

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RICARDO ALEXANDRE ARCÊNCIO

**A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município
de Ribeirão Preto (2007)**

RIBEIRÃO PRETO
2008

RICARDO ALEXANDRE ARCÊNCIO

**A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município
de Ribeirão Preto (2007)**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor
junto ao Programa de Pós Graduação
Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em
Saúde Pública.

Inserida na linha de pesquisa: Práticas,
Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Cristina
Scatena Villa

RIBEIRÃO PRETO
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Arcêncio, Ricardo Alexandre.

A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)/ Ricardo Alexandre Arcêncio; orientadora Tereza Cristina Scatena Villa, 2008.

140 f.: fig.

Tese (Doutorado – Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Tuberculose 2. Acessibilidade 3. Tratamento 4. Atenção Primária à saúde. I. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ricardo Alexandre Arcêncio

A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória:

*À minha mãe Rosimeire,
Por me fazer acreditar em mim mesmo....
Seu orgulho....minha vitória...
Seu amor...minha razão de viver...*

*À minha avó Lourdes...
Pelo incentivo, apoio e crédito...
Obrigado por estar comigo.....*

*Aos meus irmãos Daiane, Josiane e Fernando.
Pelas andanças conjuntas e nelas
degustamos os amargos e os doces momentos da vida...*

*Às minhas sobrinhas Letícia e Isabelle...
Por simplesmente existirem....*

Agradecimentos Especiais:

A Profa Dra Tereza Cristina Scatena Villa, que com sua firmeza, amizade e competência, soube delinear meus pensamentos desde o primeiro ano de graduação. Seus ensinamentos perdurarão em mim e comigo.

*Ao Prof. Dr. Antônio Ruffino-Netto
Pela cordialidade em nos ouvir, e sobretudo por acreditar e valorizar o nosso trabalho. Suas indagações foram primordiais na elaboração desse trabalho.*

Agradecimentos:

À Deus pelo dom do discernimento;

Ao CNPQ;

Ao *Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha* pelas contribuições na elaboração desse projeto, valorizando as potencialidades e buscando soluções para as fragilidades. Obrigado pelas sugestões, orientações e participação na banca examinadora;

À *Profa Dra Jordana Almeida Nogueira*, pela oportunidade de conviver e compartilhar da sua experiência profissional e pessoal. Obrigado pela lição de persistência, coragem e confiança, fundamentais, na luta contra a tuberculose;

À *Profa Dra Lúcia Maria Scatena* pela contribuição na elaboração dos métodos desse trabalho e na discussão dos resultados. Sua paciência, presteza e compromisso foram determinantes na concretização dessa etapa;

À *Profa Dra Ethel Leonor Nóia Maciel* por aceitar o convite de participação nessa banca, e por me provocar indagações nos tempos de Johns Hopkins, que foram fundamentais na confecção desse trabalho;

À *Profa Dra Lenilde de Sá*, colega e companheira a quem tenho muito estima e apreço. Seus atos nos últimos tempos reforçam ainda mais minha admiração por você;

À *Profa Dra Paula Souto*, por compartilhar as discussões do presente trabalho. Mesmo não sendo a sua linha de pesquisa, com propriedade científica me contra-argumentava. Obrigado pelo apoio, incentivo e crédito, e fundamentalmente pela linda amizade;

Ao *Prof. Dr. José Marques Pessoa*, Diretor do Instituto Universitário do Araguaia da Universidade Federal do Mato Grosso por permitir a concretização dessa etapa, acreditando na formação e qualificação do seu quadro de docentes;

À *Profa. Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzáles* e ao *André* por estarmos juntos em uma nova etapa de nossas vidas no Mato Grosso. Vocês foram fundamentais por atenuar os meus anseios, conflitos e vontades;

Aos “velhos” colegas GEOTB: *Aline, Cinthia, Danuza, Lurdinha, Mayra, Paula, Sílvia, Rúbia* pelo compartilhamento na elaboração de projetos anteriores, e fundamentalmente por fazerem parte da minha história. “*Sinto saudades dos nossos tempos de grupo*”;

Aos “novos” colegas de pós-graduação - GEOTB: *Elisângela, Márcio, Maria Amélia, Maria Eugênia, Reinaldo, Sônia* por dar continuidade ao nosso trabalho;

À *Tiemi* por contribuir na elaboração dos indicadores e para a concretização desse projeto;

Aos meus cunhados *Édio* e *Jaqueline* e tios *Paulo*, *Eloá*, que me acompanharam nessa jornada, e, sobretudo pelo incentivo e apoio;

Ao tio *Jorge*, *Dora*, *Lívia*, *Mayara*, *Natália* e *Talita* pelas palavras de acalento e incentivo;

Aos meus amigos “ribeirão pretanos” *Amanda*, *Daniela Barsotti*, *Fernanda*, *Juliana Bueno*, *Juliana Monteiro*, *Regina*, *Juliano*, *Klebber*, *Lucimara*, *Lucília*, *Maicon* e *Wagner* por estarem comigo sempre;

Aos meus pequeninos *Marquinho* e *Willinho*, por simplesmente me contagiar com seus carismas, carinhos e apego;

Aos colegas do Instituto Universitário do Araguaia Queli, *Rosaline*, *Wagner*, *Fabíola* e *Amandinha* pela amizade, ajuda e hospitalidade;

À *Patrícia* pela paciência, dedicação e carisma, principalmente por aliviar minha ansiedade nessa etapa final;

À *Ana Maria*, *Andréia*, *Shirley* e *Carmen* pela presteza e atenção dispensada;

À *Cristina* que fez a revisão do trabalho a contento;

À *Marta* pela disponibilidade e presteza;

À *Rosália* por cuidar carinhosamente dos meus pertences;

À *Cidinha* pelo carinho e acalento;

Aos *profissionais de saúde* e *doentes* que gentilmente aceitaram participar do estudo.

*"... Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,
Mas lutamos para que o melhor fosse feito....
Não somos o que deveríamos ser,
Não somos o que iremos ser...
Mas, graças a Deus, não somos o que éramos.."
(Martin Luther King)*

RESUMO

ARCÊNCIO, R. A. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)**. 141 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Um dos grandes entraves no controle da TB na conjuntura atual consiste na acessibilidade do doente às tecnologias e aos recursos disponíveis. Assim, propôs-se analisar a acessibilidade do doente ao tratamento de TB no município de Ribeirão Preto. Trata-se de um estudo seccional, realizado a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 2000; 1998). Adequado e validado para o Brasil por Macincko e Almeida (2006), sendo adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2008). A amostra do estudo foi por conveniência, selecionando-se duas fontes primárias de informações: Doentes diagnosticados de TB entre junho de 2006 a julho de 2007, acima de 18 anos, não pertencentes ao sistema prisional e profissionais de saúde que desenvolviam ações de controle nos Centros de Referência. A acessibilidade foi categorizada em 4 dimensões: Organizacional, Sócio-cultural, Geográfica e Econômica. Os entrevistados responderam cada pergunta segundo escala de possibilidades, do tipo Likert, com 5 posições. O processo de análise deu-se em duas etapas: Na primeira, compararam-se os centros de referência, aplicando-se os testes Anova e Kruskall Wallis, quando violados os critérios de homocedasticidade requeridos pelo teste paramétrico. A homocedasticidade foi confirmada pelo Teste de Bartlett. Na segunda etapa as fontes de informações foram comparadas, utilizando o teste qui-quadrado. Assumiram-se em todos os testes o nível de significância de 5%. A consistência interna do instrumento foi certificada pelo alpha de cronbach. Realizou-se 116 entrevistas, sendo 100 com doentes e 16 com profissionais de saúde. Em relação aos doentes, predominou o sexo masculino, com ensino fundamental incompleto, residente em moradia própria. No que tange aos profissionais de saúde, a maioria é do sexo feminino, com formação de nível médio. A maioria dos doentes foi encaminhada pelo pronto-atendimento ou hospital. Na dimensão geográfica, os achados apontaram como barreira ao tratamento, as distâncias entre os Centros de Referência a TB e os domicílios dos pacientes. Na dimensão econômica identificaram-se os gastos com viagens e as perdas no dia de trabalho. Frente à dimensão sócio-cultural, identificaram-se níveis insatisfatórios de educação em saúde e do envolvimento da comunidade. A busca ativa na comunidade não é priorizada no contexto dos serviços de saúde. Na dimensão organizacional, observaram-se níveis satisfatórios na realização de baciloscopias para o diagnóstico de TB e exames de HIV; todavia, o controle de comunicantes foi falho na maioria dos centros. Os trabalhadores não recomendam à comunidade os serviços de saúde onde desempenham suas ações com a mesma veemência dos doentes. Conclui-se que a educação em saúde, a busca ativa e o gerenciamento do tratamento são ações que devem ser priorizadas pelas equipes de saúde, de forma a ampliar a acessibilidade dos pacientes ao tratamento de TB.

Palavras-chave: Tuberculose. Acessibilidade. Tratamento. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

ARCÊNCIO, R. A. **Patients' Accessibility to Tuberculosis Treatment in the City of Ribeirão Preto (2007)**. 141 p. Thesis (Doctoral) – College of Nursing, University of Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

One of the greatest challenges regarding tuberculosis control in the present scenario is patients' access to technologies and resources available. Therefore, the aim of this study was to assess such access in the city of Ribeirão Preto. It is a sectional study conducted from the adaptation of the instruments comprising the *Primary Care Assessment Tool* designed and validated in order to evaluate critical aspects of primary care at John Hopkins University (Starfield, 2000; 1998), it was later adapted by Macinko and Almeida to used in Brazil. Villa and Ruffino Netto (2008) adapted the tool for TB attention. The sample was selected by convenience and two primary information sources were chosen: patients over eighteen years of age who did not come from prisons, diagnosed with TB from June 2006 to July 2007 and health workers who were involved with control actions in reference centers. Access was split up into four categories: organizational, sociocultural, geographical, and economic. Respondents answered each question according to the scale of possibilities, Likert-like scale, with five ranks. The analysis process occurred in two distinct phases. In the first one, the reference centers were compared, using the ANOVA and Kruskal Wallis tests when homocedasticity criteria required by the parametric test were violated. Homocedasticity was confirmed by employing the Bartlett test. In the second phase, by using the Chi Square test, the information sources were compared. For all tests, a 5% level of significance was assumed. The Instrument consistency was certified by the Chronbach's Alpha test. One hundred patients and sixteen health workers were surveyed, totaling one hundred and sixteen surveys. As regards patients, most of them were males who had not completed primary school and had their own house; as for the health workers, most were high school level females. Most of the patients were referred by an emergency room or a hospital. In a geographical dimension, the distance between the patients' homes and the reference center was found to be an obstacle to their access to treatment; in an economic dimension, expenses incurred with commuting and losing a working day were the obstacles; socioculturally speaking, the problem was a poor level of information about health and low community involvement- active search in the community was not a priority in the health service realm; and in the organizational aspect, although bacilloscopy to diagnose TB and HIV tests were satisfactorily performed, communicants control was poor in most health centers. The health workers did not recommend the health services at the units where they held a job as vehemently as did the patients. The conclusion was that education in health, management of treatment, and active search were actions that should be prioritized by health teams in order to expand patients' accessibility to TB treatment.

Key words: Tuberculosis, Accessibility, Treatment, Primary Health Care

RESUMEN

ARCÊNCIO, R. A. **La accesibilidad del enfermo al tratamiento de tuberculosis en el municipio de Ribeirão Preto (2007)**. 141 f. Tesis doctoral- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Una de las grandes trabas para el control de la TB en la coyuntura actual consiste en la accesibilidad del enfermo a las tecnologías y a los recursos disponibles. Así se propuso analizar la accesibilidad del enfermo al tratamiento de la TB en el municipio de Ribeirão Preto. Se trata de un estudio seccional, realizado a partir de la adaptación de instrumentos componentes del *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, formulados y validados para evaluar los aspectos críticos de la atención primaria desarrollados en la Universidad de John Hopkins (Starfield 2000; 1998) Macinko y Almeida (2006) adecuó y validó para Brasil, y fue adaptado para la atención a la TB por Villa y Ruffino-Netto (2008). La muestra del estudio fue por conveniencia, eligiéndose dos fuentes primarias de informaciones: Enfermos diagnosticados de TB entre junio del 2006 y julio del 2007 mayores de 18 años no pertenecientes al sistema prisional y profesionales de salud que desarrollaban acciones de control en los Centros de Referencia. La accesibilidad fue categorizada en 4 dimensiones: Organizacional, Sociocultural, Geográfica y Económica. Los entrevistados respondieron cada pregunta según la escala de posibilidades, del tipo Likert, con 5 posiciones. El proceso de análisis ocurrió en dos etapas: En la primera, se compararon los centros de referencia, aplicándose los testes Anova y Kruskal Wallis, cuando violados los criterios de homocedasticidad requerida por el test paramétrico. La homocedasticidad se confirmó por el Test de Bartlett. En la segunda etapa las fuentes de informaciones fueron comparadas, utilizándose el test Qui-cuadrado. Se asumió en todos los testes el nivel de significancia del 5%. La consistencia interna del instrumento fue certificada por el *alpha de cronbach*. Se realizaron 116 entrevistas, siendo 100 con enfermos y 16 con profesionales de salud. Con relación a los enfermos, predominó el sexo masculino, con enseñanza primaria incompleta residente en vivienda propia. A respecto a los profesionales de salud, grande parte del sexo femenino, con enseñanza de nivel secundario. La mayoría de los enfermos fue encaminada por la pronta atención u hospital. En la dimensión geográfica, los resultados apuntaron como obstáculo al tratamiento las distancias entre los Centros de Referencia y las residencias de los pacientes. En la dimensión económica, se identificaron los gastos con viajes y las pérdidas del día de trabajo. Frente a la dimensión sociocultural, se verificaron niveles insatisfactorios de educación en salud y de involucramiento de la comunidad. La búsqueda activa en la comunidad no se prioriza en el contexto de los servicios de salud. En la dimensión organizacional, se observaron niveles satisfactorios en la realización de baciloscopias para el diagnóstico de la TB, exámenes del HIV, pero el control de comunicantes fue deficiente en la mayoría de los centros. Los trabajadores no recomiendan a la comunidad los servicios de salud donde desempeñan sus acciones con la misma vehemencia de los enfermos. Se concluye que la educación en salud, la búsqueda activa y la administración de lo tratamiento son acciones que deben ser priorizadas por los equipos de salud, para que se amplifique la accesibilidad de los pacientes al tratamiento de la TB.

Palabras-clave: Tuberculosis. Accesibilidad. Tratamiento. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Pobreza Econômica e TB.....	16
Figura 2	Esquema do impacto do problema da TB.....	20
Figura 3	Diagrama para o estudo da acessibilidade.....	29
Figura 4	Desenvolvimento dos indicadores (por questões) e índices compostos de acessibilidade.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.4	Percepção dos profissionais de saúde acerca da aceitação dos doentes ao tratamento de TB segundo o Centro de referência, Ribeirão Preto (2007).....	59
Gráfico 5.5.1.1	Média das distâncias do domicílio do doente de TB segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)	60
Gráfico 5.5.1.2	Percepção do doente acerca da distância do domicílio ao centro de referência no município de Ribeirão Preto (2007).....	61
Gráfico 5.5.1.3	Freqüência de visita domiciliar segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	62
Gráfico 5.10.1.1	Avaliação do desempenho das equipes de saúde pelo doente de TB segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	79
Gráfico 5.10.1.2	Freqüência de resolução do quadro de TB e efeitos colaterais da medicação segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	80
Gráfico 5.10.1.3	Freqüência de resolução dos problemas gerais de saúde dos doentes segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	81
Gráfico 5.10.1.4	Freqüência de indicação da Unidade de Saúde à pessoas na comunidade segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1.1	Caracterização dos doentes de TB segundo informações sócio-demográficas e o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	55
Tabela 5.1.2	Distribuição dos profissionais do Centro de Referência à TB segundo informações sócio-demográficas no município de Ribeirão Preto (2007).....	56
Tabela 5.2.1	Forma de apresentação do doente para o diagnóstico e tratamento da tuberculose segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	57
Tabela 5.2.2-	Locais que encaminharam o doente para o diagnóstico e tratamento da tuberculose segundo centro o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	57
Tabela 5.2.3	Freqüência de procura por hospital ou pronto atendimento pelo doente de TB no início dos sintomas da TB segundo Centros de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	57
Tabela 5.3.1	A percepção dos doentes acerca do seu estado de saúde segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007).....	58
Tabela 5.5.2	Comparação entre os indicadores de acessibilidade geográfica segundo as percepções dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).....	63
Tabela 5.6.1	Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores de acessibilidade econômica dos doentes ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007).....	64
Tabela 5.6.2	Comparação entre os indicadores de acessibilidade econômica segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).....	65
Tabela 5.7.1.1	Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da acessibilidade sócio-cultural (enfoque individual) do doente ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007).....	68
Tabela 5.7.1.2	Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da Acessibilidade sócio-cultural (enfoque coletivo) do doente ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007).....	69
Tabela 5.7.2.1	Comparação entre os indicadores de acessibilidade sócio-cultural (enfoque individual) segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.7.2.2	Comparação entre os indicadores de acessibilidade sócio-cultural (enfoque coletivo) segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).....	73
Tabela 5.8.1	Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da acessibilidade organizacional do doente ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007).....	75
Tabela 5.8.2	Comparação entre os indicadores de acessibilidade organizacional segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).....	77
Tabela 5.9.1	Índices compostos de acessibilidade segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).....	78
Tabela 5.9.2	Valores alcançados a partir do teste <i>de alpha de Cronbach</i> e número de indicadores utilizados segundo a dimensão de acessibilidade, Ribeirão Preto (2007)	78
Tabela 5.10.2	Comparação entre os indicadores de satisfação pelos serviços prestados segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).....	82
Tabela 5.11	Resultado de tratamento dos doentes em tratamento de TB segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007).....	83

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
B. A	Busca Ativa
C. C	Controle de Comunicantes
CRT	Centro (s) de Referência à TB
DOT	Directly Observed Therapy
DOTS	Directly Observed Therapy-Shortcourse
GEOTB	Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MDR	Múltidrogarresistência
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
P. A	Pronto-Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
S. M	Salário Mínimo
S. R	Sintomático Respiratório
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
1.1 A Tuberculose: aspectos preponderantes no controle de uma endemia milenar.....	06
1.2 Breve antecedente histórico.....	08
1.3 A “nova” tuberculose.....	10
1.3.1 A emergência de cepas resistentes de TB	11
1.3.2 A prevalência de co-infecção TB/HIV.....	13
1.3.3 Desenvolvimento Social e econômico	14
1.4 O Problema a ser estudado	19
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	26
3. QUADRO TEÓRICO.....	28
3.1 Políticas de saúde e acessibilidade.....	30
3.2 Determinantes dos serviços na acessibilidade.....	31
3.3 Determinantes individuais na acessibilidade.....	31
3.4 A utilização dos serviços de atenção à saúde.....	33
3.5 A satisfação dos usuários.....	34
3.6 Interrelação dos componentes da acessibilidade.....	35
4. MÉTODOS.....	38
4.1 Natureza do estudo.....	39
4.2 Local de estudo.....	39
4.3 Seleção dos sujeitos.....	41
4.4 Instrumento.....	42
4.5 Variáveis em estudo.....	46
4.6 Plano de Análise.....	48
4.7 Procedimento de coleta de dados.....	50
4.8 Considerações éticas.....	52
5. RESULTADOS.....	53
5.1 Caracterização dos sujeitos.....	54
5.2 História pregressa ao tratamento.....	56
5.3 A percepção do doente acerca do seu estado de saúde.....	58
5.4 A aceitação dos doentes ao tratamento.....	58
5.5 Acessibilidade Geográfica.....	59
5.6 Acessibilidade Econômica.....	63
5.7 Acessibilidade Sócio-cultural.....	66
5.8 Acessibilidade Organizacional.....	73
5.9 Índices Compostos de Acessibilidade e Validade	77
5.10 A satisfação quanto aos serviços prestados.....	78
5.11 Os indicadores epidemiológicos.....	83
6. DISCUSSÃO.....	84
6.1 Da história pregressa ao tratamento.....	85
6.2 Da percepção do doente acerca do seu estado de saúde e a aceitação do tratamento.....	89
6.3 Da acessibilidade ao tratamento da tuberculose.....	91
7. CONCLUSÃO.....	112
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
9. ANEXOS.....	128

APRESENTAÇÃO

É importante destacar que a pesquisa foi o desdobramento do projeto matriz desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose/ REDE-TB “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”, coordenado por Tereza Cristina Scatena Villa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, financiado pelo CNPq / MS-SCTIE-DECIT – nº 25/2006 410547/ 2006-9.

