



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Pública

MÁRCIA SÃO PEDRO LEAL SOUZA

**FATORES DE ADESÃO AO PROGRAMA DE CONTROLE
DA TUBERCULOSE**

Salvador
2007

MÁRCIA SÃO PEDRO LEAL SOUZA

**FATORES DE ADESÃO AO PROGRAMA DE CONTROLE
DA TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Susan Martins Pereira

Salvador
2007

À minha mãe Raimunda e avó Maria das Mercês pelo amor e dedicação de toda uma vida;

Aos meus filhos, Ana Beatriz e João Vítor, minha herança, pela alegria constante;

A Marcos Augusto, companheiro e cúmplice, com quem compartilho cada momento da

minha vida intensamente.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e Salvador, Jesus Cristo que pela sua graça e misericórdia me fez renascer e concedeu mais uma vitória.

À Professora Susan, agradeço pela atenção dispensada no desenvolvimento desta dissertação e pela generosidade com a qual compartilha seus conhecimentos e saberes.

Ao professor Dr. Jamocyr Marinho, pelo exemplo de seriedade e simplicidade no desenvolvimento das suas relações profissionais e pessoais.

Ao ISC e aos professores com quem tive a oportunidade de conviver, os quais contribuíram para o meu aperfeiçoamento como professora e me ensinaram a ser pesquisadora.

Aos gestores, profissionais de saúde pela disponibilidade em compartilhar suas experiências.

Aos meus irmãos André e Ricardo pelas palavras sábias nos momentos de angústia e socorro sempre presente.

Aos colegas Ana Mokaio e Carlos Erazo pela disponibilidade dispensada no decorrer da caminhada.

Às professoras e amigas Helena Maia e Luciara Leite Brito pelos conhecimentos compartilhados, paciência, amizade e palavras de incentivo nos momentos mais críticos.

Aos meus alunos pela compreensão e torcida no decorrer da caminhada.

“Agora, sei que o Senhor salva o seu ungido;
ele lhe responderá do seu santo céu
com a vitoriosa força de sua destra”.

Salmo 20:6

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os fatores associados a adesão ao tratamento dos casos de tuberculose nas unidades de saúde de referência, no município de Salvador, Bahia 2006.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo ecológico espacial nas unidades de referência no tratamento dos casos de tuberculose dos Distritos Sanitários no município de Salvador-Bahia, no ano de 2006. A amostra foi composta pelas unidades de Saúde Municipais que apresentaram uma maior frequência de casos notificados de tuberculose por ano. Foram analisadas as variáveis: cura, abandono, adesão ao tratamento, exames realizados, equipe de saúde e benefícios disponibilizados aos pacientes. Foi realizada uma análise descritiva a fim de determinar as características dos serviços. Para verificar associação entre as variáveis, foi utilizado o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher, sendo considerada estatisticamente significantes associações com $p < 0,05$.

RESULTADOS: As unidades incluídas, atenderam a 67,19% do total de 2283 casos de tuberculose ocorridos em Salvador no ano de 2006. Nestas, observou-se 78,42% de cura, 8,60% de abandono, 2,15% de óbito e 8,08% de transferência. As taxas de adesão por Unidade de Saúde apresentaram uma variabilidade, com valores entre 66,67% a 98,06%. As variáveis cura e abandono mostraram associação estatisticamente significativa com a variável dependente adesão na comparação de proporções e 100% das unidades com alta adesão possuíam equipe de saúde completa. **CONCLUSÃO:** A adesão é fator importante para o

desfecho cura e abandono. Os resultados demonstram que 54,55% das unidades do município de Salvador no ano avaliado alcançaram as metas estabelecidas pela OMS para o desfecho cura, índice considerado baixo. A presença de equipe multidisciplinar completa no programa de tuberculose, pode contribuir para a compreensão pelo paciente sobre a sua enfermidade e a importância da adesão ao tratamento para a cura.

DESCRITORES: Adesão ao tratamento, serviços de saúde, tuberculose.

ABSTRACT

AIM: To identify the factors associate the adherence of tuberculosis treatment in the quality of health services in Salvador, Bahia.

MATERIALS AND METHODS: This ecological study used district health data collected in the city of Salvador in 2006. The sample was taken at the municipal health centers at which the annual frequency of notification of cases of tuberculosis was highest. The following variables were analyzed: cure, abandonment, treatment adherence, tests, the teams and the benefits offered to the patients. The data was validated and evaluated for consistency, and a descriptive analysis was undertaken in order to determine the characteristics of the service. The chi-squared test or Fisher's exact test was used to verify the association between the variables, with $p < 0.05$ being considered to be statistically significant.

RESULTS: The centers included attended to 67.19% of the 2283 notifications in Salvador in 2006 and reported 78.42% of the cases as cured, 8.60% as abandoned, 2.15% as resulting in death and 8.08% as transferred. The rates of adherence at each health center varied between 66.67% and 98.06%. The variables cure and abandonment were statistically significant, dependent of the proportional rate of adherence. 100% of the centers with high rates of adherence had complete teams.

CONCLUSION: Adherence is an important factor for the outcomes of cure and abandonment. The results show that 54.55% of the centers in the city of Salvador, in the year studied, met the standard established by the WHO for cure, which is considered to be set low. The presence of a complete multidisciplinary team on the

tuberculosis program may help the patient to understand his/her illness and the importance of taking up the treatment.

KEY WORDS: Treatment adherence, health services, tuberculosis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

TB	Tuberculose
MS	Ministério da Saúde
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy
TS-DOTS	Tratamento Supervisionado - DOTS
PSF	Programa Saúde da Família
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SUS	Sistema nico de Saúde
SINAN	Sistema de Informao e Agravos de Notificao
SINAN-TB	Sistema de Informao e Agravos de Notificao - Tuberculose
OMS	Organizao Mundial de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
MATERIAL E MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	20
DISCUSSÃO.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS I.....	37
ANEXOS II.....	43
ANEXO III.....	46

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, com evolução em ciclos lentos e maior incidência nas aglomerações urbanas. Nos países desenvolvidos, tornou-se uma doença reemergente, com níveis elevados e crescentes nos países em desenvolvimento. A partir de 2003, a TB foi inserida na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil.¹⁹ Este, em 2005, alcançou as metas intermediárias de 73,5% de detecção dos casos estimados e 69,3% de cura.

