BOSI, Maria Lúcia Magalhães e UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 150-153. ISSN 0034-8910
5. Campinas LLSL, Almeida MMMB. Tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. *O mundo da saúde* 2004; 28 (1): 69-76.
6. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. 1966; 44; 166-206.
7. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science* 200,1978.
8. Donabedian A. The Quality of Care. How can it be assessed? *JAMA*.1988; 260 (12): 1743-8. DOI: 10.1001/ jama. 260.12.1743.
9. ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.M.H. et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.*, v.21, n.2-3,p.164-76, 2007.

Bibliografias

10. ESPERIDIAO, Monique e TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 303-312. ISSN 1413-8123.
11. Franco S C., Campos G W de S. Avaliação da Qualidade de Atendimento Ambulatorial e Pediatria em um Hospital Universitário. *Caderno de Saúde Pública* 1998 jan/mar; 14 (1): 61-70.
12. FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.5, pp. 825-831. Epub 18-Set-2009.
13. HIJJAR, Miguel Aiub; GERHARDT, Germano; TEIXEIRA, Gilmário M , e PROCOPIO, Maria José. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 50-57. ISSN 0034-8910.
14. GOMES R; SILVA CMF; DESLANDES SF; SOUZA ER. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIVAIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão dos usuários. *Caderno de Saúde Pública* 15(4): 789-797. 1999
15. HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 341-353. ISSN 1413-8123.
16. KLOETZEL, K; et al. Controle de Qualidade em Atenção Primária à Saúde – A satisfação do Usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(3): 623-628 jul-set, 1998.

Bibliografias

17. KOTAKA, Filomena; PACHECO, Maria Lícia R. e HIGAKI, Yasue. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.31, n.2, pp. 171-177. ISSN 0034-8910.
18. Lima, Maria Alice Dias da Silva; Ramos, Donatela Dourado; Rosa, Raquel Borba; Nauderer, Taís Maria; Davis, Roberta. Acesso e Acolhimento em Unidades de Saúde na Visão dos Usuários. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(1):12-7.
19. MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl. 1, pp. 1395-1402. ISSN 1413-8123.
20. MACIEL, E.L.N. SEIXAS, C.; MORAES, E.P.de ; FREGONA, G.; DIETZE, R. O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controle. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 593-604, 2005., 2002 . *Enferm. Florianópolis*, Dec. 2007; 16(4): 712-718.
21. 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
22. OLIVEIRA, Ana Katarina Pessoa de e BORGES, Djalma Freire. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 369-389. ISSN 0034-7612.

Bibliografias

-
23. REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 1990, vol.6, n.1, pp. 50-61.
24. RUFFINO-NETTO, Antonio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2002, vol.35, n.1, pp. 51-58. ISSN 0037-8682.
25. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde /Unesco, 2002.
26. SILVA, Ligia Maria V. da e FORMIGLI, Vera Lúcia A.. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.10, n.1, pp. 80-91.
27. SILVA, Lígia Maria V. da et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1995, vol.11, n.1, pp. 72-84.
28. TANAKA, O.Y.; MELO, C.M.M. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa, pp. 121-136. In BOSI, M.L.L.; MERCADO, F.J. (ORG.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.
29. TRAD, Leny Alves Bomfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza; SANTANA, Edyara de Moraes e NUNES, Mônica Oliveira. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.3,

Bibliografias

-
30. TRAD, Leny Alves Bonfim , BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, n.2, pp. 429-435.
31. Vaitsman, Jeni Gabriela R. B. Andrade Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005 . Paulo, v. 7, n. 3
32. VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (2005). Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. M (orgs.), *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 15-39
33. BORGES, Michele et al. **Análise molecular de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* provenientes de um centro de saúde ambulatorial em Porto Alegre, (RS)**. *J. bras. pneumol.* [online]. 2004, vol.30, n.4, pp. 358-364. ISSN 1806-3713.
34. VENDRAMINI, Silvia H. F. et al. **Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003**. *J. bras. pneumol.* [online]. 2005, vol.31, n.3, pp. 237-243. ISSN 1806-3713.
35. MARCOLINO, Alinne Beserra Lucena et al. **Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2009, vol.12, n.2, pp. 144-157. ISSN 1415-790X.