De acordo com Ruffino-Netto (2000), Grange (1997), Gandy e Zumla (2002), Porter e Ogden (2002), estudar a TB pressupõe ampliar e aprofundar questões, teorias e conceitos dentro de uma abordagem interdisciplinar, e nessa perspectiva o Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) vem consolidando projetos multicêntricos, congregando as diferentes regiões do Brasil, em colaboração com os gestores, os profissionais de saúde e a comunidade, na definição de prioridades nas ações dos serviços locais em saúde no controle da TB.

Há intensa discussão na comunidade global de que o controle da TB somente será possível quando os pacientes acessarem as tecnologias atualmente disponíveis nos serviços de saúde (GRANGE, 1997). Adicionalmente, outros autores apontam que a atenção à TB requer uma abordagem que transcenda os aspectos técnicos para uma outra mais inclusiva, “emancipatória”, justa e social (OGDEN, 1999; PORTER e OGDEN, 2002; RUFFINO-NETTO, 2000).

Baseado nos referenciais de Fekete (1992), Aday e Andersen (1974), foram construídos indicadores que resgatam aspectos importantes da acessibilidade dos determinantes individuais à organização dos serviços de saúde. De forma a evitar as

distorções e interpretações acerca do acesso que equivocadamente o reduzem ao ato de ingressar no sistema de saúde, o pesquisador optou por assumir na pesquisa a terminologia acessibilidade, que consiste nos ajustes entre as ofertas e as demandas pelos serviços de saúde (FEKETE, 1992)

Nesse sentido, foram elaborados indicadores que buscassem informações relacionadas à acessibilidade à medicação, aos exames diagnósticos e preventivos, mas também elementos cruciais à continuidade do cuidado ao paciente no sistema como a educação em saúde, a distância do domicílio, os gastos com viagens e perdas salariais, entre outros.

Categoricamente, o pesquisador, pautando-se no trabalho de Fekete (1992) optou na elaboração de 4 dimensões de acessibilidade aos serviços de atenção à TB: econômica, sócio-cultural, geográfica e organizacional. Destaca-se que na dimensão organizacional foram consideradas as ações técnicas, como a realização de baciloscopias, teste de HIV, os medicamentos, e o controle de comunicantes, entre outras. Para efeitos de medida de desempenho dos centros de atenção à TB, adotou-se níveis satisfatórios de acessibilidade, quando o indicador ou índice fosse superior ou equivalente a quatro.

Tomou-se como fonte de informações primárias os doentes e os profissionais de saúde. Em um primeiro momento realizou-se comparações entre os centros de atenção à TB, de forma a entender a dinâmica no processo de atenção à TB; no segundo checkou-se os depoimentos dos doentes com os dos profissionais de saúde, a fim de identificar a proximidade ou distância nas percepções de ambos acerca da atenção prestada ou oferecida.

Neste estudo, o conceito de acessibilidade é fortemente empregado numa abrangência mais social, apropriado ao contexto da TB, inserindo como adjuvantes a

família e a comunidade. Apreende-se que uma conformação mais voltada ao cuidado, decisivamente influencia na acessibilidade e repercute em avanço no controle da TB.

A pesquisa será apresentada em capítulos, em que no primeiro recupera-se a magnitude do problema e sua relação intrínseca às mudanças nos padrões de urbanização. Ainda nesse capítulo é discutido o problema da Multidroga-resistência-TB (MDR-TB) e da Coinfecção TB-HIV, por considerar que na atualidade, agravam a situação epidemiológica da doença. Por conseguinte, é apresentada brevemente a relação do desenvolvimento econômico, das políticas de saúde pública e a TB, fatores decisivos na acessibilidade, e o capítulo é finalizado com uma revisão das principais barreiras na acessibilidade do doente ao tratamento da TB.

O segundo capítulo apresenta os objetivos do estudo. No capítulo 3 é contemplado o quadro teórico, em que são descritos os determinantes na acessibilidade aos serviços de saúde. Ali também se encontram os métodos adotados na construção do instrumento e na elaboração dos indicadores e na seleção dos informantes-chave. No capítulo 4 são descritos os indicadores e os índices compostos; no capítulo 5, a discussão dos principais achados e os desdobramentos no desenvolvimento das ações em saúde, bem como os índices de acessibilidade por dimensão e por fonte de informação (doentes e profissionais de saúde). Ao final são apresentadas as conclusões, as referências bibliográficas e os anexos.

Espera-se que a presente pesquisa possibilite aos gestores, técnicos, pesquisadores e todos os envolvidos na consolidação da atenção à TB, a realização de aproximações sucessivas de uma atenção mais “eqüitativa e justa”, de qualidade, resolutiva, que assegure acessibilidade (não somente no campo técnico, mas

também no social) e que contribua na reorganização da atenção à TB, possibilitando a melhoria dos indicadores epidemiológicos de uma doença milenar.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tuberculose: Aspectos preponderantes no controle de uma endemia milenar

A TB é um sério problema de saúde pública no mundo. Ela afeta principalmente as populações mais vulneráveis socialmente. Aproximadamente três milhões de pessoas morrem de tuberculose a cada ano, e é projetado permanecer entre as dez maiores causas da carga de doenças infecciosas no ano de 2020 (MURRAY et al., 1990).

As mortes ocorrem principalmente em adultos jovens, mas também incluem aproximadamente 100.000 crianças menores de 5 anos. O quadro de morbidade mostra que a TB é a mais prevalente causa de morte por doenças infecciosas, sendo responsável por 1 em 7 adultos mortos e 1 em 4 óbitos preveníveis (GANDY e ZUMLA, 2002).

Somente 14 % dos pacientes recebem tratamento adequado em todo mundo. Estima-se que atualmente entre 16 a 20 milhões de pessoas desenvolverão TB ativa em algum período de tempo. Aproximadamente metade desses pacientes será infecciosa, sendo que cada indivíduo infectará de 2 a 20 pessoas anualmente, correspondendo em um incremento de 100 milhões de pessoas infectadas a cada ano (GANDY e ZUMLA, 2002).

Segundo o Manual de Controle de Tuberculose do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) cerca de 95 % dos primo-infectados tornam-se antigos infectados, sem as alterações evolutivas da doença. E cerca de 5% evoluem para a doença após a infecção. Esta proporção é certamente muito diferente entre as populações vulneráveis (WHO, 2005).

O risco de se infectar pela primeira vez está relacionado às oportunidades de contato com o agente etiológico e isto depende das fontes bacilíferas existentes e

fatores como moradia, transporte e trabalho, que podem propiciar ou não maior contato com estas fontes (CARBONE, 2000).

Na América Latina calcula-se que sejam notificados 65% dos casos existentes, correspondendo a cerca de 4% das notificações mundiais (WHO, 2005). Peru e Brasil representam 50% da TB nas Américas (OPAS, 2004).

No Brasil, a taxa de incidência no ano de 2006 foi de 50 casos por 100.000 habitantes, sendo que 0,9% eram MDR, ocupando o 15º lugar entre os 22 países com a mais alta carga de tuberculose (WHO, 2008).

O país apresenta-se com elevado percentual de abandono (10%) e baixa taxa de cura (77%) (WHO, 2008). No Estado de São Paulo foram notificados em 2005 cerca de 21.000 casos, com coeficiente de incidência de 43,9 casos por 100.000 habitantes e 1.400 óbitos por ano, representando em números absolutos o maior contingente de casos no Brasil; no entanto, o coeficiente de incidência não é o maior e situa-se próximo da média nacional (SÃO PAULO, 2007).

No que tange à distribuição da doença no Estado, observou-se no ano de 2005, coeficientes de incidência mais favoráveis no interior, em que as taxas aproximam-se de 27,4 por 100.000 habitantes, e atingem níveis mais gritantes no litoral, com 94,9 por 100.000 habitantes (valores próximos aos da África) (SÃO PAULO, 2006).

Na cidade de Ribeirão Preto, o ano de 2006 apresentou com 146 casos de TB por todas as formas (coeficiente de incidência de 26,1 por 100.000 habitantes), observando taxa de incidência de 65,07 por 100.000 habitantes para o sexo masculino e 34,93 para o sexo feminino.

Ainda, no ano de 2006, identificaram-se as taxas de incidência por TB pulmonar de 20,9 por 100.000 habitantes e de baciloscopia positiva de 11,97 por

100.000 habitantes. A taxa de coinfeção nesse mesmo ano foi em torno de 30, 2%. A taxa de abandono ficou em 2,1%, a taxa de cura foi de 68,5% e 12,4 % de óbitos (que incluem os coinfectados TB-HIV). Foram realizadas no ano de 2006, 2.114 baciloscopias, que representou 19% dos Sintomáticos Respiratórios (SR) estimados para esse ano (LUCCA, 2007).

Em relação à taxa de detecção de casos, em uma série histórica, observou-se uma queda considerável de 50%, haja vista que no ano de 1998 a taxa era de 80% e no ano de 2006 não ultrapassou 40%, longe portanto das metas internacionais estabelecidas, de 70% (WHO, 2008).

Apresenta-se, a seguir, revisão não sistemática da literatura da tuberculose, destacando os aspectos de maior interesse para a saúde pública, com finalidade de dar embasamento ao tema da acessibilidade e proporcionar informações preponderantes da doença milenar.

1.2 Breve antecedente histórico:

A TB possivelmente foi introduzida na população humana a partir da domesticação do gado há sete mil anos atrás (GANDY e ZUMLA, 2002). Através da datação com o carbono 14, o mais antigo esqueleto humano como lesões ósseas compatíveis com tuberculose é datado de 5.000 a. C (PAULSEN, 1987)

As primeiras constatações de tuberculose humana originam-se de estudos de lesões ósseas vertebrais em múmias egípcias. A primeira múmia plebéia com tuberculose é de uma jovem índia Inca do Peru, cuja mumificação foi espontânea, tendo sido o diagnóstico confirmado através da técnica de biologia molecular em material extraído de nódulo pulmonar (ROSEMBERG, 1999)

Na Grécia antiga, Hipócrates descreveu com detalhes o quadro clínico da tísica, ou seja, a forma pulmonar da doença (CAPUANO, 2001).

Durante grande parte da Idade Média acreditava-se que a doença era hereditária, embora essa percepção ainda faça parte da atualidade nas populações vulneráveis. Em 1546, o médico italiano Fracastori classificou a tísica no grupo das doenças infecciosas e contagiosas, se contrapondo à idéia anterior.

Fracastori pensava que a tísica era transmitida por micropartículas através do contato direto ou por intermédio de roupas e objetos portadores dos “seminaria contagionis” vindos do doente. Ele foi preciso ao identificar a origem das “moléculas destes germes” na “substância pulmonar”. Essa fantástica teoria do contágio data de quatro séculos antes da era pasteuriana e será ampliada com sucesso para a sífilis (CAPUANO, 2001).

No século XIX, Laennec contribuiu para a entrada da tuberculose na sua fase moderna descrevendo os diferentes tipos de lesões possíveis e a sua expressão clínica pelos sinais auscultatórios.

Em 1865, Villemin, médico militar de Val-de-Grace, provou que a doença é transmitida de um animal para outro através da injeção de secreções colhidas nas lesões embora o agente causal ainda não fosse identificado. Com a descoberta do bacilo por Robert Koch, em 1882, a teoria do contágio de Fracastori e a tese da transmissão de Vuillemin ganharam subsídios para a sua comprovação. Para uma intervenção adequada sobre a endemia, ainda persistia o problema do tratamento (CAPUANO, 2001).

A descoberta da estreptomicina por Selman Waksman e Albert Schatz em 1944 liderou para o uso universal das drogas anti-tuberculosas, abrindo a porta da potencial conquista da TB e o desenvolvimento do esquema de tratamento disponível hoje. Avanços adicionais na década de 70 com o uso da rifampicina

permitiu o desenvolvimento de formas mais curtas e convenientes de tratamento (GANDY e ZUMLA, 2002).

Em 1950 acreditou-se globalmente que a TB podia ser virtualmente erradicada, mas nos últimos 15 anos ela ganhou nova forma nos países em desenvolvimento, a situação epidemiológica tornou-se mais dramática e ameaçou o seu tratamento, assolando dessa forma as unidades prestadoras de saúde (GANDY e ZUMLA, 2002).

A permanência da TB nas circunstâncias atuais é o reflexo da incompetência da comunidade global no uso dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis (GRANGE, 1997; PORTER e OGDEN, 2002; GANDY e ZUMLA, 2002). Deve-se considerar que 30 anos depois da descoberta dos tuberculostáticos e antes do advento do HIV, havia mais TB do que em qualquer outro período da história, ratificando, portanto a concepção de Grange (1997) de que a acessibilidade da população às tecnologias descobertas constitui-se em grande entrave ao controle da TB.

Antes de adentrar nas diferentes vertentes que influenciam a acessibilidade dos doentes aos serviços de saúde, faz-se necessário explanar os elementos determinantes para a crise da TB no contexto mundial.

1.3 A “nova” tuberculose

Recentes pesquisas na área de epidemiologia revelaram diferentes contribuições para o desenvolvimento da TB na atualidade: 1) A emergência de cepas resistentes aos tuberculostáticos presentes; 2) A prevalência de coinfeção TB-HIV; 3) Desenvolvimento econômico e social que decisivamente afetam a acessibilidade aos serviços de saúde (GANDY e ZUMLA, 2002).

De forma a compreender a crise contemporânea da TB, faz-se necessário considerar uma série de interrelações entre os fatores contribuintes a fim de construir um panorama da dinâmica global da TB.

1.3.1 A emergência de cepas resistentes de TB aos quimioterápicos presentes:

A emergência da MDR-TB é responsável por 10% dos novos casos de TB (NEVILE et al., 1994; SIMONE e DOOLEY, 1998). O problema das resistências às drogas foi encontrado logo após a descoberta da estreptomicina e outras drogas anti-tuberculosas, o que foi decisivo para a Organização Mundial de Saúde na inclusão de programas de multidrogas (GANDY e ZUMLA, 2002).

Uma característica inata do bacilo da tuberculose é a resistência natural, condição definida geneticamente e conseqüente as mutações espontâneas no cromossoma bacteriano que ocorrem antes do contato das cepas com os quimioterápicos, que confere resistência aos tuberculostáticos em proporções diferentes (DAVID, 1970)

Além da resistência natural, há também a resistência adquirida, que os bacilos adquirem durante o tratamento (SIMONE et al.; 1998).

A emergência do MDR-TB apresenta como causa uma variedade de fatores, que incluem deficiente supervisão do tratamento, combinação inadequada dos tuberculostáticos, inconsistente prática de prescrição, suprimento de drogas deficientes, e facilidade na venda de medicamentos, como xaropes que contêm isoniazida (OKEKE et al.; 1999).

Durante um tratamento irregular, ciclos de destruição bacteriana se alternam com ciclos de crescimento bacilar, respectivamente nos períodos de uso e interrupção do tratamento, podendo ocorrer seleção das cepas mutantes resistentes

em detrimento das sensíveis. Por outro lado, numa grande população de mutantes resistentes, mutações adicionais podem ocorrer resultando em mutantes duplamente resistentes (SIMONE e DOOLEY, 1998)

A emergência da resistência à isoniazida é uma das mais sérias situações, haja vista que é a mais poderosa droga tuberculostática, pela sua capacidade de esterilizar as lesões ao destruir os bacilos inativos “persistentes”.

A maioria das cepas que são resistentes à rifampicina, são também à isoniazida. Em decorrência das cepas serem resistentes a esses dois medicamentos, convencionou-se intitulá-las de multidrogas-resistentes (MDR).