Um ponto de discussão entre os profissionais de saúde tem sido a questão da não-adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que, da adesão ao tratamento, depende o sucesso da terapia proposta, a cura de determinada enfermidade, o controle de um processo crônico e a prevenção de uma patologia. O conceito de adesão varia entre autores, entretanto, é compreendido, de forma geral, como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando os horários, as doses e o tempo de tratamento. Brawley e Culos-Reed⁶ definem o termo *adherence*, ou aderência como o utilizado para identificar a escolha livre das pessoas em adotarem ou não certa recomendação. A adesão ou a aderência ao tratamento depende de dois fatores, um que focaliza o fenômeno no paciente e o outro que tem seu foco nos fatores externos ao paciente. Estes estão relacionados ao serviço de saúde, no que refere ao seu modelo de organização e oferta dos serviços.²²

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde, por meio do Projeto Global da Resistência às Drogas Antituberculosas, relatou que a resistência aos medicamentos aumentava em situações onde havia tratamentos irregulares, associados a sistemas de saúde precários e a programas de tratamento de TB ineficientes.^{3,18} Dentre os tratamentos irregulares destaca-se o abandono ao tratamento, considerado um sério problema para o controle da TB porque implica na persistência da fonte de infecção e no aumento da taxa de mortalidade, além de facilitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes. Os níveis de abandono do tratamento vão desde sua total recusa e do uso irregular das drogas até o não cumprimento da duração do tratamento.¹⁰

Em alguns países o tratamento da TB é custeado pelos que adoeceram e algumas falhas são apontadas como decorrentes da baixa condição econômica destes indivíduos. No Brasil, apesar do tratamento da TB ser ofertado pelo Governo, o índice de "alta por abandono" não tem se reduzido, indicando outras questões mais relevantes para a decisão.

A literatura aponta que a maioria dos estudos é concordante em relação às altas taxas de abandono ao tratamento no país. Em Recife foi estimada uma frequência em 26% de abandono do tratamento.¹ Ferreira et al,¹⁰ encontraram uma incidência global de abandono de 27,3%, equivalente a 5,1 abandonos por 100 pessoas/mês, com frequência maior entre o segundo e o terceiro mês de tratamento no município de Cuiabá. Escobar et al,⁹ ao estudar o perfil da TB em populações indígenas de Rondônia, encontraram um percentual de 84% de alta por cura e 12% de abandono, sendo a proporção de abandono entre os homens de 15% e

entre as mulheres de 9%. Entre as regiões indígenas estudadas a proporção de abandono variou de 7% em Guajará Mirim a 26% em Porto Velho.

No Brasil, a estratégia DOTS tem sido implantada em alguns serviços. No entanto, a escassez de recursos humanos e financeiros, problemas inerentes ao sistema público de saúde, representa uma dificuldade operacional em acompanhar os pacientes que realizam o tratamento de TB.³ Os primeiros dois a três meses de tratamento de tuberculose são considerados os períodos nos quais ocorre a maioria dos abandonos, o que evidencia a necessidade em adotar medidas que o reduzam desde o início do tratamento.¹² Natal et al,¹⁵ associaram a ocorrência do abandono na primeira metade do tratamento com a melhora clínica, com a falta de percepção da própria doença e com o fato dos pacientes não reconhecerem a importância do tratamento.³

No Brasil, as avaliações dos serviços de saúde não são rotineiramente realizadas, uma vez que ocorrem dificuldades metodológicas e operacionais que não são respondidas no plano da investigação. As práticas de saúde desenvolvem-se em vários níveis de complexidade que se inicia no cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde. Mas, para Silva & Formigli²¹ a cobertura e a eficiência poderiam ser monitoradas a partir de informações já disponíveis, como o número de consultas por tipo de ação de saúde e os custos.

A cidade de Salvador é considerada prioritária no controle da tuberculose pelo Ministério da Saúde, por ser a terceira capital do país, em números de casos

notificados, em média três mil casos-ano e incidência de 92,4/100mil/hab em 2006, correspondendo a quase o dobro da incidência nacional 48/100.000hab (COAPS/SMS/2007). Para enfrentar este problema, um Plano Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) foi desenvolvido com o objetivo de desenvolver um trabalho direcionado para a implementação das medidas de controle da TB como a detecção de casos novos, tratamento e cura dos casos.

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados a adesão ao tratamento dos casos de tuberculose nas unidades de saúde de referência, no município de Salvador, Bahia 2006.

Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico espacial, transversal do tipo institucional, descritivo nas unidades de referência no tratamento dos casos de tuberculose dos Distritos Sanitários no município de Salvador-Bahia, no ano de 2006.

A população estimada para Salvador no ano de 2005 foi de 2.711.372 habitantes (IBGE/2006). Neste município há 12 Distritos Sanitários, 86 unidades de Saúde Municipais, 63 unidades de Saúde Municipais com Programa de Controle da Tuberculose e 41 unidades de Saúde da Família. Para o ano de 2006 foram notificados 2.283 casos de TB nesta cidade.

Inicialmente, foi listado o número de casos de tuberculose por cada Distrito Sanitário e identificadas as unidades de saúde responsáveis pelo atendimento de maior número de casos em cada distrito, sendo estas as incluídas no estudo. A amostra total foi composta por onze (11) Unidades Básicas de Saúde, uma em cada distrito.

Uma equipe composta de quatro alunos, dois do curso de enfermagem e dois do curso de fisioterapia realizou a coleta de dados, sob supervisão da pesquisadora. Um treinamento foi realizado objetivando uma padronização dos alunos quanto à aplicação do instrumento. A coleta dos dados primários ocorreu em um período de oito semanas, após apresentação do projeto e do instrumento de avaliação dos serviços de saúde à Secretaria Municipal de Saúde. Um questionário foi aplicado aos coordenadores do programa de controle da tuberculose para obter informações sobre identificação do distrito sanitário e relativas à oferta e qualidade da assistência à saúde referente à unidade de saúde prestadora do atendimento ao paciente. Os dados secundários foram obtidos do Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose (“livro preto”). Este foi utilizado para verificação dos indicadores gerais das ações de controle dos casos de TB nas unidades de saúde e os respectivos desfechos referentes ao ano de 2006. Posteriormente, uma nova visita foi realizada nas unidades de saúde para confirmação dos desfechos dos casos que se encontravam em aberto.