Bibliografias

36. MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. **Coleta de lavado gástrico para diagnóstico de tuberculose pulmonar infantil: revisão sistemática.** *Rev. Saúde Pública* [online]. ahead of print, pp. 0-0. Epub 25-Jun-2010. ISSN 0034-8910.
37. MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. **Household members and health care workers as supervisors of tuberculosis treatment.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 339-343. ISSN 0034-8910.
38. MOREIRA, Tiago Ricardo; ZANDONADE, Eliana e MACIEL, Ethel Leonor Noia. **Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 332-338. ISSN 0034-8910
39. VIEIRA, Rafael da Cruz Araújo et al. **Distribuição espacial dos casos novos de tuberculose em Vitória, Estado do Espírito Santo, no período entre 2000 e 2005.** *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2008, vol.41, n.1, pp. 82-86. ISSN 0037-8682.
40. RODRIGUES, Patrícia Marques et al. **Infecção por *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde que atuam no controle da TB.** *J. bras. pneumol.* [online]. 2009, vol.35, n.4, pp. 351-358. ISSN 1806-3713.
41. MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. **Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil.** *J. bras. pneumol.* [online]. 2008, vol.34, n.7, pp. 506-513. ISSN 1806-3713
42. MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. **O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.6, pp. 1377-1386. ISSN 0102-311X.

Bibliografias

43. OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 997-1008. ISSN 1413-8123.
44. World Health Organization. What is dots? A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva; 2002

10. Anexos

ANEXO I

AValiação DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PRESTAM AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

I. Doentes de Tuberculose

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

Questões com * devem ser respondidas posteriormente à entrevista.

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO DOENTE				
1.	Iniciais:			
2.	*Nº SINAN ou WEB-TB:			
3.	*Prontuário:			
4.	Endereço:			
5.	Sexo	Feminino 1 () Masculino 2 ()		
	6. Idade _____ anos	18 – 29 anos 0 () 30 – 39 anos 1 () 40 – 49 anos 2 () 50 – 59 anos 3 () 60 anos ou mais 4 ()		
7. Estado civil		Solteiro 0 () União Estável 1 () Casado 2 () Separado / Divorciado 3 () Viúvo 4 () Outro (_____) 5 ()		
		8. Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou? (_____)	Sem escolaridade 0 () 1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 1 () 1ª fase do ensino fundamental (completo) 2 () 2ª fase do ensino fundamental (incompleto) 3 () 2ª fase do ensino fundamental (completo) 4 () Ensino Médio (incompleto) 5 () Ensino médio (completo) 6 () Ensino superior (incompleto) 7 () Ensino superior (completo) 8 ()	
			9a. Quem é a pessoa responsável pelo seu domicílio?	O próprio doente Outra pessoa

FILTRO - Se o responsável pelo domicílio for o próprio doente, ir para a questão 10.

9b. Qual o grau de instrução do responsável pelo domicílio?	Sem escolaridade	0 ()
	1ª fase do ensino fundamental (incompleto)	1 ()
	1ª fase do ensino fundamental (completo)	2 ()
	2ª fase do ensino fundamental (incompleto)	3 ()
	2ª fase do ensino fundamental (completo)	4 ()
	Ensino Médio (incompleto)	5 ()
	Ensino médio (completo)	6 ()
	Ensino superior (incompleto)	7 ()
Ensino superior (completo)	8 ()	

10. Ocupação (_____)	Desempregado	0 ()
	Empregado	1 ()
	Do lar	2 ()
	Autônomo	3 ()
	Outro (_____)	4 ()
11. Qual a renda familiar?	Sem renda	0 ()
	Sem renda fixa (serviço eventual)	1 ()
	Até 1 salário mínimo (SM)	2 ()
	>1 e até 3 SM	3 ()
	>3 e até 5 SM	4 ()
> 5 SM	5 ()	

Salário mínimo – R\$ 415,00

12. O local onde o (a) Sr. (a) vive é:	Própria	1 ()
	Alugada	2 ()
	Cedida	3 ()
	Instituição (asilar/ abrigo)	4 ()
	Não tem moradia	5 ()
	Outra (_____)	6 ()

FILTRO – Se responder que não tem moradia, ir para a questão 20.