Na Rússia, por exemplo, formas mutantes de TB, variavelmente referidas como MDR-TB, têm se espalhado rapidamente em resposta às superpopulações carcerárias e às interrupções intermitentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde (MEEK, 1998)

Os problemas e os custos da MDR são enormes, sendo que o êxito da terapêutica requer prolongada duração do tratamento em esquemas menos efetivos, com drogas mais tóxicas. Na cidade de Nova York, por exemplo, o gerenciamento de um caso de MDR pode exceder U\$ 250.000,00. Destaca-se que os cortes financeiros nos serviços de saúde pública corroboraram para o aumento da MDR, e os gastos atuais com a MDR excedem dez vezes mais os valores economizados no controle da TB (GANDY e ZUMLA, 2002).

Uma significativa barreira para a MDR-TB é a ausência de informações epidemiológicas da prevalência e da distribuição das cepas resistentes, além da deficiência na retaguarda laboratorial na detecção, na avaliação e no monitoramento.

1.3.2 A prevalência de co-infecção TB/HIV:

Um segundo fator para a nova tuberculose refere-se à infecção por HIV/AIDS, na qual é estimado ter contribuído para 8 a 10% dos casos em todo o mundo. Na África, entretanto, o HIV é responsável por pelo menos 20% dos casos (GANDY e ZUMLA, 2002).

Dado que um terço da população mundial carrega a TB latente, com os efeitos da progressão do HIV na população, ter-se-ão resultados consideravelmente catastróficos. As últimas informações apontam que $\frac{1}{4}$ da população da África subsaariana esteja com HIV, representando, portanto, uma bomba potencial de TB.

A infecção por HIV é atualmente o mais importante fator de predisposição para o desenvolvimento de TB. Na ausência de imunossupressão as pessoas com infecção primária têm apenas 5% de chance de desenvolver TB ativa.

Nos anos de 1997 havia estimativa de que 30 milhões de pessoas eram portadoras do vírus; assumindo que $\frac{1}{3}$ estejam infectados também por TB, teríamos para os próximos anos 10 milhões de pessoas com TB ativa (GANDY e ZUMLA, 2002).

As taxas de coinfecção TB e HIV também aumentaram entre as crianças, conforme pesquisa realizada em Zâmbia, ao identificar que em 8 anos, as taxas passaram de 18% para 67% (CHINTU e ZUMLA, 1995).

A coinfecção TB-HIV também pesa consideravelmente na saúde materna, conforme apontou estudo realizado na cidade de Zâmbia, que verificou 1 mulher soropositiva para cada grupo de 4 mulheres, e a TB diretamente esteve relacionada às complicações obstétricas e à mortalidade materna (AHMED et al.; 1999).

É importante lembrar que a infecção por HIV modificou não apenas a tendência epidemiológica da tuberculose, mas também sua apresentação clínica, a

tolerância aos tuberculostáticos, a resistência às drogas disponíveis, e possivelmente a suscetibilidade dos comunicantes envolvidos (LIMA et al., 1997). Além de facilitar o adoecimento, a infecção pelo HIV causa dificuldades para o diagnóstico da doença: há um aumento de casos pulmonares com baciloscopia de escarro positiva, as formas atípicas são freqüentes, e pode haver comprometimento do teste tuberculínico (WHO, 1998).

Decididamente o recrudescimento da TB no contexto global também é reflexo do advento do HIV, devendo ser considerado nos sistemas locais de saúde. Julga-se imprescindível que as equipes possam, mais precocemente, ofertar serviços que consigam alcançar esse perfil de doente, e que satisfatoriamente as equipes dos programas de HIV e TB estejam mais integradas, ampliando a acessibilidade desses doentes.

1.3.3. Desenvolvimento Social e Econômico que decisivamente afetam a acessibilidade aos serviços de saúde:

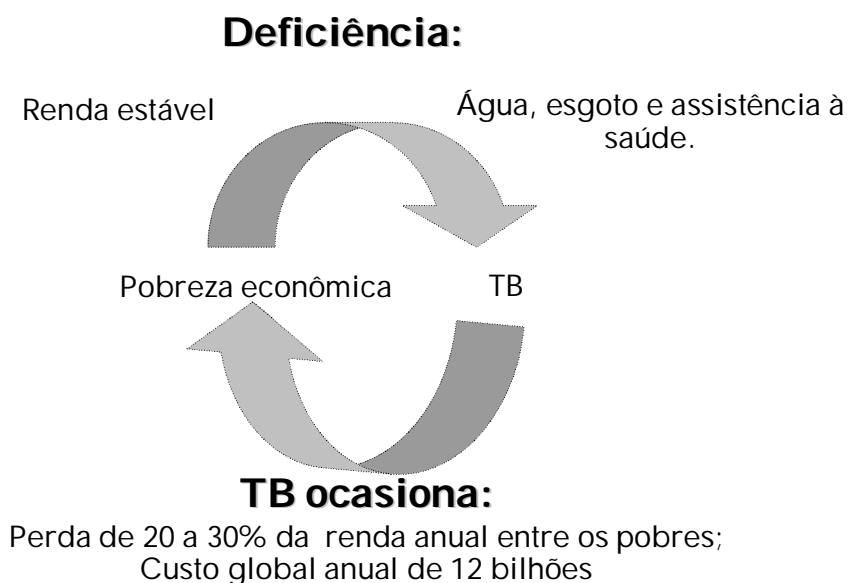
O terceiro fator relaciona-se às perturbações sociais e econômicas que ocorrem no mundo, como movimentos migratórios em decorrência das guerras, das instabilidades econômicas e da desestruturação das comunidades, sendo favoráveis à disseminação da TB e outras doenças infecciosas, pois resultam em aglomerações humanas, em moradias provisórias com deficitárias condições sanitárias (FARMER, 1997).

Assume-se que as perturbações ocorridas nas últimas décadas são reflexos das mudanças sociais e econômicas sofridas no pós-guerra, a partir da década de 70. Gandy e Zumla (2002) acrescentam que o crescimento da pobreza associado ao

desmantelamento da infra-estrutura dos serviços de saúde constituem importantes facilitadores para a disseminação da doença.

Um tema que emerge portanto como justificativa da permanência da TB relaciona-se aos processos contemporâneos de reestruturação econômica e social em resposta às mudanças da economia global desde o final da década de 60 e início de 70, em que se estabeleceu o neoliberalismo. Certamente a lógica do neoliberalismo, alteraram a racionalidade e a distribuição dos serviços de saúde a partir de então (GANDY e ZUMLA, 2002).

A TB tem proporcional impacto na pobreza, conforme esboçado na figura 1. Nos países desenvolvidos a taxa de incidência é relativamente maior entre os mais pobres do que na população geral (GANDY e ZUMLA, 2002). Nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde o ciclo doença-pobreza é mais agravante, a TB tem desmantelado consideravelmente a economia, e as políticas econômicas favorecem substancialmente a permanência e a disseminação da doença (WHO, 2005).

Figura 1 – Pobreza econômica e TB

Fonte: Adaptado de Hanson C. *Tuberculosis, poverty and inequity: a review of the literature*. Geneva, Stop World Health Organization, 2002 (documento não publicado pelo STOP-TB).

A deficiência de renda estável (desemprego e seguridade social) e do acesso à água, esgoto e assistência à saúde são fatores determinantes no desenvolvimento da doença. A doença instalada, por sua vez, tende a representar um custo de 12 bilhões de dólares aos países em desenvolvimento, agravando sua crise econômica. A TB acarreta ainda perda de 20 a 30% na renda das famílias, alimentando dessa forma o ciclo da pobreza econômica-doença (WHO, 2005).

Algumas pesquisas apontam para o declínio da mortalidade por tuberculose no século XX (SIMONE e DOODLEY, 1994; BATES, 1992). Estudos históricos em TB enfatizam que o declínio relaciona-se ao papel dos avanços médico-científicos, acompanhados da melhoria geral da nutrição, da moradia e de outros indicadores de bem estar.

Há uma cisão na literatura, em que uma parte de pesquisadores atribuem como causa do declínio dos óbitos por TB o crescimento econômico (variavelmente relacionado à transição demográfica e epidemiológica) e outra defende a idéia de que a queda na mortalidade relaciona-se à melhoria do padrão de vida, decorrente de políticas mais sociais e eqüitativas e da reorganização institucional para o aperfeiçoamento das condições sanitárias e de saúde pública (GANDY e ZUMLA, 2002).

A grande maioria dos “expertises” em doenças infecciosas refere que a queda nas taxas de enfermidades transmissíveis e nas taxas de mortalidade relaciona-se intrinsecamente à melhoria geral da nutrição e ao bem estar da população associados ao desenvolvimento econômico. Esse pensamento baseia-se na evidência empírica do decréscimo dos casos de TB em uma fase anterior aos sanatórios e da aplicação de medidas de saúde pública (GANDY e ZUMLA, 2002).

Em contraste, perspectivas alternativas desenvolvidas por Szreter (1997) e Nathanson (1996) enfatizam que as mudanças legislativas e as institucionais, em que se privilegiam as políticas de saúde pública, são os determinantes no decréscimo das doenças infecciosas, refutando a teoria do desenvolvimento econômico.

Uma ênfase é dada às ações de saúde pública, revelando medidas específicas e significantes no decréscimo de casos como a segregação eficiente dos pacientes doentes, melhoria das condições do domicílio e do controle da tuberculose bovina (FAIRCHILD e OPPENHEIMER, 1998).

Ainda nessa concepção, recupera-se a importância do Estado na elaboração das políticas de saúde pública, reconhecendo-se que as políticas são mais facilmente coordenadas e implementadas onde o Estado é clara e fortemente

centralizado. Frente a esse contexto, a dimensão crítica das políticas públicas de saúde é a capacidade do Estado em representar o interesse público que o respalda e o legitima em suas ações (GANDY e ZUMLA, 2002).

Pesquisa histórica revelou que o declínio da tuberculose se aproximava mais dos esforços políticos para aliviar a situação dos amontoados urbanos e das moradias inadequadas do que associado à melhoria das condições mais gerais de alimentação (MCFARLANE, 1989).

Todavia, na pesquisa, entende-se que o avanço ou retrocesso da TB não se relaciona exclusivamente ao campo de desenvolvimento econômico, mas também é resultado dos conflitos políticos e da reforma social. O desenvolvimento social conjuntamente com as reformas econômicas constituem os pilares que sustentam a via necessária ao controle da TB. Mudando-se os padrões econômicos e com o investimento social, satisfatoriamente contribuem para uma nova geografia na epidemiologia da doença.

Precisa-se reconhecer que a TB é muito mais social do que um fenômeno biológico, posto que a doença ao longo dos tempos foi submetida a uma série de transformações, desde sua emergência a partir do gado há sete mil anos. Na era moderna, entretanto, o relacionamento entre a tuberculose e a sociedade permite a compreensão de que a doença esteja entrando em uma nova e mais complexa fase.

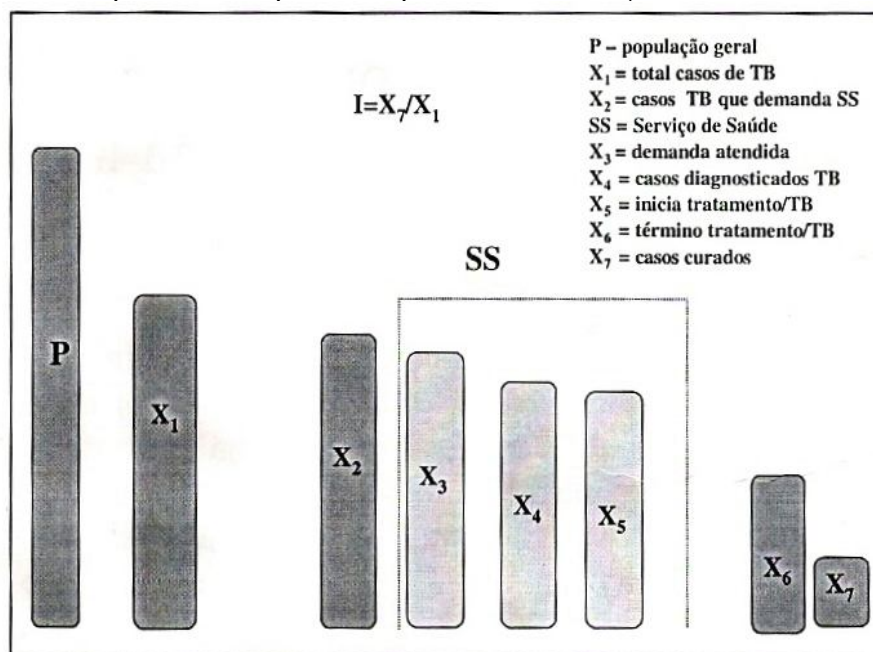
Decididamente, o desenvolvimento social e econômico interfere na predisposição e na disponibilidade de uma população na acessibilidade aos serviços de saúde. Como anteriormente exposto, indivíduos com baixo poder aquisitivo/financeiro, apresentam-se com menor capacidade na busca pelos serviços de atenção à TB (WHO, 2005).

A correção pelo Estado que reduza as disparidades e iniquidades através de políticas sociais resulta consideravelmente em melhoria na acessibilidade aos serviços de saúde, e na mudança dos padrões da população em risco (ADAY e ANDERSEN, 1974). Após as possíveis explicações para as iniquidades na acessibilidade no contexto macro, na próxima seção será abordado o problema da acessibilidade na esfera micro e as diferentes barreiras determinantes aos serviços de atenção à TB.

1.4 O PROBLEMA A SER ESTUDADO: A acessibilidade ao tratamento da tuberculose:

Conforme anteriormente explanado, o controle da TB somente será garantido mediante a superação das iniquidades sociais. A população pobre na maioria dos casos encontra muitas barreiras na acessibilidade, o que torna seu tratamento mais difícil quando comparado à população geral (WHO, 2005).

Figura 2 – Esquema do impacto do problema da TB (RUFFINO-NETTO, 2000)



Esquema 3 – Impacto problema TB

Com base na figura 2, esboçado por Ruffino-Netto (2000), em uma comunidade pode-se imaginar uma população P, em que existem X₁ casos de TB espalhados na comunidade. Destes casos, apenas X₂ demandam por atenção médica, sendo essa demanda explicada pelos determinantes geográficos, culturais, econômicos entre outros. O que o autor classifica como determinantes, na presente pesquisa reconhece-se como acessibilidade.

Os doentes que demandaram assistência médica, serão atendidos pelo sistema, dependendo da capacidade dos serviços, dos recursos e da organização, e X₄ casos serão diagnosticados de TB pulmonar.

Ainda em relação à organização dos serviços, somente X₅ iniciarão o tratamento. Dos pacientes que iniciam o tratamento, apenas X₆ chegam ao final do tratamento.

Considera-se que entre o aparecimento dos sintomas até a chegada nos serviços há uma etapa considerável a ser vencida, dos aspectos individuais e comportamentais (características individuais) ao social (o próprio local de moradia do usuário). Ao ingressar no serviço de saúde, o usuário poderá enfrentar dificuldades para o diagnóstico, sendo necessárias repetidas visitas aos centros de referência, o que faz com que o seu trajeto não seja linear (NEEDHAM et al., 2004; WHO, 2005).

Após o diagnóstico passa-se ao tratamento. No tratamento podem ocorrer barreiras consideráveis que decisivamente influenciam na acessibilidade do doente às distintas tecnologias no sistema de saúde.

Uma das primeiras dificuldades encontradas na acessibilidade ao tratamento, refere-se aos custos (NEEDHAM et al.; 2004). Os custos estão relacionados ao transporte, às alimentações durante as viagens aos serviços de saúde, à perda salarial, de produtividade e de tempo (WHO, 2005; NEEDHAM et al.; 2004; SAGBAKKEN et al., 2008; XU et al.; 2006; JAKUBOWIAK et al., 2007; ZERBINI et al.; 2008).

Cada custo constitui-se decisivamente uma barreira econômica ao cuidado (ZHANG et al., 2007). Claramente, os pacientes que sofrem de tuberculose são menos dispostos ao trabalho, que pela sua debilidade não geram renda suficiente a sua família (SAGBAKKEN et al., 2008).

A partir de uma perspectiva econômica é importante considerar o tempo que o doente de TB leva até alcançar a cura, duração longa do tratamento representa mais custos com que pesorosamente o paciente e família deverão arcar. Certos grupos sociais, como mulheres, desempregados e mendigos experienciam períodos

longos de tratamento para a obtenção da cura (LEWIS et al., 2003; BALASUBRAMANIAN et al., 2004; WHO, 2005).

Em função dos custos advindos do tratamento, alguns doentes reduzem os gastos com outros itens necessários à família, como alimentos ou água (JACKSON et al., 2006), sendo que muitos interrompem o tratamento por não conseguirem arcar com as despesas (NAIR et al., 1997; MORSY et al., 2003; SANOU et al., 2004; WARES et al., 2003; FOTAKI et al., 2006; KRUK et al., 2008).

A distância geográfica representa também grande barreira na acessibilidade aos serviços de atenção à TB e afetam a população pobre descomunalmente, posto que os centros de referência à tuberculose geralmente concentram-se nos locais mais centrais das zonas urbanas, enquanto os doentes tendem a se localizar nas regiões mais periféricas das cidades, incluindo zona rural (LIN et al., 2008). As grandes distâncias representam entraves importantes à continuidade terapêutica, pois pedem transportes motorizados, gerando custos, bem como acarretam perdas importantes nos dias de trabalho (NEEDHAM et al.; 2004; JOHANSON e WINKVIST, 2002; JACKSON et al., 2006, CRISTANCHO et al., 2008).

A tuberculose em alguns cenários é considerada ainda uma doença incurável ou não completamente curável (LIEFOOGHE et al., 1997), carregada geralmente de elevado estigma e preconceito, sendo frequentemente associada a hábitos de higiene e sujeira (JOHANSON e WINKVIST, 2002; SENGUPTA et al., 2006). Essa percepção difundida em uma população com acessibilidade deficiente à informação (WATKINS e PLANT, 2005; METCALF et al, 2007) gera considerável barreira ao diagnóstico e ao tratamento.