Foi considerada como variável dependente a adesão ao programa de tratamento da tuberculose, expressa através da variável taxa de adesão. As co-variáveis consistiram em aspectos da infra-estrutura material dos serviços que caracterizam

as unidades de saúde dos distritos sanitários e foram avaliadas por questões que abordaram condições organizacionais dos recursos humanos, físicos e de equipamentos distribuídas da seguinte maneira: Unidade de Saúde; População Adscrita; Pessoa que realizou o ingresso ao sistema categorizado segundo tipo de profissional; Exames Diagnósticos foram investigados com as variáveis, Baciloscopia, Cultivo, Histopatologia; Teste de ELISA; Teste de HIV; Serviço de Radiologia em Funcionamento na unidade; Equipes do Programa de Saúde da Família atuante no PCT; Recursos Humanos por Unidade de Saúde categorizado em enfermeira, médico, auxiliares de enfermagem, assistente sociais, nutricionistas, visitadoras atuantes no PCT; Falência do esquema de tratamento, local de encaminhamento; presença do DOTS; Busca ativa dos Casos; Busca dos faltosos; Oferta de cesta básica; Oferta de vale transporte; Oferta do programa bem nutrir (corresponde a um programa de parceria com a Fundação José Silveira na distribuição de leite de soja para os pacientes em tratamento de TB); Veículo para busca ativa dos casos; Assistência Farmacêutica; Regularidade para o fornecimento de medicação; Falta de medicamento nos últimos seis meses; Periodicidade no fornecimento de medicação e Agendamento das consultas. Todas as variáveis foram categorizadas em sim e não.

A base de dados foi analisada por meio do software EPI INFO versão 6.04 e STATA 7.0. Foi realizada uma análise descritiva a fim de determinar as características gerais e específicas das unidades básicas de saúde estudadas. As variáveis contínuas foram analisadas utilizando-se para medida de tendência central e dispersão e as variáveis categóricas como proporção. Para verificar a

associação entre as variáveis nominais, foi utilizado o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher, sempre verificando os pressupostos necessários à aplicação dos mesmos. Considerou-se, estatisticamente, significantes associações com $p < 0,05$.

Para o cálculo da taxa de adesão foi considerado a soma do número de casos de cura comprovada, cura não comprovada e falência sobre a população adscrita. Esta foi definida pelo somatório do número de casos incidentes e em retratamento. Os casos de transferência foram descartados, uma vez que ao ser transferido não há como obter dados sobre a permanência do paciente no programa de tratamento. Os casos de falência permaneceram no cálculo da taxa de adesão, uma vez que o Ministério da Saúde define casos de falência como quando foi administrado ao paciente os três esquemas e não houve resposta ao medicamento. Na análise dos dados optou-se pela categorização dos percentuais da taxa de adesão, considerando-se adesão inferior a 85,0% e adesão igual ou superior a 85,0%. Este ponto de corte para adesão em 85,0% foi baseado no parâmetro de cura aceitável considerado pelo Programa Nacional de Tuberculose. O Ministério da Saúde preconiza 85,0% de cura, 5,0% de falência e espera-se até 5,0% de abandono, uma vez que não há na literatura específica valor quantitativo para a adesão.

Foi desenvolvido um escore que poderia variar de 0 à 33 pontos, de acordo com os achados, para classificar as unidades básicas de saúde com relação ao serviço de radiologia na unidade e baciloscopia própria; a presença do enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, assistente social e visitador do programa; a oferta de ticket refeição, programa bem nutrir, vale transporte e cesta básica; a

realização da busca ativa, busca dos faltosos e a presença de veículo na unidade e medicamento. O valor numérico zero (0) foi considerado para a variável que não estava presente na unidade ou a qualidade do serviço era ruim; o valor numérico um (1) quanto à realização do serviço de radiologia na própria unidade, o valor numérico dois (2) quando as variáveis referentes a benefícios e vigilância estavam presentes na unidade e quanto a não falta de medicamento na unidade e o valor numérico três (3) para a realização da baciloscopia na própria unidade e para a presença dos profissionais na equipe de saúde. A variabilidade na pontuação das variáveis justifica-se pela relevância das mesmas. O maior valor numérico foi atribuído àquelas normas que são formalmente estabelecidas pelo MS, como equipe de saúde completa e realização da baciloscopia na própria unidade. Posteriormente, as variáveis foram agrupadas de acordo com os aspectos diagnósticos, equipe, benefícios, vigilância e medicamento para verificação da associação das mesmas, em relação à adesão.

Descrição das variáveis após agrupamento: A variável exame, foi composta pelo serviço de radiologia em funcionamento na unidade e a realização da baciloscopia na própria unidade. A variável equipe foi codificada como médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e visitador do programa. Foi considerada como equipe completa as unidades que apresentaram todos os profissionais e equipe incompleta a ausência de um dos profissionais. A variável benefícios foi composta pela oferta do ticket refeição, do programa bem nutrir e do vale transporte.

A variável benefícios foi considerada completa quando da presença dos benefícios e incompleta quando não. A variável vigilância foi composta pela busca ativa, busca dos faltosos e presença de veículo na unidade. Foi considerada a realização da vigilância quanto à realização das ações. E a variável medicamento foi determinada pela falta ou não do medicamento nos últimos seis meses.

Este trabalho foi parte de um subprojeto de uma pesquisa intitulado Determinantes da baixa aderência ao tratamento da tuberculose na cidade de Salvador: avaliação das características referentes aos pacientes e da estrutura do Programa de Controle da Tuberculose, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia. A participação dos coordenadores das ações de controle dos casos de tuberculose se deu de forma voluntária e foi apresentado aos participantes o termo de consentimento livre esclarecido. Os participantes tiveram assegurado o seu direito de recusa. A confidencialidade dos dados foi preservada de acordo com os dispositivos da Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados coletados foram empregados, apenas, para a amostra do estudo e as atividades que foram desenvolvidas no decorrer da pesquisa não trazem risco de dano potencial. Foi assegurado que toda e qualquer informação obtida durante o estudo seria identificada por meio de código e guardada em sigilo, garantindo a privacidade das pessoas quanto aos dados confidenciais fornecidos.