13. Tipo de Moradia	Alvenaria	1 ()
	Madeira	2 ()
	Material Reciclável	3 ()
	Outros (_____)	4 ()

14. Qual é o número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro?	
15. Qual é o número de pessoas que moram em sua casa?	
16. Número de adultos maiores de 60 anos?	
17. Número de crianças (menores de 12 anos)?	

Para as questões 18a a 18g responda: 1 – sim; 2 – não.

18. O Sr (a) possui?			
18a	Água Encanada	18e	Freezer/parte duplex
18b	Luz Elétrica	18f	Vídeo cassete/ DVD
18c	Telefone (Cel/ Fixo)	18g	Máquina de Lavar roupa
18d	Geladeira		

19. Quantos desses itens abaixo o Sr. possui? (anotar a quantidade)			
19a	Rádio	19d	Televisão em cores
19b	Empregada Mensalista	19e	Carro próprio
19c	Banheiro privativo		

B. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A TB

20. Forma Clínica da Tuberculose	Pulmonar	1 ()
	Extrapulmonar (_____)	2 ()
21. *Tempo de Tratamento Medicamentoso _____ meses	> 1 Mês até 3 Meses	1 ()
	> 3 Meses até 6 Meses	2 ()
	> 6 Meses até 9 Meses	3 ()
	> 9 Meses	4 ()

Anexos

***Para a questão 22 responda: 1 – Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; 2 – Serviço de atenção básica com equipes generalistas; 3 – Outro (especificar _____)**

22.	Serviço onde realiza a consulta médica de controle da TB? Nome: _____ *Endereço: _____ *Horário de atendimento aos doentes de TB: _____		
23.	Faz Tratamento Supervisionado (TS)?	S()-Sim	N()-Não

FILTRO - Se o doente não fizer tratamento supervisionado, ir para a questão 27.

***Para a questão 24 responda: 1 – Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; 2 – Serviço de atenção básica com equipes generalistas; 3 – Outro (especificar _____)**

24.	Serviço que realiza a dose supervisionada Nome: _____ *Endereço: _____ *Horário de realização do TS: _____		
25.	Dose supervisionada no domicílio?	S()-Sim	N()-Não
26.	Quantas vezes por semana realiza a dose supervisionada?		
27.	Local onde realiza os exames laboratoriais? Nome: _____		
28.	Local onde realiza o raio-x? Nome: _____		

C. Infra-Estrutura

Para as questões 29 a 44, responda: 1- Muito Ruim 2-Ruim 3- Regular 4-Bom 5- Muito Bom 0-Não sabe 99-Não se aplica.
Entre colchetes, citar o nome do(s) serviço(s) de saúde correspondente(s).

NA ATENÇÃO À TB, O QUE O SR. (A) ACHA:

29.	Da aparência física (percepção visual) do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
30.	Das acomodações (bancos, cadeiras, macas) do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
31.	Das instalações do banheiro do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
32.	Dos barulhos e sons (percepção sonora) do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
33.	Do cheiro (percepção olfativa) do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
34.	Da iluminação do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
35.	Da ventilação do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
36.	Dos materiais utilizados durante o seu atendimento no(s) [serviço(s) de saúde onde realiza a consulta médica de controle]? (Ex: balança, potes para coleta de exame, etc.).		
37.	Da disponibilidade de medicações para o tratamento da TB?		
38.	Do oferecimento de cestas básicas?		
39.	Do oferecimento de vale-transporte para realização da consulta de controle mensal?		
40.	Do oferecimento de vale-transporte para realização do tratamento supervisionado?		
41.	Da realização do tratamento supervisionado?		
42.	Da disponibilidade de profissionais de saúde para atendê-lo sempre que precisa do(s) [serviço(s) de saúde onde realiza a consulta médica de controle]?		
43.	Do local de realização dos exames laboratoriais?		
44.	Do local de realização do Raio-X?		