Um aspecto a ser considerado na acessibilidade associa-se ao conhecimento da doença, assumindo, portanto que o nível de informação da comunidade acerca

da sintomatologia, da causa, da duração e disponibilidade gratuita do tratamento e de doença curável, constituem condição sine qua non na demanda pelos serviços de saúde (DICK et al, 1997; CABRERA et al, 2002; MISHRA et al, 2006; WAISBORD, 2007; HANE et al., 2007).

Uma pesquisa conduzida no Quênia apontou que todos os pacientes com tosse persistente há mais de três semanas inicialmente, não ficaram preocupados com ela, mas que somente demandaram os serviços depois de intensas dores no peito, dificuldades para respirar, vômitos com sangue, perda de apetite ou sentir-se com muita fadiga (LIEFOOGHE et al., 1997). Nesse estudo, quando os doentes foram abordados acerca da transmissão e a causa da TB, a grande maioria a associou ao álcool, ao fumo e à hereditariedade. Muitos doentes na referida pesquisa explanaram que não sabiam sobre a disponibilidade de tratamento gratuito, apontando que no início dos sintomas se automedicaram com ervas, medicamentos comprados nas farmácias ou fornecidos por parentes ou amigos. Acresceram ainda que somente demandaram os serviços de saúde quando sentiram muito desconforto geral e dor.

Dessa forma, tem-se que o conhecimento da comunidade acerca da TB é elemento determinante na acessibilidade aos serviços de saúde. Esse conhecimento possibilitado pelas políticas de saúde ou pelos serviços de saúde fortemente também tende a eliminar o estigma, preconceito, mitos e a discriminação relacionados a doença (DICK e LOMBARD, 1997; CABRERA et al.; 2002, WAISBORD, 2007).

Diversos estudos apontam que o estigma da TB são mais visíveis em mulheres do que em homens, quando essas são casadas (JOHANSON et al., 2000;

KHAN et al., 2000; LÖNNROTH et al., 2001; LONG et al., 1999; GANAPATHY et al., 2008)

Muitos doentes temerosos em relação à possibilidade de perda de emprego (BERTAZONE, 2003; NEEDHAM et al, 2004), ou isolamento social (KHAN et al., 2000; LÖNNROTH et al., 2001; LONG et al., 1999), para não serem identificados protelam o diagnóstico, ou quando adentram o sistema acabam por abandonar o tratamento. Destaca-se que o homem refuta mais o tratamento em decorrência da perda salarial e do emprego e a mulher por medo da rejeição da família ou da comunidade (LONG et al, 2001).

Ainda, em relação à acessibilidade sócio-cultural, diversas pesquisas apontam que as mulheres conhecem menos a tuberculose do que o homem, especialmente os sinais e sintomas da doença, evento possivelmente associado às elevadas taxas de analfabetismo no sexo feminino, superiores ao masculino em todo o mundo (LIEFOOGHE et al., 1997; WHO, 2005).

Ademais, as mulheres têm menos acessibilidade aos serviços de atenção à TB do que o homem, por apresentarem mais limitações para a realização de viagens e recursos financeiros (KHAN et al., 2000; JOHANSON et al., 2000; LONG et al., 2001; GANAPATHY et al., 2008). Como resultado, a sub-notificação de TB pode mascarar a verdadeira incidência da doença nos homens e nas mulheres (WHO, 2005).

Outra barreira importante que pode interferir decisivamente na acessibilidade ao tratamento de TB refere-se à organização dos serviços de saúde, que não assume uma conformação ajustada às necessidades do usuário, possivelmente em decorrência dos baixos salários e da falta de motivação da equipe (NEEDHAM et al., 2004; GRANGE, 1997; MISHRA et al., 2005) ou pela forte influência do modelo

biomédico (PORTER e OGDEN, 1997; OGDEN et al., 1999; OGDEN, 2000 PORTER e OGDEN, 2002; GANDY e ZUMLA, 2002).

Segundo a WHO (2005) em algumas localidades as equipes discriminam os doentes de tuberculose canalizando para o abandono, sendo que em muitas dessas os serviços públicos de saúde estão desacreditados pela população pela ineficiência e burocracia (LÖNRROTH et al, 2001; MORSY et al., 2003; NEEDHAM et al, 2004).

Em diversos cenários notam-se equipes que se esquivam da responsabilidade de assumir doentes de TB taxando-os como “difícil”, visualizando-se nesses espaços a exigência pela equipe do endereço fixo ou emprego regular antes de iniciar o tratamento (NEEDHAM et al., 2004; KHAN et al., 2000; SANTHA et al., 2002). Reforça-se que ao assumir essa postura normativa e rígida, fatalmente, ao longo do tratamento, serão feitas cobranças que nem sempre o paciente conseguirá cumprir, canalizando assim para a descontinuidade terapêutica (JAISWAL et al., 2003).

A não responsabilização pela equipe do doente de TB associada à outras barreiras na acessibilidade, anteriormente descritas, podem resultar em exclusão das populações pobres para sempre dos serviços de atenção à TB, tornando-se a comunidade em um ambiente extremamente insidioso, favorável ao desenvolvimento do bacilo nos grupos mais vulneráveis (VENDRAMINI, 2007; TERRA, 2007; MONROE, 2007).

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo Geral:

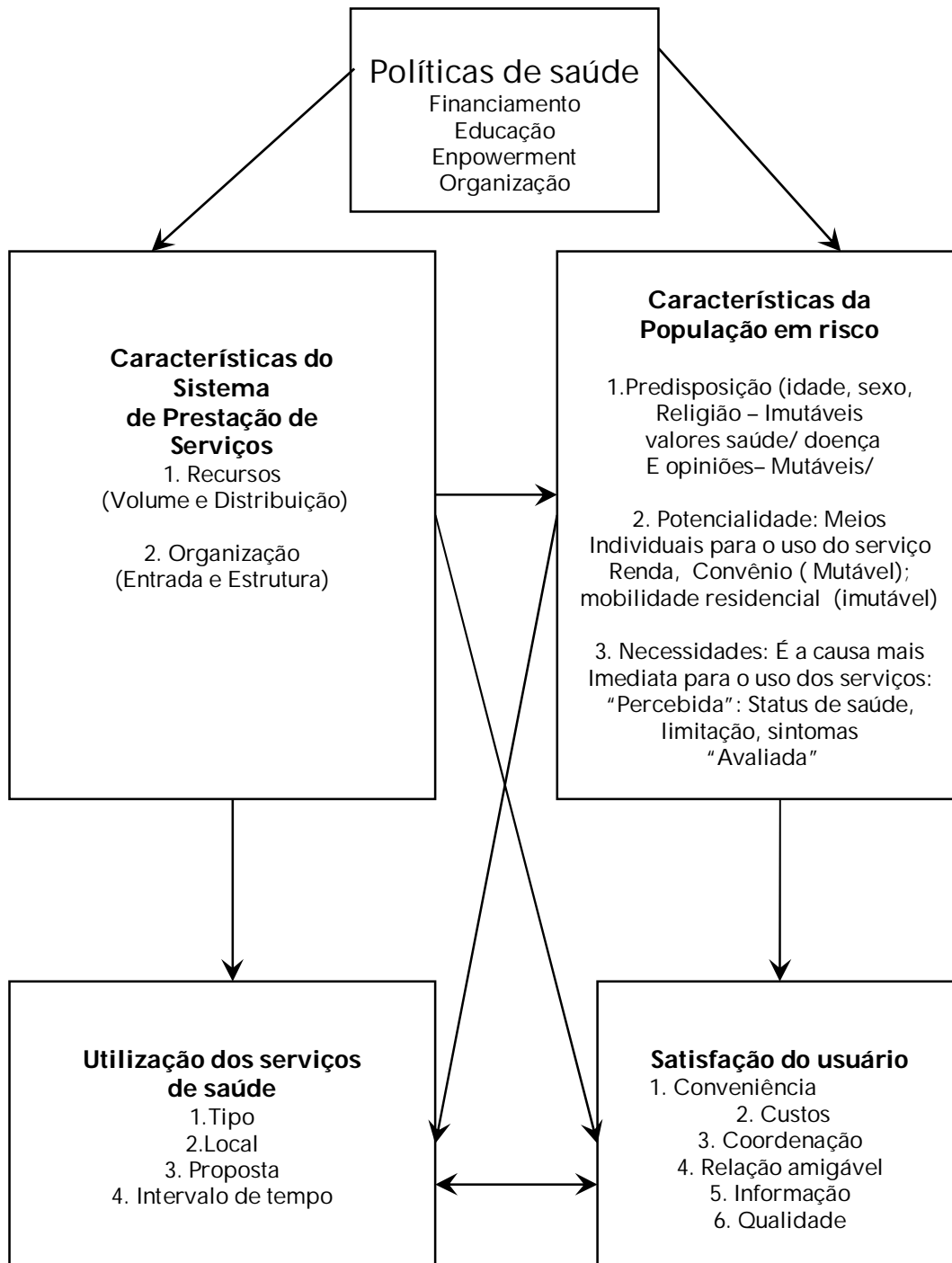
Analisar a acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)

Objetivos Específicos:

- Identificar e contextualizar os antecedentes pregressos (como percepção do estado de saúde e local de encaminhamento do caso) e atuais (como aceitação) ao tratamento da TB;
- Construir indicadores e índices compostos de acessibilidade (organizacional, sócio-cultural, econômica e geográfica) analisar sua validade e comparar entre os Centros de Referência à TB, bem como a percepção dos doentes e profissionais de saúde;
- Analisar o desfecho do tratamento dos doentes.

3. QUADRO TEÓRICO

Figura 3 - Diagrama para o estudo da acessibilidade (ADAY e ANDERSEN, 1974).



Apontar que algo é acessível é dizer que está fora do indivíduo, o qual tem que desejá-lo, buscá-lo e finalmente alcançá-lo” (FRENK, 1985). Portanto,

acessibilidade deve ter sentido quando relacionada a algo que está fora do indivíduo, que pertence à determinada pessoa ou organização.

Na literatura existe variação no emprego da terminologia e conceito de acessibilidade e acesso. Apesar das divergências, numa abordagem ampliada assume-se acessibilidade enquanto sinonímia de acesso (ADAY e ANDERSEN, 1974), que pode ser definida como o grau de ajustes entre as características da oferta e da disponibilidade de recursos de saúde e as da população no processo de busca e obtenção do cuidado.

Na figura 1, observam-se os diferentes elementos que contemplam a acessibilidade, constituindo-se em um diagrama básico.

Nesse diagrama visualiza-se que as políticas de saúde ocupam o topo, no nível macro, em que a melhoria da acessibilidade é uma das principais metas. Assim, a seguir, serão apresentados os determinantes da acessibilidade, suas interrelações e as implicações na utilização dos serviços de saúde e na satisfação dos usuários.

3.1 Políticas de Saúde

Acessibilidade é mais frequentemente considerada em um contexto político, em que melhorar a acessibilidade é uma importante meta das políticas de saúde. Incremento no financiamento, na educação, empoderamento da comunidade e a reorganização do sistema de saúde foram/ são implementados com essa meta em mente. Decididamente esses fatores influenciarão nas características dos serviços prestados e no perfil da população em risco, que discutiremos mais adiante.

3.2 Determinantes dos serviços de saúde na acessibilidade (Características dos prestadores dos serviços de saúde)

A prestação dos serviços é caracterizada por dois elementos principais: 3.2.1

Recursos

Estando representados nesse componente os profissionais de saúde, os materiais, os equipamentos, a infra-estrutura onde a assistência à saúde e educação são montadas. Nesse elemento ainda são considerados o volume (quantidade) e a distribuição dos recursos em uma dada área.

3.2.2. Organização:

Descreve “o que o sistema faz com os recursos”, especificamente como os serviços de saúde controlam e gerenciam seus recursos. Ainda em relação à organização temos dois pontos a serem mencionados: A entrada (O processo de adentrar, de “alcançar”/ “ganhar” o serviço de saúde) e a estrutura (as características dos serviços de saúde determinantes no seguimento e na continuidade do paciente no sistema).

3.3 Determinantes individuais na acessibilidade (Características da população em risco)

De acordo com Aday e Andersen (1974) as características da população em risco são agrupadas em:

3.31 Predisposição

Corresponde à “propensão” dos indivíduos a usar os serviços de saúde, sendo essas características existentes antes do episódio de doença, que incluem idade, raça, sexo, religião e valores sobre a saúde e a doença.

Segundo os autores existem características que são imutáveis como idade, sexo, e outras que são passíveis de transformações (mutáveis) a partir da educação em saúde, como a credibilidade nos serviços de saúde, valores e nível de conhecimento do processo saúde e doença.

3.3.2. Disponibilidade (Poder)

Descreve os “meios” que os indivíduos têm disponíveis para o uso dos serviços, incluindo os recursos próprios (específicos) do paciente ou da família, como a renda e a seguridade social além dos atributos da comunidade na qual o indivíduo vive (e.g, região urbana/ região rural). Destaca-se que os indivíduos que habitam as zonas mais distantes, como as periurbanas ou rural, terão mais dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde do que àqueles domiciliados em áreas urbanas.

3.3.3. Necessidades

Refere ao nível de doença, a causa mais imediata para a demanda dos serviços de saúde. Com base nos autores, a necessidade de atenção à saúde pode “ser percebida” em âmbito individual (*behavior seeking*) ou surgir mediante a “avaliação” dos prestadores de saúde (e.g. busca ativa na comunidade).

No que tange à “necessidade percebida” há que se destacar três fatores importantes:

-
- Percepção sobre a saúde e doença na ocasião do adoecimento,
 - Sintomas (e. g. na TB, a tosse é um sintoma negligenciado no adoecimento);
 - Limitação física ou invalidez (a procura pelo atendimento somente ocorre quando não há forças suficientes para a continuidade da vida cotidiana).

3.4 A utilização dos serviços de atenção à saúde

Implica no padrão atual de utilização dos serviços de saúde pelos pacientes, que pode ser caracterizada em:

3.4.1 Tipo

Relaciona-se ao tipo de serviço recebido e quem o oferece, como hospital, dentista, médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde (ACS), entre outros;

3.4.2 Local

O local onde a atenção é recebida: consultório médico, pronto atendimento/sala de emergência, hospital, serviços de atenção primária à saúde.

3.4.3 Objetivo

Há diferentes objetivos pela demanda dos serviços de saúde, sendo eles:

- Preventivo: Refere-se aos esforços para manter a saúde antes de um evento mórbido se instalar, como vacinações, os tratamentos profiláticos, exames preventivos;

- Relacionados ao adoecimento: Podendo ocorrer de duas formas
 - Atenção às condições agudas (Prática curativa): O processo de tratamento no qual o indivíduo retorna às suas condições fisiológicas/ de funcionamento orgânico (iguais ou próximas a antes do episódio do adoecimento);
 - Atenção às condições crônicas: Estabilização do quadro da doença (que não tem cura).

3.4.4 Intervalo de tempo:

- Contato: Refere se uma pessoa entrou ou não no sistema em um dado período de tempo;
- Volume: Relaciona-se ao número de contatos e ao número de “revisitas” em um dado intervalo de tempo. Esta medida reflete quem fica no sistema e com qual frequência faz uso dele.
- Continuidade: Relaciona-se à coordenação dos doentes pelos diferentes pontos de atenção do sistema,

3.5 A satisfação dos usuários

Associa-se às atitudes em direção ao sistema de saúde, em que os usuários se pautam em suas experiências com ele. É diferente dos valores e opiniões sobre os serviços de saúde na predisposição (antes da instalação dos sintomas),

justamente porque aqui o doente recebeu a atenção, e apresenta um juízo formado dessa experiência.

No entanto essa satisfação imerge-se no mundo das subjetividades, em que transcende dos aspectos da clínica (e. g. habilidade e destreza técnica na formulação do diagnóstico), para os das relações, em que são determinantes: a conveniência, os custos, a coordenação (regulação para outros pontos do sistema); “amabilidade”, informação e qualidade (subjetiva e independe da efetividade técnica - SERAPIONI, 1999).

3.6 Interrelação dos componentes da acessibilidade

As políticas de saúde podem diretamente afetar as características dos prestadores dos serviços de saúde, ao aumentar o suprimento de recursos na comunidade, bem como alterar as características dessa população em risco, elevando-se a renda dessa família através de políticas sociais como o bolsa família, os programas de qualificação ou ainda através da educação, mudando-se, portanto, o nível de conhecimento, valores, necessidades e atitudes (fatores predisponentes e importantes na a acessibilidade).

No que tange aos serviços de saúde, esses ainda podem alterar consideravelmente determinadas características (mutáveis) da população como as opiniões a respeito dos serviços de saúde, quando se parte da premissa de que a base de transformação concentra-se na educação. No entanto, a prática educacional no contexto dos serviços de saúde, ainda é uma atividade pouco valorizada e desconsiderada enquanto pedra fundamental da reforma setorial e social a que se pretende com o Sistema Único de Saúde.

Embora os autores Aday e Andersen (1974) não tenham considerado a capacidade da população na transformação das características dos serviços de saúde, haja vista a flecha unidirecional, tem-se que a população quando empoderada pode definitivamente abalar as estruturas dos serviços de saúde e promover definitivamente a superação do modelo hegemônico vigente de disparidades, em direção a uma acessibilidade mais unânime, eqüitativa e justa.

As características do sistema de prestação de serviços podem diretamente afetar os padrões de utilização e a satisfação dos usuários com o sistema. Estes efeitos são determinados pela estrutura por si mesma e não necessariamente por propriedades potenciais do usuário. Por exemplo, as pessoas que fazem uso da atenção médica suplementar tendem a ter taxa mais baixa de hospitalização do que os usuários de desembolso direto ou da rede pública, sendo que essa diferença persiste independente das características dos consumidores.

O sistema de saúde pode também impactar as características da população e indiretamente afetar na utilização dos serviços de saúde e satisfação dos usuários com o atendimento através de efetivos programas de educação em saúde.

As características dessa população ainda podem afetar diretamente o uso e a satisfação com as unidades de atenção independente das propriedades do sistema de saúde.