Resultados

Foram avaliados, no ano de 2006, onze distritos sanitários e onze unidades de saúde, uma de cada distrito. As unidades incluídas atenderam a 67,19% do total de 2.283 casos ocorridos em Salvador no ano de 2006. Quanto aos desfechos, observou-se que para Salvador houve 69,90% de cura, enquanto que as unidades de referência apresentaram 78,42%. Com relação ao abandono, Salvador apresentou 6,53% e as unidades de referência 8,60%. Em relação ao óbito houve 0,04% em Salvador e 2,15% nas unidades. No desfecho transferência, a cidade de Salvador apresentou 13,32% e as unidades de referência 8,08%. As diferenças encontradas entre Salvador e unidades de referência em todos os desfechos foram estatisticamente significantes (Tabela 1).

Análise das taxas de adesão por Unidade de Saúde apontou uma variabilidade nestas taxas, sendo a menor de 66,67% na UBS 1, seguida da UBS 7 com 77,05%. A maior taxa de adesão encontra-se na UBS 6 com 98,06%, seguido da UBS 8, com 92,21%.

Em relação ao desfecho cura, a UBS 1 apresentou o menor percentual (66,67%), seguido da UBS 7 com 77,05%. A UBS 6 obteve o maior percentual de cura, 98,05%, seguido da UBS 8 com 92,21%. No desfecho abandono, a UBS 6 obteve 1,29% de abandono. As maiores taxas estavam presentes na UBS 1 com 33,33% e na UBS 7 com 19,67%. (Tabela 2).

As seguintes unidades foram classificadas com baixa adesão (menor que 85,00%): UBS 1, UBS 3, UBS 5, UBS 7, UBS 9, com um total de 442 casos de tuberculose em tratamento, 72,17% de cura e 18,33% de abandono. As unidades UBS 2, UBS 4, UBS 6, UBS 8, UBS 10 e UBS 11 foram classificadas como alta adesão (superior ou igual a 85,00%), com 1092 casos de tuberculose em tratamento, destes 80,95% foram casos de cura e 4,67% foram casos de abandono.

Foi observada associação estatisticamente significativa entre a variável dependente adesão na comparação de proporções de cura e abandono (Tabela 3).

O serviço de radiologia estava presente nas UBS 5, 6 e 9. A realização da baciloscopia na própria unidade ocorreu nas UBS 2, 4, 5, 6, 7, 9 e 10. A equipe de saúde completa estava presente nas UBS 2, 4, 6, 8 e 11. Os benefícios completos estavam presentes nas UBS 5 e UBS 11. Em relação à variável vigilância, apenas a UBS 1 não tinha veículo na unidade.

Houve falta de medicamento nas UBS 1, 4, 10 e 11. Na classificação das unidades por escore, observou-se que as UBS 2, 5 e a 6 apresentaram os escores mais elevados (30 e 31 pontos). A UBS 2 teve uma adesão de 87,68%, a UBS 5 83,00% e a UBS 6 uma adesão de 98,06%. Identificou-se na UBS 2 e na UBS 6 a presença do visitador do programa na equipe de saúde; o qual não estava presente na equipe da UBS 5. O programa bem nutrir encontra-se presente nas UBS 5 e 11.

Analisando-se as unidades que obtiveram escore com pontuação 28, encontrou-se duas unidades; a UBS 4 e a UBS 9 com 89,68% e 80,95% de adesão, respectivamente. Na UBS 4 o auxiliar de enfermagem estava presente na equipe de saúde, o que não ocorre na UBS 9. O escore 27 foi observado nas UBS 7, 8 e 11, com adesão acima de 85,00%, exceto a UBS 7 que apresentou um percentual menor, evidenciando a ausência do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde. A UBS 10 apresentou escore 25, seguida da UBS 3 com 24 pontos (Tabela 4).

Observou-se que 42,86% das unidades classificadas com baixa adesão realizavam a baciloscopia no próprio local e tinham serviço de radiologia em funcionamento. A proporção de unidades com alta adesão que realizavam estes exames foi maior (57,14%), entretanto esta diferença não apresentou significância estatística.

Em relação à equipe de saúde completa, como preconizado pelo Programa Nacional de Tuberculose (MS), observou-se que 100% das unidades com alta adesão possuíam esta característica, com equipe formada pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e visitador. Das unidades com baixa adesão a maioria (83,33%) não atendia a este requisito, sendo considerada estatisticamente significativa.

Quanto aos benefícios oferecidos pelo serviço, 50,00% das unidades com adesão alta e baixa oferecem benefícios completo, não havendo diferenças entre os grupos (Tabela 5).

Discussão

Este estudo identificou que o município de Salvador, no ano de 2006 apresentou baixo percentual de cura (69,90%) e alto percentual (6,53%) de abandono. As unidades de análise estudadas são representativas dos serviços de saúde do município de Salvador que desenvolvem ações de controle de tuberculose, correspondendo a 67,19% dos casos de tuberculose atendidos no município. Observou-se nesta análise 78,42% de cura, 8,60% de abandono, 2,15% de óbito e 8,08% de transferência. Esses achados de maior percentual de cura, abandono e óbito e menor transferência encontrados nas unidades eram de se esperar, haja vista que os dados foram coletados nas unidades de referência *in loco*, não havendo a possibilidade de duplicidade dos casos, devido às transferências oficiais ou espontâneas entre as unidades de saúde durante o tratamento, ou em tratamentos por recidiva após cura ou abandono.

Braga⁵ em seu estudo sobre sistema de informação relata que os casos diagnosticados e notificados pelos serviços de saúde podem representar apenas uma proporção do número real dos casos de TB. O que seria uma provável justificativa para o número reduzido de casos de transferências encontrado em comparação com o município de Salvador como um todo. O percentual alto de

cura nas unidades de referência é esperado em virtude das unidades concentrarem a maior quantidade de serviços de diagnose e terapia, possuírem equipes completas de profissionais e ser rara a ausência de medicamentos.