D.	Acessibilidade		
Para as questões 45 a 56, responda: 1- Muito Ruim 2-Ruim 3- Regular 4-Bom 5- Muito Bom 0-Não sabe 99-Não se aplica. Entre colchetes, citar o nome do(s) serviço(s) de saúde correspondente(s).			
NA ATENÇÃO À TB, O QUE O SR. (A) ACHA:			
45.	Da distância entre o(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle] e a sua casa?		
46.	Do tempo gasto no deslocamento de sua casa até o(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
47.	Do meio de transporte necessário para ir ao(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
48.	Dos gastos com transporte para realizar a consulta médica de controle?		
49.	Da disponibilidade do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle] para a realização de consultas eventuais e/ou de urgência?		
50.	Do tempo de espera para ser atendido (sala de espera) no(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
51.	Do tempo gasto na consulta médica de controle?		
52.	Do tempo gasto na consulta de enfermagem no(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
53.	Do tempo de espera para a realização de exames diagnósticos (Raio-X e/ou Teste Tuberculínico e/ou Exame de Escarro)?		
54.	Do horário de funcionamento do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle] para o atendimento aos doentes de TB?		
55.	Do horário de realização da dose supervisionada?		
56.	Do local onde realiza a dose supervisionada (inclusive se fizer no domicílio)?		

E. Relação Usuário-Equipe de Saúde

Para as questões 57 a 74, responda: 1- Muito Ruim 2-Ruim 3- Regular 4-Bom 5- Muito Bom 0-Não sabe 99-Não se aplica.
Entre colchetes, citar o nome do(s) serviço(s) de saúde correspondente(s).

NA ATENÇÃO À TB, O QUE O SR. (A) ACHA:

57.	Do atendimento da recepção do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
58.	Do atendimento da Equipe de Enfermagem do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
59.	Do atendimento médico do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle]?		
60.	Do atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)?		
61.	Do atendimento da Assistente Social?		
62.	Do atendimento do profissional que administra a dose supervisionada?		
63.	Do apoio emocional oferecido pelos profissionais do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle e/ou realiza a dose supervisionada]?		
64.	Da confiança na Equipe de Saúde do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle e/ou realiza a dose supervisionada]?		
65.	Das orientações dadas pelos profissionais de saúde do(s) [serviço(s) de saúde onde o Sr (a) realiza a consulta médica de controle] em relação a sua doença e tratamento?		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória – ES, 09 de Outubro de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Ethel Leonor Noia Maciel
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação da satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle da tuberculose em municípios de diferentes regiões do Brasil”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, N° Registro no CEP-088/08, intitulado: **“Avaliação da satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle da tuberculose em municípios de diferentes regiões do Brasil”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de Outubro de 2008

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.


Atenciosamente,

Profª Drª **Lílíana Cruz Spano**
Deptª de Patologia
Núcleo de Doenças Infecciosas
Centro de Ciências da Saúde - UFES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),
Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre "Avaliação da Satisfação do usuário em relação aos Serviços de Saúde que prestam ações de controle da Tuberculose em Vitória - ES". Esta pesquisa está sendo realizada pela aluna de mestrado Leticya dos Santos Almeida Negri, sob orientação da Profª Drª Ethel Leonor Noia Maciel e tem como objetivo avaliar a satisfação do usuário de serviços de atenção à tuberculose.

Sua participação consistirá em responder a um questionário podendo durar em média 30 minutos e ser realizada no local de atendimento de seu tratamento. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o sigilo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Vitória, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa - Profª Drª Ethel Leonor Noia Maciel

CONTATOS:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Endereço: Av.: Bandeirantes, 3900
Campus Universitário - Ribeirão Preto - SP CEP 14049-900 Telefone (0XX16) 36023407

Pós-Graduação em Saúde Coletiva, andar térreo do Departamento de Enfermagem do
Centro de Ciências da Saúde da UFES. Avenida Marechal Campos 1468 - Maruípe - Vitória
- Espírito Santo - 29.040-090. Tel/Fax: 27 - 3335-7287