As duas flechas entre a utilização e a satisfação no diagrama sugerem uma seqüência na qual, a todo o tempo, a utilização dos serviços é apta a influenciar a satisfação dos consumidores com o sistema, e também, a satisfação ou insatisfação que os pacientes experimentam nos encontros com as unidades de saúde influenciará subseqüentemente no seu uso.

Complementarmente Donabedian (1970) aponta que entre buscar a atenção e obtê-la existe uma continuidade de fenômenos que interferem na acessibilidade. Em um extremo está o fenômeno da disponibilidade, que constitui a presença física dos recursos para a saúde e sua capacidade de produzir serviços.

O outro extremo é representado pela utilização dos serviços, que consiste seu real consumo. Sendo assim, supõe-se que exista uma série de fenômenos intermediários e que para melhor compreendê-los é necessário introduzir outro conceito: o de resistência. A resistência pode ser definida como o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção.

Para uma pessoa ou grupo vencer estas resistências é necessário que tenham um poder de utilização dos serviços (características de usuários potenciais ou reais dos serviços). Sendo assim, a resistência, que é característica dos recursos de atenção à saúde, tem sua contrapartida no poder de utilização, como característica da população. Estas considerações apontam para uma relação de complementaridade entre o conjunto de recursos de atenção à saúde e a população de usuários reais ou potenciais dos serviços. Pode-se, então, anunciar a seguinte definição formal para o termo acessibilidade, que será adotada neste trabalho:

[...] Acessibilidade é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção. Podemos ver a acessibilidade como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos a busca e obtenção da atenção (resistência) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (FRENK, 1985)

4. MÉTODOS

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um epidemiológico, descritivo.

4.2 Local de estudo

O presente estudo foi realizado nos Centros de Referência de atenção à TB (CRT) do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, entre 01 de julho a 30 de agosto de 2007.

Ribeirão Preto, apesar de ter passado vários momentos de crise, como por exemplo, o do declínio do café, vem apresentando acentuado desenvolvimento econômico local, que o torna palco de aspirações de trabalhadores de todas as regiões do Brasil, principalmente da região nordeste, envolvendo-se fundamentalmente nas atividades de extração da cana, no período das “safras” (SÃO PAULO, 2008).

Destaca-se que essa população itinerante, com contratos temporários, instala-se na maioria das vezes em regiões insalubres, em amontoados humanos, sem condições mínimas de dignidade humana, ambiente propício à proliferação do *Mycobacterium tuberculosis*.

Nitidamente esses locais caracterizam os bolsões de pobreza da TB, havendo, portanto um paradoxo entre o desenvolvimento tecnológico e crescimento econômico advindo do biocombustível (álcool), e a proliferação desordenada da tuberculose, reflexo do problema da desigualdade social que se faz veemente.

Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do Estado de São Paulo, possui uma população média de 563.912 habitantes (2008), distribuída em uma área de 650,37 Km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2000 foi de 0,855, renda per capita de 3,57 salários mínimos (s.m.), acima da média do Estado que foi de 2,92 s.m, com apenas 3,32% dos domicílios apresentando famílias vivendo com

até ¼ de s.m (abaixo do Estado que foi de 5,56%), enquadrando-se no grupo de municípios com elevada riqueza econômica e bons níveis nos indicadores sociais (SÃO PAULO, 2008).

O município de Ribeirão Preto desde maio de 1998 está qualificado na Gestão Plena do Sistema Municipal pela portaria nº2553 e é o município pólo assistencial da microrregião da Direção Regional de Saúde XIII, sendo referência para os municípios circunvizinhos, nos níveis de média e elevada complexidade tecnológica.

Possui uma rede de atenção composta de cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), trinta e cinco Unidades de Atenção Primária à Saúde (28 Unidades Básicas de Saúde - UBS e 7 Unidades de Saúde da Família - USF), um ambulatório regional de especialidades (NGA-59), dois ambulatórios de Moléstias Infeciosas, um ambulatório geral de especialidades pediátricas, um ambulatório de saúde do trabalhador; dois Centros de Atenção Psico-Social (CAPS) e três ambulatórios de saúde mental. Conta ainda com um hospital universitário – Hospital das Clínicas, sete hospitais conveniados ao SUS e cinco não conveniados.

O atendimento aos pacientes com tuberculose está centralizado em cinco Distritos de Saúde que possuem ambulatório com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT), além do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS (DST/AIDS), (no Distrito Central estes dois programas encontram-se no NGA); e no Hospital das Clínicas: na Unidade Especializada de Terapia de Doenças Infecto-Contagiosas (UETDI). Este hospital também possui um CRT à TB (CRT) para o atendimento de casos multirresistentes (LUCCA, 2008).

Os casos suspeitos ou diagnosticados de TB atendidos na rede básica de saúde, em pronto-atendimento, hospitais conveniados ou não ao SUS, ambulatórios ou consultórios privados são encaminhados para tratamento em um dos CRT.

As notificações de TB e AIDS realizadas pelos CRT são encaminhadas ao Distrito de Vigilância Epidemiológica a que pertencem, e estas, após a consolidação, são direcionadas ao nível central da Vigilância Epidemiológica, localizada na Secretaria Municipal de Saúde.

4.3 Seleção dos sujeitos

Foi selecionada uma amostragem por conveniência constituída por dois grupos de informantes-chave: o primeiro é composto pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que responderam ao questionário sobre o CRT no qual trabalhavam e o segundo, de pacientes em tratamento no período de junho de 2006 a julho de 2007. O primeiro grupo foi composto somente por profissionais que desenvolviam ações de controle, como consultas médicas, consultas de enfermagem, aplicação de vacinas, controle de comunicantes e DOT, excluindo-se aqueles voltados às ações administrativas e de gestão. O segundo constituiu-se de doentes acima de 18 anos e não pertencentes ao sistema prisional, por entender-se que exatamente esse grupo constituiria um viés, haja vista que a reclusão pode interferir na acessibilidade.

A intenção da inclusão dos profissionais de saúde e dos doentes consiste em uma iniciativa do pesquisador de congregar dois elementos importantes e determinantes na acessibilidade: os serviços de saúde e a população em risco (ADAY e ANDERSEN, 1974). A maioria das informações foi levantada utilizando

inquérito com profissionais e doentes, exceto algumas que foram coletadas no TB-WEB

4.4 Instrumento

A pesquisa foi realizada a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 1998; 2002). Sendo adequado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida (2006) e posteriormente adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2008) (ANEXO I).

Este trabalho utilizou 38 questões do instrumento de Villa e Ruffino-Netto (2008) (Anexo II) relacionadas aos principais atributos e ou dimensões essenciais da acessibilidade descritas nos trabalhos de Aday e Andersen (1974), Donabedian (1989) e Fekete (1992), destacados no quadro 2.

Quadro 2 – Definições das dimensões essenciais da acessibilidade (ADAY e ANDERSEN, 1974; FEKETE, 1992; DONABEDIAN 1989).

Dimensão	Definição
Acessibilidade econômica	Inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perdas do dia de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento por doenças; os custos diretos e indiretos do tratamento.
Acessibilidade Geográfica	Reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medido pela distância, fatores geofísicos e climáticos, tempo de transporte ou visita domiciliar.
Acessibilidade Organizacional	Características ligadas ao modo de organização dos recursos de assistência à saúde que obstruem ou aumentam a capacidade no uso dos serviços de saúde
Acessibilidade Sócio-Cultural	Considera-se o conhecimento dos sintomas, a percepção do risco de gravidade dos mesmos, o conhecimento sobre a doença, nível conhecimento sobre a oferta dos serviços de saúde (percepção sobre o serviço de saúde), medo do diagnóstico e intervenções dele decorrentes, crenças e hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, grau de instrução, níveis de emprego, renda e seguridade social.

Utilizaram-se duas versões do instrumento: uma para os profissionais de saúde e outra para os pacientes (Anexo I). As 38 perguntas foram distribuídas entre as dimensões da acessibilidade: 2 para a geográfica; 7 para a econômica; 22 para a sócio-cultural e 7 para a organizacional.

O entrevistado respondeu cada pergunta segundo uma escala de possibilidades do tipo *Likert* “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, a qual se atribuiu um valor entre um e cinco.

A escala do tipo *Likert* é muito utilizada em inquéritos populacionais. Os 5 escores de respostas são mais aconselháveis pela sua capacidade de medir os extremos bem como os valores intermediários da acessibilidade, tornando-se factível classificá-la em níveis satisfatórios, regulares e insatisfatórios.

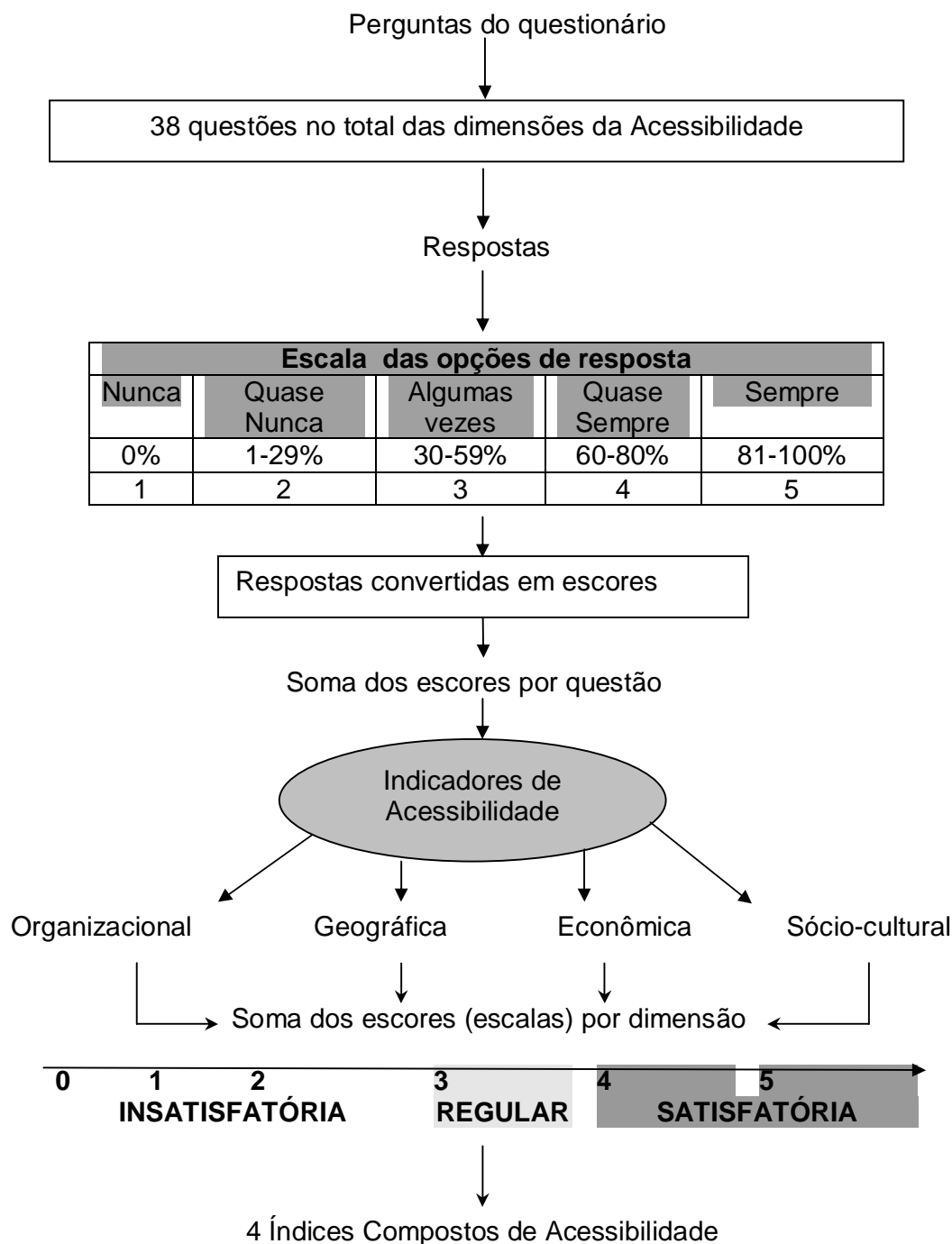
As respostas foram somadas e o valor médio das respostas (somatória dos escores em cada pergunta dividido pelo total de sujeitos no grupo de profissionais de saúde e/ ou no de doentes) representou um indicador.

Para cada entrevistado (doente ou profissional de saúde) explicou-se as diferentes opções de resposta, apresentando-se um pequeno cartão com a escala das opções graficamente representadas.

Os entrevistadores explicaram para os informantes que cada resposta tinha um significado numérico (nunca = 1; quase nunca = 2; algumas vezes =3; quase sempre = 4; sempre = 5), que também correspondia ao número de vezes (em %) que o evento perguntado aconteceu, numa semana típica. Para captar todas as possibilidades de respostas, foram adicionadas ainda as categorias “não sabe” e “não se aplica”, atribuindo-se valor 0 (zero) nesses casos.

A figura 4 apresenta uma síntese esquemática da construção dos indicadores e índices compostos de acessibilidade.

Figura 4 – Síntese esquemática da construção dos indicadores e índices compostos de acessibilidade



No instrumento dos doentes foram ainda incluídas informações sócio-demográficas e a percepção do paciente sobre sua saúde no momento da coleta, a frequência da demanda por hospital ou por pronto-atendimento no início dos

sintomas da TB, a satisfação quanto aos serviços prestados, a capacidade dos CRT na resolução da TB e dos efeitos colaterais da medicação além do desempenho da equipe de saúde na solução dos problemas gerais de saúde.

Outro aspecto ainda investigado consistiu na satisfação dos pacientes quanto aos serviços prestados, tendo como referência a frequência com que indicavam o CRT à um colega na comunidade.

Informações ainda foram levantadas a partir do TB-WEB como o tipo de apresentação ao centro de referência (demanda espontânea, encaminhamento e busca ativa) e o local de identificação do caso.

Em relação ao questionário dos profissionais, informações foram coletadas sobre a ocupação, a aceitação do doente ao tratamento, a capacidade de resolução dos problemas de TB e dos problemas gerais de saúde dos doentes e a frequência de indicação da sua unidade de saúde a outras pessoas na comunidade.

4.5 Variáveis em estudo

As variáveis utilizadas para compor os indicadores de acessibilidade estão apresentadas no Quadro 3 e a variável “Centros de Referência” são representados pelas categorias de respostas A, B, C e D.

Quadro 3 – Variáveis em estudo

Dimensão	Variáveis
Geográfica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proximidade domicílio-centro de referência à TB; 2. Visita domiciliar
Econômica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oferecimento de consulta médica em prazo menor de 24 horas; 2. Perda do dia de trabalho em decorrência de consulta médica de TB; 3. Espera média por consulta mais que 60 minutos; 4. Oferecimento de vale alimentação ou cesta básica; 5. Oferecimento de vale transporte; 6. Uso de transporte motorizado para deslocamento até o serviço; 7. Gasto com transporte para deslocamento até o serviço de saúde;
Sócio Cultural*	<p>A. Individual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compreensão das dúvidas dos doentes; 2. Clareza nas respostas frente às dúvidas apresentadas; 3. Explicação sobre os medicamentos, doses e esquemas; 4. Investigação sobre o uso de medicamentos que não para a TB; 5. Tempo suficiente para exposição de dúvidas dos doentes; 6. Informações sobre a TB: reservatório, porta de entrada, modo de transmissão e duração do tratamento; 7. Diálogo com o paciente acerca de outros problemas que não sobre TB; 8. Educação em saúde: Hábitos de vida e mudanças de comportamentos; 9. Auxílio do profissional de saúde ao paciente no agendamento de consultas médicas que não para a TB; 10. Rejeição sofrida pelo paciente em decorrência da TB nos centros de referência; <p>B. Coletivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abordagem sobre as condições de vida da família; 2. Investigação sobre doenças (que não a TB) na família; 3. Questionamento acerca de tosse na família na ocasião das consultas; 4. Diálogo com a família acerca da doença e do doente; 5. Explicação à família sobre os efeitos colaterais da medicação e duração do tratamento; 6. Diálogo com a família acerca de outros problemas de saúde que não a tuberculose; 7. Campanhas educativas realizadas na comunidade; 8. Busca ativa de Sintomáticos Respiratórios na comunidade; 9. Formação de grupos de TB na comunidade; 10. Inclusão de membros da comunidade a fim de debater o problema da TB; 11. O conhecimento dos profissionais de saúde dos comunicantes dos doentes 12. Relacionamento amigável da equipe de saúde com a comunidade
Organizacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realização da baciloscopia no diagnóstico; 2. Realização da prova tuberculina; 3. Teste de sorologia HIV; 4. Baciloscopia de controle; 5. Consulta médica mensal de controle; 6. Realização de exame de escarro na família (controle de comunicantes)

*Pelas características dos indicadores da acessibilidade sócio-organizacional optou-se pela categorização em individual (um enfoque centrado no doente) e coletivo (ações mais voltadas às famílias e à comunidade)

4.6 Plano de análise

O entrevistado respondeu cada pergunta segundo a escala de possibilidades, extraíndo-se o valor médio das perguntas, ou seja, o indicador de acessibilidade (figura 4). As respostas foram então analisadas individualmente segundo a dimensão de acessibilidade (sócio-cultural, econômica, organizacional e geográfica) e também por centro de referência (A, B, C e D). Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre os diferentes centros de referência e entre entrevistados (os profissionais de saúde e os doentes).

Os escores dos indicadores foram somados para construir um Índice Composto para cada dimensão da Acessibilidade. Por exemplo, todos os escores das perguntas sobre acessibilidade sócio-cultural foram somados e a média dessa soma representou o Índice Composto de Acessibilidade Sócio-Cultural (Figura 4). Esse processo foi seguido para construir quatro índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão da Acessibilidade.

Considerou-se níveis **satisfatórios** de acessibilidade quando o indicador ou índice composto apresentou valor maior ou igual a 4, **regulares** abaixo de 4 e acima ou igual ao valor 3 e **insatisfatórios** se escores abaixo do valor 3.

As análises foram desenvolvidas com o programa *Statistica7.0 da StatSoft*, sendo realizadas em duas etapas:

Na etapa I, os dados foram submetidos à análise de variância a um critério de classificação, permitindo comparar os indicadores entre os diferentes CRT.