Santos¹⁹ em seu estudo enfatiza a presença da equipe de saúde como de extrema relevância no serviço, uma vez que as estratégias do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) devem, preferencialmente, ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais com objetivo de inclusão social do paciente, sem, entretanto esquecer a importância da organização do serviço sob a estratégia TS-DOTS. Em relação à medicação, o acesso vem sendo garantido com aquisição e distribuição nos quantitativos necessários – 100 mil pacientes/ano, incluindo casos de tuberculose multirresistente.¹⁹

Os resultados encontrados apontam que, de uma forma geral o Programa de Controle de Tuberculose, no ano de 2006, não atingiu as metas de cura especificadas.²⁴ Em relação ao abandono foi observado ainda um elevado percentual uma vez que se aceita até 5,00% deste desfecho.¹⁷ Isso aponta para a fragilidade dos serviços de saúde e do PCT no que diz respeito à adesão do paciente ao tratamento. Entretanto, o MS ratifica a prioridade nas ações contra a TB, colocando em prática um plano nacional que prioriza a qualificação dos recursos humanos, a mobilização social, a qualificação da rede de laboratórios e o monitoramento e avaliação; acreditando que com o enfrentamento dessas prioridades, haja um provável fortalecimento das ações, reduzindo o número de casos de TB na população e nos grupos vulneráveis. Uma outra possibilidade para

o elevado percentual do abandono, esta relacionada à característica da população, como a idade. Um estudo realizado na Etiópia²⁰ relata que pessoas mais velhas assumem maior grau de responsabilidade na família, e como resultado esse grupo tende a parar a medicação quando se sentem melhor ou quando aumentam as obrigações sociais.

Estudos apontam a adesão como responsabilidade do paciente, o qual deve cumprir, seguir e obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que o seu comportamento deve coincidir com as indicações médicas.^{7, 14,23}

Em relação ao desfecho transferência, os dados coletados nas Unidades de Saúde no estudo apontam uma menor proporção (8,08%) que a observada na cidade de Salvador (13,32%). O percentual alto de transferência contribui para a melhoria do desfecho de abandono e piora do desfecho cura, uma vez que não se sabe, se os casos transferidos, permaneceram em tratamento.

Já em relação ao óbito observou-se que as Unidades de Saúde, referência no tratamento de tuberculose, apresentaram uma proporção superior a Salvador. Estudos apontam que embora todos os municípios brasileiros enviem suas notificações ao SINAN, a real entrada de dados informatizados ocorre em cerca de, apenas, 70%.⁴ Um estudo realizado sobre Vigilância epidemiológica e o sistema de informação mostrou que em 2003, um em cada quatro municípios brasileiros apresentava deficiência em captar casos novos de TB ou de registrar adequadamente os dados de notificação e acompanhamento.⁵ Isso indica uma

provável existência de áreas com subnotificação da TB e precário funcionamento dos programas estaduais de controle da doença.

As maiores taxas de adesão encontradas em algumas unidades sugerem a presença dos requisitos de qualidade, organização e compromisso com pacientes, nestas unidades, visto que o presente estudo identificou percentual alto de unidades com alta adesão, quando a baciloscopia e o serviço de radiologia são realizados na própria unidade, embora não há significância estatística.

Ressalta-se como um achado de grande relevância a associação encontrada entre alta adesão e a presença da equipe de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e visitador) no programa. Este fato reforça a importância da qualidade do serviço e sua organização sinalizada, na literatura específica, como um fator que influencia a redução do abandono do tratamento.^{3,8,17}

Deheinzelin et al⁸ descrevem como fatores relevantes para uma boa adesão o estreitamento da relação médico-paciente, uma melhor organização do atendimento, que produz por sua vez, uma redução no tempo de espera para a consulta e o treinamento dos médicos na avaliação e diagnóstico em tuberculose. Nas unidades de referência estudadas, os percentuais de abandono estão aquém do preconizado pelo MS. O maior percentual de abandono foi encontrado na UBS 1 (33,33%). Uma possível explicação para o alto percentual de abandono é a equipe de saúde não ser completa. Estudos relatam que a organização do serviço

de saúde e a melhor qualidade do atendimento são apontados como fatores relevantes para a diminuição dos casos de abandono ao tratamento. Neste estudo foi observado na UBS 6, a organização, a qualidade e a abordagem individualizada no atendimento.

Um estudo realizado sobre tuberculose em Salvador apontou o subúrbio ferroviário como uma área com baixo nível de rendimento e baixo nível educacional.⁷ No presente estudo, algumas variáveis foram identificadas como prováveis fatores determinantes para o abandono, tais como o serviço de radiologia não funciona na unidade, o exame de baciloscopia é realizado fora, o que causa ao paciente um tempo de espera e deslocamento longo; na equipe de saúde não há a presença do auxiliar de enfermagem, nem do visitador que são peças importantes na equipe de saúde.

Muitos fatores estão associados à adesão do paciente ao tratamento, além da idade e do nível de escolaridade do paciente. Estudos apontam para o acesso físico aos postos de saúde, a distância entre a residência e o local de tratamento, a zona rural e a necessidade do uso de transporte público para o atendimento ambulatorial como possíveis fatores relacionados à adesão e não-adesão.^{11,13}

No presente estudo observou-se que todas as unidades de referência fornecem ao paciente, inserido no programa, o vale transporte, possibilitando o seu deslocamento para o centro de saúde. Todavia, Paixão e Gontijo¹⁷ não apontam a distância do serviço de saúde como fator relevante à não adesão, uma vez que, foi

observada a preferência de alguns indivíduos em se tratarem longe do domicílio, por sentirem-se mais confortáveis, em virtude ao estigma da doença.

Estudo realizado no Hospital Hossana no Sul da Etiópia constatou que 26.00% dos faltosos mencionaram “estar se sentindo bem” como a principal razão para interromper o tratamento.²⁰ A literatura aponta que durante os três meses iniciais de tratamento da tuberculose, é o período no qual ocorre a maioria dos abandonos. Uma das explicações é o desaparecimento dos sintomas após este período, que faz com que o paciente acredite estar curado. Neste momento faz-se necessário a presença da equipe de saúde na unidade, treinada e organizada para adotar medidas que possam reduzir o abandono desde o início do tratamento, aumentando a adesão e conseqüentemente os percentuais de cura. A literatura,^{16,17} é incisiva em relação à informação ser considerada como fator relevante para a adesão ao tratamento, uma vez que o desconhecimento da possibilidade de cura pode influenciar no abandono.

Os serviços de saúde têm um papel decisivo na adesão ao tratamento da tuberculose, no que se refere à qualidade da atenção oferecida e na comunicação da equipe de saúde com o paciente, transmitindo a informação necessária sobre a doença e seu tratamento. A queda na taxa de adesão produz redução no percentual de cura e conseqüente aumento no percentual de abandono de tratamento, apresentando relação direta não apenas com a disseminação da doença, mas também com o aparecimento das cepas multirresistentes²⁴. No âmbito mundial, estratégias vêm sendo implementadas para aumentar a aderência

ao tratamento da tuberculose, como o tratamento supervisionado, incentivos financeiros, e sendo a mais efetiva a supervisão diária do tratamento.²

A alta adesão ao tratamento, conseqüentemente, com altos percentuais de cura, funciona como marcadores da qualidade do serviço prestado na unidade, o que traduz o cumprimento do protocolo e o nível de competência da equipe de saúde. A diferença da responsabilização e o controle dos pacientes entre os centros de saúde, os quais, teoricamente, deveriam dispor da mesma infra-estrutura, porém na prática não acontece, foi evidenciado através da variabilidade das taxas de adesão encontradas nas unidades de referência deste estudo.

Esperava-se que as unidades básicas de saúde, referências no tratamento da tuberculose, fossem contempladas com a maior parte das variáveis, o que permitiria a obtenção de um escore com pontuação 33. Entretanto as UBS atingiram escores que variaram entre 17 a 31 pontos.

As UBS que apresentaram um escore alto e, conseqüentemente, adesão alta, diferenciaram-se na composição da equipe de saúde, o que, provavelmente, contribuiu para a alta adesão. As UBS 2, 5 e 6 apresentaram escore alto com diferença na adesão. Entretanto a provável explicação encontra-se na ausência do visitador do programa de tuberculose na equipe de saúde da UBS 5. A UBS 5 tem o programa bem nutrido o que, provavelmente, não interfere na adesão.

As UBS 4 e 9 apresentaram, também um escore alto, porém a UBS 9 não atingiu o percentual de adesão, mesmo apresentando o serviço de radiologia em funcionamento na unidade. Contudo, a UBS 4 apresentou uma adesão alta, com um provável diferencial na equipe de saúde, haja vista a presença do auxiliar de enfermagem. Apesar da falta de medicamento nas UBS 4, 10 e 11, parece não interferir na adesão, uma vez que ao faltar medicamento, há uma provável redistribuição dos mesmos nas unidades.

As UBS 7, 8 e 11 apresentaram o mesmo escore, contudo apenas as UBS 8 e 11 atingiram alta adesão. Uma provável explicação para a diferença na taxa de adesão seria a presença do auxiliar de enfermagem na equipe.

As principais limitações dirigidas a um estudo onde a amostra foi definida por conveniência são aquelas relacionadas a possíveis vieses dos dados. Entretanto, as onze (11) UBS eram referências de cada distrito sanitário do município de Salvador, no ano de 2006; representando 67,19% dos casos de TB, se constitui em evidência contrária da provável influência do viés. Apesar da quantidade de variáveis descritas na metodologia, o número reduzido de variáveis utilizadas na análise foi decorrente da significância estatística apresentada no estudo exploratório. É pertinente ressaltar que o fato das entrevistas terem sido realizadas junto aos supervisores do PNCT é possível a ocorrência de algum viés de informação.

A maior limitação do estudo encontra-se na não quantificação das variáveis relacionadas à equipe de saúde em relação ao número de turnos e frequência disponibilizados na unidade, para realização de uma análise mais profunda. Posteriormente, será realizado um estudo com quantificação destas variáveis para melhor aprofundamento.

Considerações finais

A adesão é fator importante para o desfecho cura e abandono. Os resultados demonstram que 54,55% das unidades do município de Salvador no ano avaliado alcançaram as metas estabelecidas pela OMS para o desfecho cura, índice considerado baixo. A presença de equipe multidisciplinar completa (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e visitador do programa) no programa de tuberculose, pode contribuir para a compreensão pelo paciente sobre a sua enfermidade e a importância da adesão ao tratamento para a cura.

Os dados, não permitem identificar outros fatores relacionados à adesão ao tratamento de tuberculose nos serviços de saúde do município, principalmente, no que diz respeito à organização e operacionalização do programa de controle da tuberculose por parte das unidades básicas de saúde. Desta forma, torna-se relevante novos estudos para identificar variáveis que estabeleçam uma provável associação direta com a adesão ao tratamento, tanto na ótica do paciente quanto do serviço de saúde, através de análises não apenas quantitativas quanto qualitativas.

O estudo mostra que a adesão ao tratamento da TB é um problema complexo, necessitando das co-responsabilidades das ações implementadas por parte dos profissionais e dos serviços de saúde. Desta forma, acredita-se que uma atenção especial deveria ser dada a uma abordagem individualizada e a importância das atividades educativas, as quais propiciam informação decodificada sobre a doença, estimulando o paciente a ter a certeza da cura e aderir ao tratamento.

Referências bibliográficas

1. Albuquerque MFM, Leitão CC S, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2001; 9(6): 368-375.
2. Alvarez-Gordillo GC, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D. Percepciones y prácticas relacionadas com la tuberculosis y la adherencia al tratamiento em Chiapas, México. *Salud Pública de México*. 2000 noviembre-diciembre; 42(6): 520-528.
3. Bergel FS & Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para a adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39 (6):898-905
4. Bierrenbach AL, Stevens AP, Gomes ABF, Noronha EF, Glatt R, Carvalho CN, et al. Efeito da remoção de notificações repetidas sobre a incidência da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41 (Supl 1): 67-76.
5. Braga JU. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41 (Supl 1): 77-88.

6. Brawley LR & Culos-Reed N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials*. 2000; 21: 156s-163s.
7. Costa JG, Santos AC, Rodrigues LC, Barreto ML, Roberts JA. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(1): 122-8.
8. Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AMC, Leite OHM, Amato Neto V, Carvalho CRR. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Rev Hosp Clín Fac Méd São Paulo*. 1996; 51(4): 131-135.
9. Escobar AL; Coimbra CEA; Camacho LA.; Portela MC. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2001; 17(2): 285-298.
10. Ferreira SMB; Silva AMC; Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. *J. Bras Pneumol*. 2005; 31(5): 427-35.
11. Kaona FAD, Tuba M, Siziya S, Sikaona Lenganji . An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health*. 2004; 4(68).
12. Menzies R; Rocher J; Vissandjee B. Factores associated with compliance in treatment of tuberculosis. *Tubercle Lung Dis*. 1993; 74.