A suposição de igualdade de variância (homocedasticidade) requerida pela ANOVA foi verificada pelo teste de Bartlett. Para as análises que apresentarem violação dos critérios para o uso da ANOVA utilizou-se primeiramente, o procedimento de transformação de dados, e para as análises que continuavam a

violiar os critérios para o uso da ANOVA era aplicado o teste não-paramétrico de Kruskall-Wallis. Uma vez aplicado o teste de Kruskall-Wallis e se significativo ($p < 0,05$) era realizado o teste de comparação múltipla conhecido como “Dunn” ou “Z prime”. Quando aplicado o teste F e sendo significativo ($p < 0,05$), realizou-se o teste de Tukey.

No que tange à etapa II quando se comparou o grupo de doentes com o dos profissionais de saúde, aplicou-se o teste de χ^2 . Ainda nessa fase utilizou-se a prova estatística alpha de Cronbach para avaliar a validade de cada pergunta na criação das dimensões (ou escala) de acessibilidade. Sendo assim, esse coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito “latente” desta dimensão, isto é, que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão (PEREIRA, 2004; MANGIN e MALLOU, 2003).

Depois de calcular o alpha de Cronbach para todos os itens, calculou-se a mudança no valor do alpha de Cronbach quando da retirada de um item de cada vez da escala. Se a retirada de um item específico resultar no aumento do valor do alpha de Cronbach significa que este item não mediu necessariamente a mesma dimensão que os outros itens da escala e que deve, portanto, ser eliminado (DEVELLIS, 2003)

A equação de cálculo do teste é a seguinte:

$$\alpha = \frac{k \text{ cov/var}}{1 + (k - 1) \text{ cov/var}}$$

K = Número de variáveis consideradas

Cov = Média das covariâncias

Var = Média das variâncias.

O teste assume ainda valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas (PEREIRA, 2004). Hair et al. (2005) trata 0,7 como mínimo ideal, mas pode aceitar 0,6 em pesquisas exploratórias.

4.7 Procedimentos de coleta de dados

4.7.1 Contatos prévios e treinamento dos entrevistadores

Inicialmente, foram realizados contatos prévios com autoridades estaduais e municipais responsáveis pelos CRT, informando e solicitando apoio para a execução da pesquisa. O processo envolveu ainda gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e acadêmicos de enfermagem das regiões de João Pessoa, Campina Grande, Itaboraí, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto.

Por tratar-se parte de um projeto multicêntrico, também foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto para o desenvolvimento da referida pesquisa. Houve posteriores visitas a todos os CRT para apresentação da proposta aos profissionais responsáveis pelos programas.

Participaram do processo de coleta no município de Ribeirão Preto, duas entrevistadoras (contratadas), 3 alunos de iniciação científica e 3 alunos da pós-graduação, que receberam treinamento prévio pelo pesquisador principal e pelo colaborador.

4.7.2 Coleta de dados

4.7.2.1 Aplicação do instrumento aos doentes:

O período de coleta de dados se estendeu entre os dias 01 de julho a 30 de agosto de 2007, sendo realizadas em duas fases:

Primeira fase: Entrevista e preenchimento do instrumento (Anexo I). O entrevistador previamente definia através das informações contidas no livro de controle e registro de TB, aqueles elegíveis ao estudo. Ficou estabelecido que cada paciente deveria ser entrevistado com no mínimo um mês de tratamento.

Foi utilizada a estratégia de entrevistar os pacientes no local de sua conveniência, podendo ocorrer no domicílio ou no serviço de saúde. Os pacientes foram inicialmente esclarecidos quanto à pesquisa, seus objetivos, possíveis inconvenientes e vantagens e solicitada a colaboração. Em caso de concordância, assinavam o termo de consentimento (Anexo II) antes de responderem à entrevista.

Reconhece-se aqui a parceria dos profissionais de saúde durante as entrevistas e contatos com os doentes nos domicílios. Muitas das entrevistas ocorreram em áreas de risco social e de violência urbana.

4.7.2.2 Aplicação do instrumento aos profissionais de saúde:

A entrevista com os profissionais de saúde ocorreu mediante agendamento prévio, sendo que o processo ocorreu fundamentalmente no CRT onde se realizam as ações de TB. Novamente foi mencionada a proposta da pesquisa e os seus desdobramentos anteriormente elencados. O período de aplicação do instrumento dos doentes foi coincidente com o dos profissionais de saúde.

A condução das entrevistas deu-se em sala fechada, com duração média de 40 minutos, e garantiu-se o anonimato dos centros de referência bem como o sigilo das informações reveladas pelos profissionais. Acordou-se com os profissionais que oportunamente haveria a apresentação dos resultados alcançados do estudo, fato que já ocorreu no município a convite dos coordenadores do PCT e do Programa de DST/ AIDS.

4.7.2.3 Coleta de dados secundários:

Nesta fase, foi utilizado formulário de coleta de dados secundários referentes ao diagnóstico (história pregressa ao tratamento: tipo de entrada no centro de referência, local de encaminhamento) e resultado do tratamento. Os dados foram coletados em julho de 2008, justamente um ano depois do início da coleta de dados, para que se pudesse obter os resultados do tratamento. Destaca-se que nessa fase não houve contato com o doente de TB, e a fonte de informação consistiu no TB-WEB. Ainda, selecionou-se os locais de moradia dos pacientes e em seguida estes dados foram transferidos para o software ARCVIEW 9.0, a fim de mensurar as distâncias entre o domicílio e os respectivos CRT dos pacientes. Extraiu-se um valor médio, e assim comparou-se a distância média entre os CRT e os domicílios dos doentes.

4.8 Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Anexo IV), reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estando em concordância com os procedimentos éticos exigidos para pesquisa com seres humanos. Cada entrevistado teve que ler e assinar um Termo de Consentimento (Anexo III), assegurando a livre participação na pesquisa. Para garantir a confidencialidade dos informantes apenas as respostas agregadas foram relatadas. Nenhuma resposta individual foi atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos sujeitos

A média de idade dos 100 pacientes foi de 45,8 anos (IC 95% [42,4 – 49,3]; DP = 16,7), dos quais 69 % eram homens, 61% apresentavam-se com o ensino fundamental incompleto. No início dos sintomas procurou a unidade somente uma vez (4,72, IC 95% [4,5 – 4,9]; DP = 0,84), considerando seu estado de saúde nas circunstâncias da coleta de dados como bom (4,02, IC 95% [3,8 – 4,2]; DP=0,83).

Na tabela 5.1.1 observaram-se que a maioria dos indivíduos possuem ensino fundamental incompleto, residem em moradia própria, com cinco cômodos ou mais e com telefonia fixa ou móvel. Verificou-se ainda que desses sujeitos, 53% coabitavam com mais de 5 pessoas.

A tabela 5.1.2 apresenta a caracterização dos 16 profissionais de saúde, entrevistados neste trabalho, que participam nos CRT no município de Ribeirão Preto segundo informações sobre sexo e profissão. Identificou-se que 81,3% dos trabalhadores eram do sexo feminino com formação de nível médio. Em relação ao tempo de exercício no CRT, observou-se a média de 9,1 anos (IC 95% [5,39-12,72]).

Tabela 5.1.1 - Caracterização dos doentes de TB segundo informações sócio-demográficas e Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)

Variáveis	C	A	B	D	Total
	(%)	(%)	(%)	(%)	
Gênero					
Feminino	8	14	4	5	31
Masculino	14	25	20	10	69
Escolaridade					
Sem escolaridade	4	1	2	0	7
Ensino fundamental incompleto	12	24	14	11	61
Ensino fundamental completo	1	5	2	2	10
Ensino médio incompleto	0	3	2	0	5
Ensino médio completo	3	4	4	1	12
Ensino superior incompleto	1	0	0	1	2
Ensino superior completo	1	2	0	0	3
Idade					
15-30	2	12	0	3	17
31-45	6	12	7	8	33
46-59	7	9	4	8	28
60 e +	1	5	5	5	16
Ignorado	1	01	03	1	6
Condição de moradia					
Própria	14	29	10	9	62
Alugada	5	8	7	2	22
Empréstimo	2	2	4	3	11
Instituição	1	0	3	1	5
Tipo de Moradia					
Alvenaria	21	38	24	13	96
Madeira	0	1	0	2	3
Material reciclável	1	0	0	0	1
Número de cômodos na moradia					
1 cômodo	1	0	0	0	1
2 cômodos	0	3	2	1	6
3 cômodos	0	5	2	0	7
4 cômodos	5	6	3	3	17
5 cômodos ou mais	16	25	17	11	69
Tefonia móvel ou fixa					
Sim	15	31	18	7	71
Não	7	8	6	8	29
Número de pessoas residentes na casa					
4 ou mais	2	5	3	2	53
2 ou 3 pessoas	9	12	7	7	35
1 pessoa	11	22	14	6	12
TOTAL	22	39	24	15	100

Tabela 5.1.2 – Distribuição dos profissionais de saúde dos Centros de Referência à TB segundo sexo e ocupação no município de Ribeirão Preto (2007)

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	3	18,7
Feminino	13	81,3
Profissão		
Médico	3	18,7
Enfermeiro	4	25,0
Técnico/ Auxiliar de enfermagem	9	56,3

5. 2 História progressa ao Tratamento

Nas tabelas 5.2.1, 5.2.2 e 5.2.3 procurou-se retratar a história progressa ao tratamento de TB dos doentes entrevistados neste trabalho. Os principais resultados observados, nestas tabelas, mostram que 61% dos doentes foram encaminhados aos CRT com suspeita de diagnóstico de TB e 29% apresentaram-se espontaneamente. Observou-se também, que 34,5% dos doentes foram encaminhados pelo Pronto-Atendimento ou Hospital e 13,1% pelos serviços privados, o que corresponde a um total de 47,6% da amostra de doentes que entraram no sistema de saúde por outros pontos de atenção que não a APS. Ainda, os doentes em tratamento no CRT B foram os que mais procuraram o Hospital e/ ou Pronto Atendimento no início dos sintomas da TB.

Uma situação ainda evidenciada foi que 27,8% dos doentes não apresentavam informação do local de encaminhamento, sendo que grande parte da falta de informação concentrou-se no CRT B.

Tabela 5.2.1 - Forma de apresentação do doente para o diagnóstico e tratamento da tuberculose segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)

CRT *	Encaminhamento suspeito de diagnóstico de TB (%)	B.A (%)	A. E* (%)	C.C * (%)	A. E* por outros motivos (%)	IG* (%)	Total
D	8	0	5	1	1	0	15
A	18	0	18	1	1	1	39
C	17	0	3	0	0	2	22
B	18	1	3	0	0	2	24
Total	61	1	29	2	2	5	100

CRT = Centro de Referência à TB, B. A. = Busca Ativa, A. E = Apresentação Espontânea, CC = Controle de comunicantes, IG* = Ignorado.

Tabela 5.2.2 – Locais que encaminharam o doente para o diagnóstico e tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)

CRT	P. A. ou Hospital		Privado		Unidade Básica de Saúde		Centro de Referência à TB		Ignorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
D	1	1,6	0	0	2	3,3	5	8,2	0	0	8	13,1
A	1	1,6	2	3,3	1	1,6	0	0	14	22,9	18	29,5
C	7	11,5	4	6,5	2	3,3	2	3,3	2	3,3	17	27,9
B	12	19,8	2	3,3	1	1,6	2	3,3	1	1,6	18	29,5
Total	21	34,5	8	13,1	6	9,8	9	14,8	17	27,8	61	100

P. A = Pronto-Atendimento

Tabela 5.2.3 – Frequência de procura por hospital ou pronto-atendimento pelo doente de TB no início dos sintomas de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)

CRT	N	Média	DP	IC	p
C	22	1,68	1,42	1,04 - 2,31	
A	39	2,33	1,91	1,71 - 2,95	
B	24	3,33**	2,01	2,48 - 4,18	
D	15	1,33**	1,04	0,75 - 1,91	
Total	100	2,28	1,84	1,91 - 2,64	0,0067*

p<0,05. Nunca: 1, Quase Nunca: 2, Às vezes: 3, Quase Sempre: 4, Sempre: 5

** p < 0,05 entre B e D pelo teste de Dunn

5.3 A percepção dos doentes acerca do seu estado de saúde

A tabela 5.3.1 apresenta o valor médio para a percepção dos doentes acerca do seu estado de saúde segundo CRT no município de Ribeirão Preto. Os resultados mostram que os doentes classificaram a percepção acerca do seu estado de saúde como boa, não havendo diferenças significativas entre os CRT.

Tabela 5.3.1 – A percepção dos doentes acerca do seu estado de saúde segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)

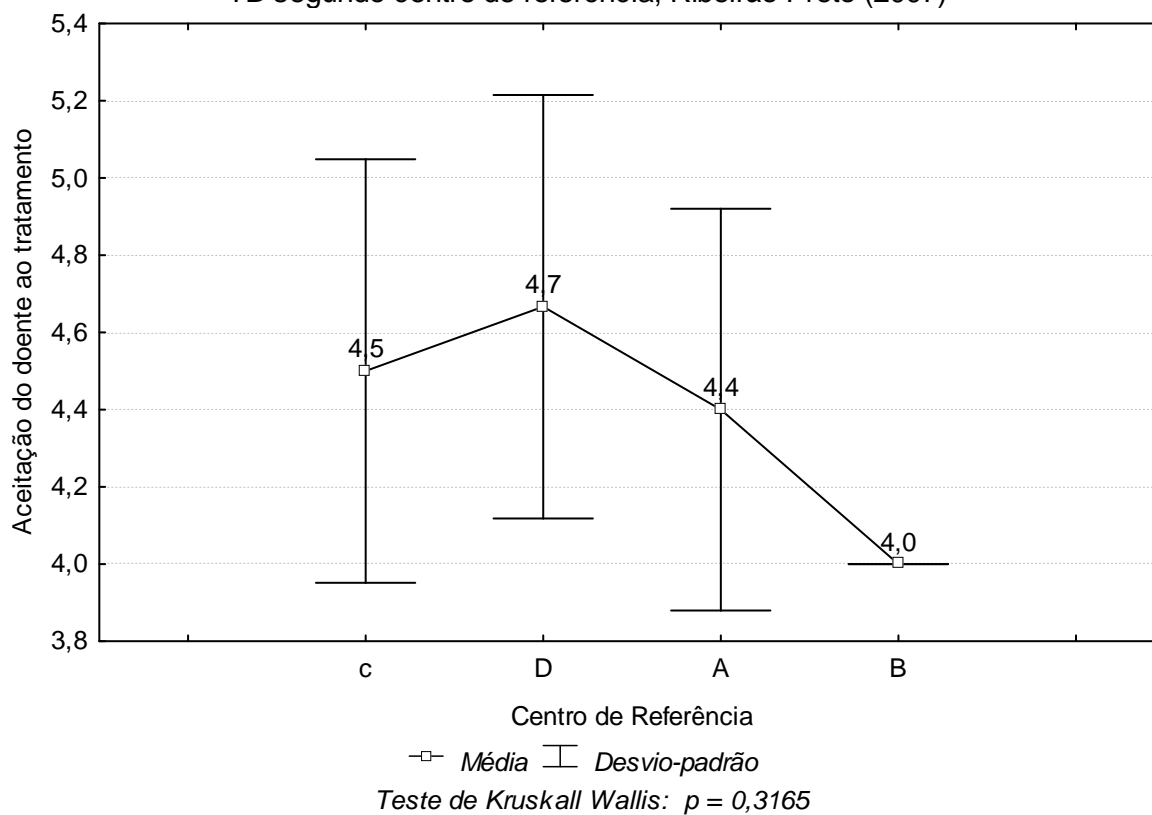
CRT	N	Média*	DP	IC	p
C	22	3,95	0,89	3,55 - 4,35	
A	39	4,10	0,75	3,85 - 4,34	
B	24	3,83	0,96	3,42 - 4,24	
D	15	4,20	0,67	3,82 - 4,57	
Total	100	4,02	0,82	3,85 - 4,18	0,49

* Muito Ruim: 1, Ruim: 2, Regular: 3, Bom: 4, Muito Bom: 5

5.4 A aceitação dos doentes ao tratamento de TB segundo a percepção dos profissionais de saúde

A percepção dos profissionais de saúde acerca da aceitação dos doentes ao tratamento de TB segundo CRF está apresentada no gráfico 5.4. Os resultados mostram que os profissionais classificaram a aceitação entre boa e muito boa. O teste estatístico utilizado não foi significativo ($p = 0,3165$) quando comparado os valores médios de percepção entre os CRT e desta forma a percepção dos profissionais foi considerada semelhante entre as unidades.