13. Munro AS; Lewin SA; Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *Plos Medicine*. 2007; 4(7): 1230-1245.
14. Natal S. Revisão bibliográfica – tratamento da tuberculose: causas da não-aderência. *Boletim Pneumologia Sanitária*. 1997; 5(1): 50-70.
15. Natal S; Valente J; Gerhardt G; Penna & M. L. Modelo de Predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 1999 jan-jun; 7(1): 67 – 78.
16. Oliveira HB; Moreira Filho D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993 – 1994. *Rev. Saúde Pública*. 2000 34(5): 437-43.
17. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41 (2): 205-13.
18. Rosemberg J. Tuberculose, aspectos históricos, realidades, seu romanticismo e transculturação. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 1999 jul-dez; 7(2).
19. Santos, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2007: 41 (supl. 1): 89-94.

20. Shargie EB, Lindtjorn B. Determinants of Treatment Adherence Among Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Patients in Southern Ethiopia *Plos Medicine*. 2007; 4(2): 280-287.
21. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994 jan-mar;10(1): 80-91.
22. Travassos C, Oliveira E, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 a 2003. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11 (4): 975-986.
23. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo Jr. AC. A adesão ao tratamento. *Rev. Bras. Clín. Terap*. 2000; 26(3): 83-86.
24. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Tuberculosis. *WHO 2003*. 123-30.

ANEXO I

Tabela 1. Proporção de alta por cura, por abandono, por óbito e transferência de acordo com o município de Salvador e unidades de referência, no ano de 2006.

Local	Casos de TB (N)	Cura	Abandono	Óbito	Transferência
Salvador*	2283	69,90	6,53	0,04	13,32
Unidades de referência**	1534	78,42	8,60	2,15	8,08

*Fonte: Dados de Salvador: SINANNET,MS/SMS/COAPS

**Unidade de referência de cada distrito sanitário

P < 0,05

Tabela 2. Taxa de adesão, proporção de cura e abandono de acordo com a população adscrita das unidades de saúde do estudo*, sem os casos de transferência, no programa de tratamento da tuberculose, no município de Salvador, Bahia, 2006.

Unidade de saúde	População adscrita (N)**	Adesão	Cura	Abandono
UBS 1	72	66,67	66,67	33,33
UBS 2	138	87,68	87,22	4,51
UBS 3	136	80,88	80,45	17,29
UBS 4	349	89,68	89,59	4,34
UBS 5	100	83,00	83,00	15,00
UBS 6	155	98,06	98,05	1,29
UBS 7	61	77,05	77,05	19,67
UBS 8	77	92,21	92,21	6,49
UBS 9	42	80,95	80,95	16,67
UBS 10	165	91,52	91,52	7,88
UBS 11	100	86,00	85,86	10,10

*Unidade de referência de cada distrito sanitário do município de Salvador, Bahia para o Programa de Controle da Tuberculose.

**Para o cálculo dos percentuais de cura e abandono foi retirado da população adscrita os casos de falência.

Tabela 3. Percentual dos desfechos de cura e abandono de acordo com as unidades de referência classificadas como alta e baixa adesão ao tratamento de tuberculose, Salvador, Bahia, 2006.

Adesão	Nº Unidades	Total Casos TB (N)*	Cura	Abandono
< 85,0%	5	442	72,17	18,33
≥ 85,0%	6	1092	80,95	4,67

*N = Total de casos de tuberculose nas unidades de referência de cada distrito

p = 0,001

Tabela 4. Escores para classificação das unidades básicas de saúde, baseado nos aspectos de diagnósticos, equipe, benefícios, vigilância e fornecimento de medicamento. Salvador, Bahia 2006.

Variáveis	UBS*1	UBS2	UBS3	UBS4	UBS5	UBS6	UBS7	UBS8	UBS9	UBS10	UBS11
Adesão	66,67	87,68	80,88	89,68	83,00	98,06	77,05	92,21	80,95	91,52	86,00
Diagnóstico											
SR	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
BP	0	3	0	3	3	3	3	0	3	3	0
Equipe											
PE	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PM	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PAE	0	3	0	3	3	3	0	3	0	0	3
PAS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PV	0	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3
Benefícios											
TR	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
PBN	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
VT	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Vigilância											
BA	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
BF	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
V	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Medicamento	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0
Escore	17	30	24	28	30	31	27	27	28	25	27

*UBS = unidade básica de saúde

SR = serviço de radiologia, BP = baciloscopia na própria unidade, PE = presença do enfermeiro, PM = presença do médico, PAE = presença do auxiliar de enfermagem, PAS = presença do assistente social, PV = presença do visitador do programa, TR = ticket refeição, PBN = programa bem nutrir, VT = vale transporte, BA = busca ativa dos casos, BF = busca dos faltosos, V = veículo na unidade

Tabela 5. Características dos serviços de saúde de acordo com adesão ao programa de controle de tuberculose, nas unidades de referência Salvador, Bahia, 2006.

Características do serviço	N	Adesão < 85,00%	Adesão ≥ 85,00%	p
Exames Diagnóstico*				
Faz	7	42,86	57,14	
Não faz	4	50,00	50,00	1,00
Equipe**				
Completa	5	-	100,00	
Incompleta	6	83,33	16,67	0,01
Benefícios***				
Completo	2	50,00	50,00	
Incompleto	9	44,44	55,56	1,00
Vigilância				
Faz	10	40,00	60,00	
Não faz	1	100,00	-	0,45
Medicamento				
Faltou	4	25,00	75,00	
Não faltou	7	57,14	42,86	0,54

*Exames Diagnósticos = serviço de radiologia e realização de baciloscopia na unidade.

**Equipe = presença do médico, do enfermeiro, do auxiliar de enfermagem, da assistente social e do visitador do programa.

***Benefícios = ticket refeição, programa bem nutrir e vale transporte.

**** Vigilância = busca ativa dos casos, busca dos faltosos e veículo na unidade.

ANEXO II

Quadro 1. Variáveis com seus significados e recodificações.

Variável	Significado	Recodificação
População adscrita	Número de pacientes inscritos no programa na unidade	
Adesão	Somatório dos casos de cura comprovada, cura não comprovada e falência ao tratamento.	
Cura comprovada	Corresponde a situação em que o pacientes completou o tratamento e recebeu alta após baciloscopia negativa	
Cura não comprovada	Corresponde a situação em que o paciente completou o tratamento e não realizou a baciloscopia	
Falência	Corresponde a persistência bacilar.	
Abandono	Definido nos casos em que o doente deixou de comparecer à unidade por mais de trinta dias consecutivos após a data prevista para seu retorno.	
Óbito	Corresponde aos casos de óbito por tuberculose	
Transferência	Corresponde a situação do paciente que iniciou o tratamento e saiu da unidade para outra unidade.	
Taxa de adesão	Definiu-se o corte para adesão em 85,00% tomando-se como parâmetro o percentual de cura.	Adesão < 85,00% Adesão ≥ 85,00%
Exames diagnósticos	Corresponde ao serviço de radiologia na unidade e a realização da baciloscopia na unidade.	Exames = realiza Exames = não realiza
Equipe	Corresponde a presença do enfermeiro, do médico, do auxiliar de enfermagem, da assistente social e do visitador do programa de tuberculose na equipe de saúde.	Equipe = completa Equipe = incompleta
Benefícios	Corresponde ao fornecimento de ticket refeição, vale transporte e a presença do programa bem nutrir.	Benefícios = completo Benefícios = incompleto
Vigilância	Corresponde a realização de busca ativa dos casos, busca dos faltosos e a presença de veículo na unidade.	Vigilância = realiza Vigilância = não realiza
Medicamento	Composta pela não ocorrência da falta de medicamento na unidade.	Medicamento=faltou Medicamento=não faltou

Quadro 2. Variáveis relevantes nas 11 unidades básicas de saúde. Salvador, Bahia,2006.

Variável	Unidade básica de saúde
População adscrita	Bom
Adesão ≥ 85,00%	Bom
Adesão < 85,00%	Ruim
Cura comprovada	Bom
Cura não comprovada	Bom
Falência	Ruim
Abandono	Ruim
Óbito	Ruim
Transferência	Ruim
Exames sim	Bom
Exames não	Ruim
Equipe completa	Bom
Equipe incompleta	Ruim
Benefícios 2 ou mais	Bom
Benefícios 1 ou nenhum	Ruim

ANEXO III

Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva

PESQUISA: FATORES DE ADESÃO AO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: .

PROFª Drª. SUSAN MARTINS PEREIRA

MÁRCIA SÃO PEDRO LEAL SOUZA (Mestranda em Saúde Coletiva)

IDENTIFICAÇÃO DO DISTRITO

1. Distrito Sanitário: _____ 2. Município: _____ 3. População : _____
4. Percentual de população coberta no PCT: _____ 5. Endereço: _____
6. Data: ____/____/____ 7. Número de unidades com PMCT implantado: _____
8. Número de Unidades Básicas de Saúde: _____ 9. Número de Unidades de Saúde da Família: _____
10. Número e percentual de população cobertos por PSF: _____ 11. Número de médicos em relação a população: _____
12. Número de enfermeiras em relação a população: _____ 13. Coberturas vacinais com 3ª dose de DPT: _____ 14. Coberturas vacinais com BCG : _____ 15. Indicadores sócio econômicos disponíveis: _____.

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO

- | | |
|---|---|
| <p>16. Unidade de Saúde:
_____</p> <p>17. População Adscrita:
_____</p> <p>18. População adscrita no programa:
_____.</p> <p>19. Pessoa que realizou o ingresso ao sistema:
0 Médico
1 Enfermeira
2 Outro</p> <p>20. Exames diagnósticos realizados no serviço:
Baciloscopia: 0 sim 1 não
Cultivo: 0 sim 1 não
Histopatologia: 0 sim 1 não</p> <p>21. Teste de ELISA:
0 sim 1 não</p> <p>22. Teste de HIV ?
0 sim 1 não</p> <p>23. Serviço de radiologia em funcionamento:
0 sim 1 não
Caso não realize para onde é encaminhado ?
_____</p> <p>24. Diagnóstico da Tuberculose:
0 sim 1 não</p> <p>25. Possui equipe de Saúde da Família?
0 sim 1 não</p> <p>26. As equipes do Programa de Saúde da Família atuam no PCT ?
0 sim 1 não
Quantas ? _____</p> | <p>27. Recursos Humanos por Unidades Básicas de Saúde:
0 enfermeira Quantas ? _____
Turno : M T M/T
1 médico Quantos ? _____
Turno : M T M/T
2 auxiliares de enfermagem Quantos ? _____
Turno : M T M/T
3 assistentes sociais Quantos ? _____
Turno : M T M/T
4 nutricionistas Quantos ? _____
Turno : M T M/T
5 visitadoras atuando no PCT ? _____
Turno : M T M/T
6 Outras
Especificar _____</p> <p>28. Se o esquema de tratamento falhar para onde é encaminhado o paciente ?
_____</p> <p>29. DOTS
0 sim 1 não
Em caso afirmativo especificar
_____.</p> <p>30. Busca ativa dos casos ?
0 sim 1 não</p> <p>31. Busca dos faltosos ?
0 sim 1 não</p> <p>32. Oferece cesta básica ?
0 sim 1 não</p> <p>33. Oferece ticket refeição ?
0 sim 1 não</p> <p>34. Oferece o programa bem nutrir ?
0 sim 1 não</p> |
|---|---|

35. Oferece vale transporte ?
0 sim 1 não
36. Tem veículo para busca ativa dos casos ?
0 sim 1 não
37. Oferece assistência farmacêutica ?
0 sim 1 não
38. Faltou medicamento nos últimos 6 meses ?
0 sim 1 não
39. Porquanto tempo?
0 1 a 2 semanas
1 2 a 3 semanas
2 3 a 4 semanas
3 mais especificar _____.
40. Periodicidade no fornecimento de medicação?
0 quinzenal 1 semanal 2 mensal
41. Há agendamento das consultas?
0 sim 1 não
42. Quantas consultas para casos novos por dia ?
_____.
43. Quantas consultas para retorno por dia ?
_____.

**INDICADORES GERAIS DO PROGRAMA DE
CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

44. Número de sintomáticos respiratórios: _____
45. Percentual de pacientes com baciloscopia positiva: _____
46. Tratamento anterior
Percentual de casos novos: _____
Percentual de casos de retratamento: _____
47. Percentual de altas por cura: _____
48. Percentual de altas por completar tratamento: _____
49. Percentual de altas por abandono: _____
50. Percentual de altas por mudança de diagnóstico: _____
51. Percentual de altas por óbito: _____
52. Percentual de altas por falência: _____
53. Percentual de altas por transferência: _____