Gráfico 5.4 - Percepção do profissional acerca da aceitação do doente ao tratamento de TB segundo centro de referência, Ribeirão Preto (2007)



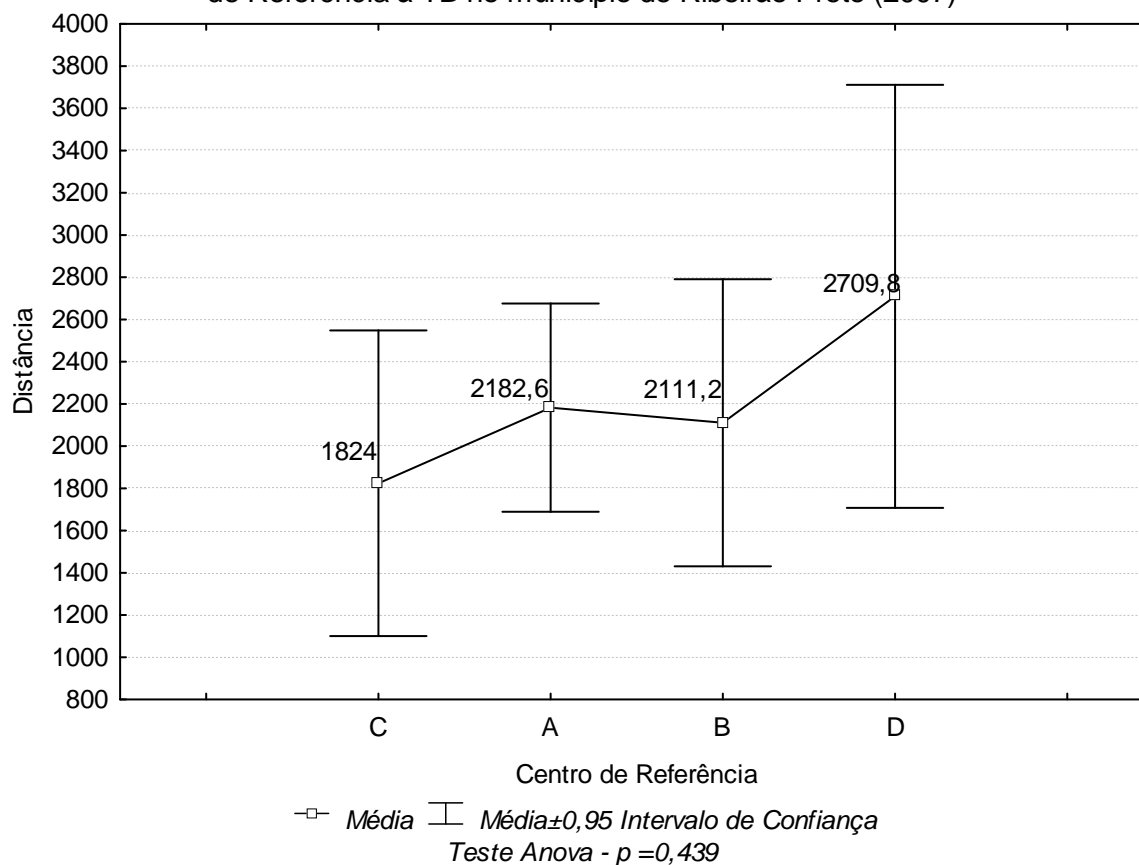
5.5 Acessibilidade Geográfica

A acessibilidade geográfica foi avaliada a partir da comparação entre os diferentes CRT utilizando os indicadores: média das “distâncias domicílio - serviço de saúde”; “percepção dos doentes acerca da distância” e “freqüência de visita domiciliar”. Ainda, foram também comparadas as percepções dos doentes com as dos profissionais de saúde utilizando os indicadores “proximidade domicílio-serviço de saúde” e “freqüência de visita domiciliar”.

5.5.1 Comparando os CRT

O gráfico 5.5.1.1 apresenta a média das distâncias do domicílio do doente de TB ao CRT. Os resultados mostram que não houve diferença significativa entre as distâncias com valores médios variando de 1824,0 à 2709,8.

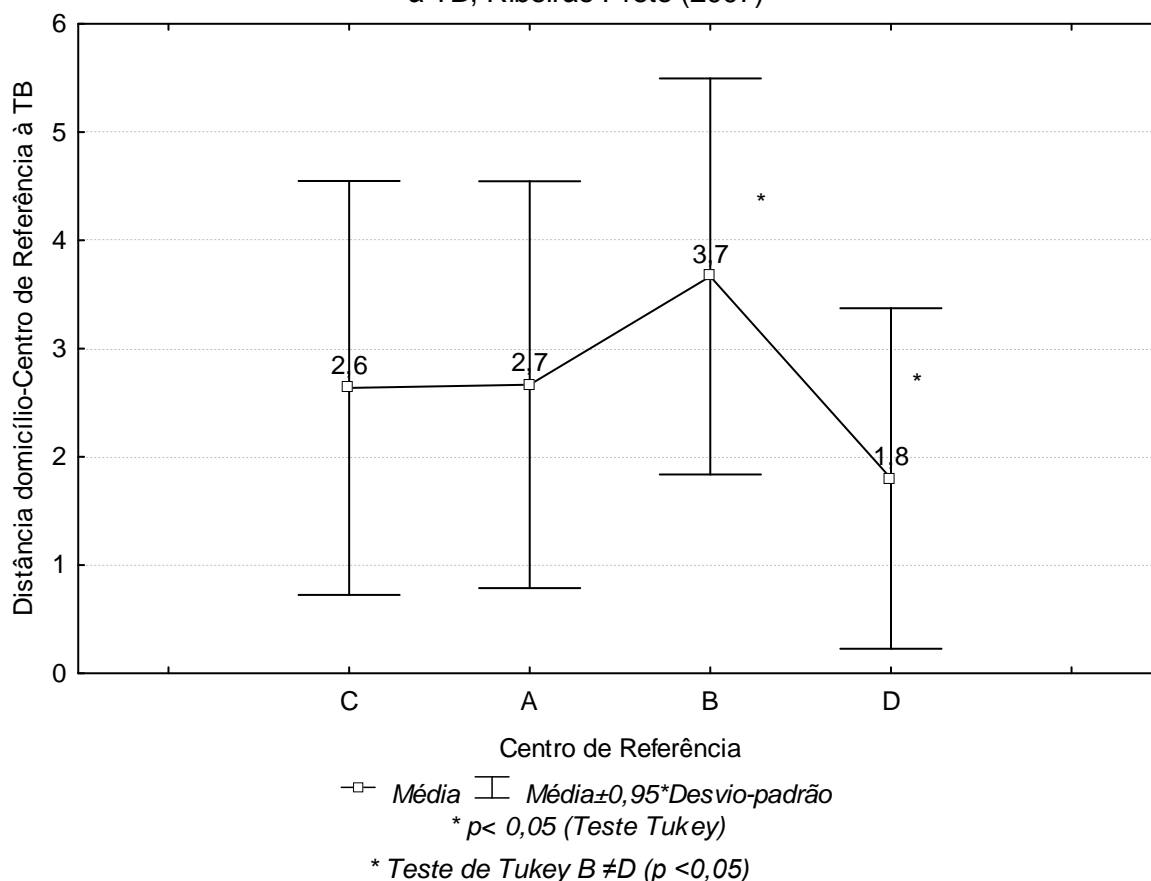
Gráfico 5.5.1.1 - Média das distâncias do domicílio dos doentes de TB segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)



O gráfico 5.5.1.2 mostra os resultados da percepção dos doentes acerca da distância do domicílio ao CRT. Observa-se que a percepção dos doentes variou de insatisfatória a regular nos CRT B e D, mostrando-se significativo pelo teste de Tukey. Nesse indicador verifica-se que a acessibilidade geográfica nos CRT A, C e D atingiram níveis insatisfatórios. O CRT D com maior distância calculada pelo

geoprocessamento é coincidente com os apontamentos dos doentes, que alcançou níveis insatisfatórios de acessibilidade geográfica.

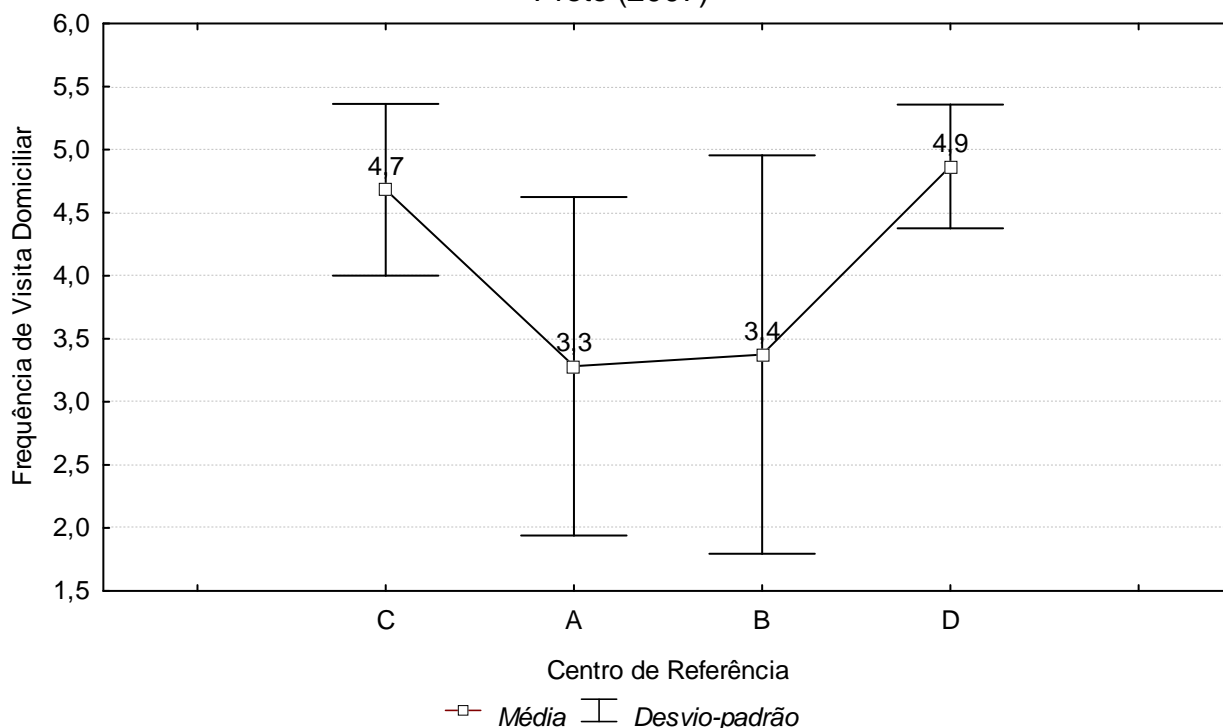
5.5.1.2 - Percepção do doente acerca da distância do domicílio ao Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007)



Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $3 \leq$ Indicador < 4 ; Insatisfatória : Indicador < 3

De acordo com o gráfico 5.5.1.3 a frequência de visita domiciliar foi considerada semelhante entre os CRT A e B e entre os CRT C e D. Os centros A e B apresentaram desempenho regular e as unidades C e D desempenho satisfatório em relação às visitas domiciliares.

5.5.1.3 Frequência de Visita Domiciliar segundo o Centro de Referência à TB , Ribeirão Preto (2007)



* Teste de Tukey $A \neq C$ ($p=0,0027$); $A \neq D$ ($p=0,002$); $B \neq C$ ($p=0,037$); $B \neq D$ ($p=0,02$)
 Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $3 \leq$ Indicador < 4 Regular; Insatisfatória : Indicador < 3

5.5.2 Comparando a percepção dos doentes com a dos profissionais de saúde

A tabela 5.5.2 apresenta a comparação entre os indicadores de acessibilidade geográfica segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde. Os resultados mostram que não há concordância entre os profissionais de saúde e os doentes em relação aos indicadores “proximidade domicílio-serviço de saúde” e “frequência de visita domiciliar”. Em relação ao indicador “proximidade domicílio-serviço de saúde” os doentes classificaram a acessibilidade geográfica como insatisfatória e os profissionais de saúde de regular à satisfatória. Para o indicador “frequência de visita domiciliar” os doentes classificaram a acessibilidade geográfica como regular e os profissionais como satisfatória.

Tabela 5.5.2. Comparação entre os indicadores de acessibilidade geográfica segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007)

Indicadores	Doentes	Profissionais de Saúde	P	Há concordância?
1. Proximidade domicílio-serviço de saúde	2,37 - 3,16	3,45 - 4,55	<0,001**	Não
2. Frequência de visita domiciliar	3,57 - 4,13	4,60 - 5,03	0,016	Não

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Não = teste χ^2 de diferença = $p < 0,05$

Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; Insatisfatória: $\text{Indicador} < 3$

5.6 Acessibilidade econômica

A acessibilidade econômica avaliada por 7 indicadores está apresentada na tabela 5.6.1. A partir da tabela observam-se diferenças significativas entre os CRT nos indicadores “consulta médica em menos de 24 horas se efeito colateral da medicação”; “oferecimento de vale transporte” e “gastos com transporte”.

Inicialmente em relação à consulta médica de emergência, embora não significante, o CRT D alcançou valores regulares, e os demais apresentaram valores satisfatórios. Na entrega do vale-transporte houve diferenças significativas entre os CRT C e A ($p = 0,028$), visto que em C é oferecido o benefício, e em A não é ofertado.

No que diz respeito ao “gasto com transporte”, verificou-se diferença estatística entre os centros C e A ($p = 0,010$), onde em C os usuários não reportaram custos advindo das viagens e em A foi referido despesas.

5. 6.1 Comparando os CRT

Tabela 5.6 1- Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da acessibilidade econômica dos doentes ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB , Ribeirão Preto (2007)

Indicadores	C			A			D			B			p
	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	
1. Consulta médica em menos de 24 horas se houve o efeito colateral da medicação	4,81	0,66	[4,52-5,11]	4,87	0,57	[4,68-5,05]	3,33	2,43	[1,98-4,68]	4,70	1,08	[4,25-5,16]	0,0148
2. Perda do dia de trabalho devido à consulta médica de TB	3,40	1,86	[2,58-4,23]	3,25	1,90	[2,63-3,87]	3,13	1,76	[2,15-4,11]	4,25	1,536	[3,59-4,90]	0,1407
3. Espera média por consulta médica de retorno maior que 60 minutos	4,36	1,17	[3,84-4,88]	3,89	1,53	[3,39-4,39]	4,60	0,82	[4,14-5,05]	4,04	1,19	[3,53-4,54]	0,2629
4. Oferecimento de vale alimentação ou cesta básica	4,04	1,61	[3,32-4,76]	3,97	1,76	[3,40-4,54]	4,46	1,4	[3,68-5,24]	4,33	1,52	[3,69-4,97]	0,703
5. Oferecimento de vale-transporte	3,36	2,01	[2,47-4,25]	1,82	1,57	[1,31-2,32]	3,20	1,93	[2,12-4,27]	2,41	1,90	[1,61-3,22]	0,0072*
6. Utilização de transporte motorizado para ida até o serviço de saúde	2,54	1,94	[1,68-3,40]	1,56	1,37	[1,11-2,00]	1,86	1,55	[1,00-2,72]	2,00	1,76	[1,25-2,74]	0,169
7. Gasto com transporte até o serviço de saúde	4,36	1,43	[3,72-4,99]	2,61	1,94	[1,98-3,24]	3,40	1,76	[2,42-4,37]	3,50	1,97	[2,66-4,33]	0,0058*

* $p < 0,05$; Valor de p em **negrito** - teste de Kruskal Wallis

Satisfatória ≥ 4 ; *Regular*: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; *Insatisfatória* : $\text{Indicador} < 3$

5.6.2 Comparando a percepção dos doentes com a dos profissionais de saúde

Segundo a tabela 5.6.2, ao se comparar a percepção dos doentes com a dos profissionais de saúde sobre a acessibilidade econômica somente se observou concordância nos indicadores “consulta médica”, “espera média por consulta” e “oferecimento de vale alimentação”. Um dos indicadores com maior divergência entre os entrevistados foi o “oferecimento de vale-transporte”, em que os profissionais categorizaram como satisfatório, todavia os doentes referiram como insatisfatório.

Tabela 5.6.2 - Comparação entre os indicadores de acessibilidade econômica segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007) *

Indicadores	Doentes	Profissionais de Saúde	p	Há concordância?
1. Consulta em menos de 24 horas se houve efeito colateral da medicação	4,34 - 4,84	4,80 - 5,07	0,428	Sim
2. Perda do dia de trabalho devido à consulta médica de TB	3,15 - 3,87	1,53 - 2,59	0,001	Não
3. Espera média por consulta médica de retorno maior que 60 minutos	3,88 - 4,40	3,66-4,71	0,104	Sim
4. Oferecimento de vale-alimentação	3,83 - 4,47	5,0-5,0	0,113	Sim
5. Oferecimento de vale-transporte	2,13 - 2,89	4,60 - 5,03	0,001**	Não
6. Utilização de transporte motorizado para ida ao serviço de saúde	1,60 - 2,26	1,53 - 2,59	0,001**	Não
7. Gasto com transporte até o serviço de saúde	2,94 - 3,71	2,72 - 4,28	0,001**	Não

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Não = teste X^2 de diferença = $p < 0,05$

Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < Indicador \leq 3$; Insatisfatória : $Indicador < 3$

5.7 Acessibilidade sócio-cultural

Quanto à acessibilidade sócio-cultural, os 22 indicadores estiveram distribuídos entre o enfoque individual (tabela 5.7.1.1) e o enfoque coletivo (5.7.1.2). No enfoque individual, selecionaram-se indicadores mais relacionados à prestação da assistência direta ao doente como “compreensão do questionamento”, “clareza nas respostas”, “explicações sobre os medicamentos”, entre outros contidos na tabela 5.7.1.1, totalizando 10. No coletivo, definiram-se indicadores mais relacionados à família e à comunidade, como “explicações à família” e “inclusão de membros da comunidade”, num total de 12 indicadores. Novamente, a partir dos indicadores, compararam-se os CRT e em seguida a percepção dos profissionais de saúde com a dos doentes.

5.7.1 Comparando os CRT

Na tabela 5.7.1.1 e 5.7.2.2, quando foi comparado os CRT, somente foram significativos estatisticamente, o “auxílio no agendamento para consultas não relacionadas à TB” ($p= 0,0107$), “campanhas educativas” ($p = 0,000$) e o “conhecimento pelos profissionais dos comunicantes do doente de TB” ($p=0,001$). Em relação ao primeiro indicador citado, não se observou em qual CRT havia diferenças, embora o CRT B atingisse o menor valor (0,21).

Quanto ao indicador “conhecimento pelos profissionais dos comunicantes dos doentes de TB”, encontraram-se diferenças significantes entre os CRT A e C ($p= 0,022$) e entre A e D ($p= 0,023$); A e D atingiram níveis satisfatórios de acessibilidade e em C os escores foram regulares.

Outro indicador significativo, “campanhas educativas”, apresentou diferença significativa, pelo teste de Tukey, entre A e D ($p = 0,014$) e entre B e D ($p = 0,003$), em que nos CRT A e B as ações eram mais freqüentes que em D.

Como se pode observar ainda na tabela 5.7.1.1, os indicadores que atingiram escores elevados de acessibilidade foram os “compreensão do questionamento sobre a doença”, “explicações sobre o tratamento”, “explicações sobre a doença”, “investigação sobre o uso de medicamentos”, “tempo suficiente para a exposição das dúvidas relacionadas à doença”. Todavia em relação ao indicador “educação em saúde”, apesar de não ser significativo pelo teste, encontraram-se valores satisfatórios no CRT B, regulares no C e D, e insatisfatórios no A.

Os achados mostram que não houve ocorrência de “rejeição” ao doente por causa da TB nos CRT, alcançando níveis satisfatórios no indicador em todos os CRT.

Baseando-se na tabela 5.7.1.2, observou-se que o “questionamento de tosse na família aos doentes” ocorreu de forma sistemática em todos os CRT, todavia no “diálogo com a família sobre outros problemas” não alcançaram valores aceitáveis.

Ainda na tabela 5.7.1.2, assumiram escores insatisfatórios de acessibilidade sócio-cultural, em todos os CRT, os indicadores “inclusão da comunidade”, “formação de grupos de TB” e “busca de sintomático respiratório”.

Tabela 5.7.1.1 - Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da acessibilidade sócio-cultural (enfoque individual) dos doentes ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007)

Indicadores	C			A			B			D			p
	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	
1. Compreensão do questionamento do doente	5,00	0,00	[5,00]	4,94	0,32	[4,84 - 5,05]	4,75	0,84	[4,39 - 5,10]	4,93	0,25	[4,79 - 5,07]	0,45
2. Clareza nas respostas frente às dúvidas apresentadas	4,95	0,21	[4,86 - 5,04]	4,87	0,57	[4,68 - 5,05]	5,00	0,00	[5,00 - 5,00]	4,86	0,51	[4,58 - 5,15]	0,624
3. Explicações sobre os medicamentos: doses, indicações e esquemas	4,91	0,43	[4,72 - 5,1]	4,87	0,57	[4,69 - 5,06]	4,50	1,35	[3,93 - 5,07]	4,67	0,72	[4,26 - 5,07]	0,304
4. Investigação sobre o uso de medicamentos que não para a não para a TB	4,45	1,30	[3,88 - 5,03]	4,31	1,51	[3,82 - 4,80]	4,33	1,40	[3,74 - 4,93]	4,73	1,03	[4,16 - 5,30]	0,768
5. Tempo suficiente para a exposição de dúvidas dos doentes	5,00	0,00	[5,00]	4,77	0,78	4,52 - 5,02	4,71	1,00	[4,29 - 5,13]	4,93	0,26	4,79 - 5,08	0,451
6. Informações sobre a TB: reservatório, porta de entrada, modo de transmissão e duração do tratamento	4,68	0,94	[4,26 - 5,10]	4,64	0,99	[4,32 - 4,97]	4,50	1,21	[3,99 - 5,01]	4,33	1,45	[3,53 - 5,13]	0,765
7. Diálogo com o paciente acerca de outros problemas de saúde que não sobre TB	4,23	1,41	[3,60 - 4,85]	3,85	1,66	[3,31 - 4,38]	4,42	1,38	[3,83 - 5,0]	4,00	1,36	[3,24 - 4,75]	0,676
8. Educação em saúde: Hábitos de vida e mudanças de comportamentos	3,41	1,74	[2,64 - 4,18]	2,95	1,92	[2,33 - 3,57]	3,67	1,93	[2,85 - 4,48]	4,13	1,64	[3,22 - 5,04]	0,164
9. Auxílio do profissional de saúde no agendamento de consultas médicas que não TB	1,86	2,43	[0,78 - 2,94]	0,90	1,94	[0,27 - 1,53]	0,21	1,02	[- 0,22 - 0,64]	1,87	2,42	[0,53 - 3,20]	0,0107*
10. Rejeição sofrida pelo paciente em decorrência da TB nos CRT	5,00	0,00	[5,0 - 5,0]	4,94	0,32	[4,84 - 5,05]	5,00	0,00	[5,00 - 5,00]	5,00	0,00	[5,0 - 5,0]	0,674

* $p < 0,05$; *Acessibilidade Satisfatória* ≥ 4 ; *Regular*: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; *Insatisfatória* : $\text{Indicador} < 3$

Negrito aplicado teste de Kruskal Wallis

Tabela 5.7.1.2 - Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da acessibilidade sócio-cultural (enfoque coletivo) dos doentes ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007)

Indicadores	C			A			B			D			P
	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	
1. Abordagem sobre as condições de vida da família	3,91	1,69	[3,16 - 4,66]	2,97	1,88	[2,36 - 3,58]	3,33	1,93	[2,52 - 4,15]	3,26	1,98	[2,17 - 4,36]	0,322
2. Investigação sobre doenças (que não TB) na família	3,82	1,71	[3,06 - 4,57]	3,95	1,72	[3,39 - 4,50]	4,17	1,55	[3,51 - 4,82]	4,33	1,45	[3,53 - 5,13]	0,767
3. Questionamento acerca de tosse na família na ocasião das consultas	4,23	1,51	[3,56 - 4,90]	4,54	1,14	[4,17 - 4,91]	4,08	1,66	[3,38 - 4,79]	4,73	1,03	[4,16 - 5,30]	0,399
4. Diálogo com a família acerca da doença e do doente	4,00	1,72	[3,24 - 4,76]	3,38	1,74	[2,82 - 3,95]	3,83	1,86	[3,05 - 4,62]	4,20	1,47	[3,38 - 5,02]	0,357
5. Explicação à família sobre os efeitos colaterais da medicação e duração do tratamento	4,00	1,73	[3,23 - 4,76]	3,31	1,84	[2,71 - 3,90]	3,83	1,86	[3,05 - 4,62]	4,20	1,66	[3,28 - 5,12]	0,293
6. Diálogo com a família acerca de outros problemas de saúde que não a tuberculose	3,45	1,84	[2,64 - 4,27]	2,41	1,79	[1,83 - 2,99]	3,58	1,91	[2,77 - 4,39]	3,26	1,98	[2,16 - 4,36]	0,055
7. Campanhas educativas realizadas na comunidade	3,45	1,76	[2,67 - 4,24]	4,23	1,49	[3,75 - 4,71]	4,50	1,35	[3,93 - 5,07]	2,47	1,77	[1,49 - 3,44]	0,000*
8. Busca ativa de Sintomático Respiratório na comunidade	1,18	0,85	[0,80 - 1,56]	1,10	0,38	[0,98 - 1,23]	1,00	0,00	[1,00 - 1,00]	1,13	0,52	[0,85 - 1,42]	0,665
9. Formação de grupos de TB nos CRT	1,00	0,00	[1,00 - 1,00]	1,02	0,16	[0,97 - 1,08]	1,00	0,00	[1,00 - 1,00]	1,27	1,03	[0,69 - 1,84]	0,173
10. Inclusão de membros da comunidade nos serviços de saúde a fim de debater sobre o problema da TB	1,32	0,94	[0,9 - 1,74]	1,00	0,00	[1,00 - 1,00]	1,17	0,82	[0,82 - 1,51]	1,13	0,52	[0,85 - 1,42]	0,298
11. O conhecimento pelos profissionais dos comunicantes dos doentes de TB	4,73	0,93	[4,31 - 5,14]	3,41	1,82	[2,82 - 4,00]	3,83	1,76	[3,10 - 4,57]	5,00	0,00	[5,00 - 5,00]	0,001*
12. Relacionamento "amigável" da equipe de saúde com a comunidade	5,00	0,00	[5,00 - 5,00]	5,00	0,00	[5,00 - 5,00]	4,92	0,41	[4,74 - 5,08]	4,93	0,26	[4,79 - 5,07]	0,413

P < 0,05, p < 0,05; Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; Insatisfatória : $\text{Indicador} < 3$.

5.7.2 Comparando a percepção dos doentes com a dos profissionais de saúde

Quanto à tabela 5.7.2.1, na comparação dos indicadores de acessibilidade sócio-cultural, visualizou-se concordância “na explicação sobre os medicamentos de TB”, “informações sobre a TB”, “investigação sobre o uso da medicação”. No que tange aos indicadores, mais relacionados à interação paciente-profissional, como “compreensão”, “clareza” e “diálogo sobre outros problemas”, percebem-se níveis de discordância. Nesses indicadores, a percepção do trabalhador revelou-se com escores menores.

A “educação em saúde” gerou divergência entre profissionais de saúde e doentes, sendo que os últimos referiram que é baixa a acessibilidade, e os profissionais, atribuíram valores de regular à satisfatória.

Outro indicador contrastante foi o “auxílio às consultas (não TB)”, sendo que os trabalhadores de saúde afirmaram valores satisfatórios, todavia os doentes reportaram valores insatisfatórios ao agendamento de consultas.

Em relação “à rejeição” sofrida pelos doentes nos CRT, apesar dos dois sujeitos referirem níveis satisfatórios, os trabalhadores expuseram escores menores.

Tabela 5.7.2.1 Comparação entre os indicadores de acessibilidade sócio-cultural (enfoque individual) segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007) *

Indicadores	Doentes	Profissionais de Saúde	p	Há concordância?
1. Compreensão pelo profissional do questionamento do paciente	4,82 - 5,00	4,36 - 4,89	0,001	Não
2. Clareza nas respostas frente os questionamentos do doente	4,84 - 5,00	4,36 - 4,89	0,001	Não
3. Tempo suficiente para a escuta das dúvidas dos doentes	4,69 - 4,97	4,36 - 4,89	0,001	Não
4. Explicações sobre os medicamentos de TB: doses, indicações e esquema	4,59 - 4,92	4,80 - 5,07	0,478	Sim
5. Informações sobre a TB: reservatório, porta de entrada, modo de transmissão e duração do tratamento	4,35 - 4,79	5,00	0,599	Sim
6. Investigação sobre o uso pelo paciente de outros medicamentos (que não para a TB)	4,14 - 4,68	5,00	0,527	Sim
7. Diálogo com o paciente acerca de outros problemas de saúde que não a TB	3,79 - 4,39	4,60 - 5,01	0,048**	Não
8. Educação em saúde: Hábitos de vida e mudanças de comportamento	3,03 - 3,77	3,89 - 4,73	0,001**	Não
9. Auxílio do profissional de saúde no agendamento de consultas médicas que não para a TB	0,68 - 1,50	3,43 - 4,82	0,001**	Não
10. Rejeição sofrida pelo paciente nos centros de referência à TB	4,94 - 5,01	4,43 - 4,94	0,001**	Não

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Não = teste χ^2 de diferença = $p < 0,05$

Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < Indicador \leq 3$; Insatisfatória: $Indicador < 3$

Na tabela 5.7.2.2, no enfoque coletivo da acessibilidade sócio-cultural, verificou-se apenas concordância no indicador “investigação sobre doenças na família”, nos demais houve grande variedade nos padrões de respostas e no grau de discordância.

No indicador “diálogo com a família sobre outros problemas”, foi grande a divergência entre os trabalhadores e os doentes, haja vista que os primeiros referiram valores regulares à satisfatórios, e os segundos alegaram níveis insatisfatórios à regulares de acessibilidade. Outro indicador discrepante na percepção dos sujeitos foi a “abordagem das condições de vida da família”, em que os doentes argumentaram escores de insatisfatório à regular e os trabalhadores de saúde apontaram níveis quase que máximos nesse item.

Um indicador importante a ser ressaltado refere-se “relacionamento amigável com a comunidade” em que novamente os trabalhadores referiram níveis menores do que exibiram os doentes.

Nos indicadores “formação grupo de TB”, “inclusão da comunidade” e “busca de sintomático respiratório”, observaram-se discordâncias extremas. Embora os indicadores atingissem valores insatisfatórios, os trabalhadores atribuíram escores superiores aos dos pacientes.

Tabela 5.7.2.2 - Comparação entre os indicadores de acessibilidade sócio-cultural (enfoque coletivo) segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007) *

Indicadores	Doentes	Profissionais de Saúde	p	Há concordância ?
1. Abordagem das condições de vida da família	2,94 - 3,68	4,52 - 5,10	0,037**	Não
2. Investigação sobre doenças (que não TB) na família	3,71 - 4,35	4,80 - 5,07	0,116	Sim
3. Questionamento acerca de tosse na família na ocasião das consultas	4,12 - 4,66	4,60 - 5,02	0,0001**	Não
4. Diálogo com a família acerca da doença e do doente	3,41 - 4,09	4,37 - 5,01	0,022**	Não
5. Explicação à família sobre os efeitos colaterais da medicação e duração do tratamento	3,36 - 4,08	4,60 - 5,03	0,004**	Não
6. Diálogo com a família acerca de outros problemas de saúde que não a tuberculose	2,67 - 3,43	3,99 - 4,63	0,0001**	Não
7. Campanhas educativas realizadas na comunidade	3,52 - 4,20	2,47 - 4,15	0,0001**	Não
8. Busca ativa de sintomático respiratório na comunidade	1,00 - 1,20	1,57 - 3,06	0,0001**	Não
9. Formação de grupos de TB nos CRT	0,97 - 1,13	0,92 - 2,08	0,0001**	Não
10. Inclusão de pessoas da comunidade para discussão da tuberculose	1,00 - 1,25	1,22 - 2,78	0,0001**	Não
11. Conhecimento dos profissionais de saúde dos comunicantes do doente de TB	3,72 - 4,36	4,36 - 5,0	0,014**	Não
12. Relacionamento “amigável” da equipe de saúde com a comunidade	4,92 - 5,01	4,22 - 4,90	0,0001**	Não

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Não = teste X^2 de diferença = $p < 0,05$

Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < Indicador \leq 3$; Insatisfatória : $Indicador < 3$

5.8 Acessibilidade Organizacional

A acessibilidade organizacional foi avaliada a partir dos indicadores “baciloscopia no diagnóstico”, “realização de prova tuberculina”, “suprimento de medicamentos”, “teste de HIV”, “baciloscopia e consulta de controle” e “controle de comunicante”. Como nas outras dimensões, a partir dos indicadores, comparam-se

os CRT e as fontes de informação. Houve grande variedade nos padrões de respostas conforme as tabelas 5.8.1 e 5.8.2.

5.8.1 Comparando os CRT

A tabela 5.8.1 mostra que em todos os CRT houve satisfatória acessibilidade à “Baciloscopia no momento do diagnóstico”, não se verificando diferenças estatísticas significativas entre os CRT. Todavia no indicador “prova tuberculina”, o teste estatístico apontou diferenças entre os CRT D e B ($p = 0,04$), em que o D assumiu os maiores escores, com regular acessibilidade.

Outro indicador significativamente estatístico foi o “Controle de comunicantes”, em que se observaram diferenças entre os CRT D e A ($p = 0,03$) e entre B e D ($p = 0,018$), em que o D apresentou níveis satisfatórios de acessibilidade, e A e C apresentaram escores insatisfatórios.

Outros indicadores que alcançaram níveis satisfatórios de acessibilidade foram o “Teste HIV”, o “Suprimento de medicação” e o “consulta médica de controle”. Todavia o CRT A não alcançou níveis satisfatórios de acessibilidade à “Baciloscopia de controle”.

Tabela 5.8.1 - Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da acessibilidade organizacional dos doentes ao tratamento de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007)

INDICADORES	C			A			D			B			p
	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	MÉDIA	DP	IC	
1. Realização da baciloscopia de escarro no diagnóstico	4,81	0,85	[4,44 - 5,20]	4,00	1,64	[3,47 - 4,53]	5,00	0,	[5,00 - 5,00]	4,37	1,44	[3,78 - 4,98]	0,03*
2. Realização da prova tuberculina	2,54	1,79	[1,75 - 3,34]	1,69	1,47	[1,21 - 2,17]	3,13	1,77	[2,15 - 4,11]	1,69	1,47	[1,21 - 2,17]	0,005*
3. Teste de HIV	4,00	1,63	[3,27 - 4,72]	4,43	1,37	[3,99 - 4,88]	4,33	1,45	[3,53 - 5,13]	4,33	1,52	[3,69 - 4,98]	0,14
4. Suprimento de medicamentos	5,0	0	[5,0 - 5,0]	4,61	0,90	[4,30 - 4,90]	5,0	0	[5,0 - 5,0]	4,87	0,44	[4,68 - 5,10]	0,057
5. Baciloscopia de controle	4,36	1,25	[3,81 - 4,92]	3,41	1,68	[2,86 - 3,95]	4,27	1,22	[3,59 - 4,94]	4,17	1,52	[3,52 - 4,81]	0,053
6. Consulta mensal de controle de TB	5,00	0,00	[5,00 - 5,00]	4,95	0,32	[4,84 - 5,05]	4,87	0,52	[4,58 - 5,15]	4,87	0,61	[4,62 - 5,13]	0,682
7. Realização de exame de escarro na família (controle de comunicantes)	3,00	2,05	[2,09 - 3,91]	2,56	1,92	[1,94 - 3,18]	4,47	1,41	[3,69 - 5,25]	2,42	1,91	[1,61 - 3,22]	0,005*

* $p < 0,05$. *Acessibilidade Satisfatória* ≥ 4 ; *Regular*: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; *Insatisfatória* : $\text{Indicador} < 3$

5.8.2 Comparando a percepção dos doentes com a dos profissionais de saúde

Na tabela 5.8.2 é comparada a percepção dos profissionais de saúde com a dos trabalhadores em relação aos sete indicadores de Acessibilidade Organizacional. Segundo a tabela, somente houve concordância entre os sujeitos nos indicadores “baciloscopia no diagnóstico” e “baciloscopia de controle”, nos demais houve divergências.

Os indicadores que mais se contrastaram foram os “realização de prova tuberculina” e “controle de comunicantes”, em que os trabalhadores referiram níveis satisfatórios às ações de controle, todavia na afirmação dos doentes houve insatisfatória acessibilidade.

Os indicadores “suprimentos de medicamentos” e “teste de HIV” também geraram discordância entre profissionais e sujeitos, embora alcançassem níveis satisfatórios de acessibilidade, verificou-se na tabela 5.8.2 que os doentes atribuíram escores abaixo dos profissionais.

Tabela 5.8. 2 - Comparação entre os indicadores de acessibilidade organizacional segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007).

Indicadores	Doentes	Profissionais de Saúde	p	Há concordância?
1. Realização de baciloscopia de escarro no diagnóstico	[4,15 - 4,58]	[4,80 - 5,07]	0,29	Sim
2. Realização da prova tuberculina	[1,74 - 2,39]	[4,24 - 5,00]	0,001	Não
3. Teste de sorologia HIV	[4,00 - 4,59]	[4,70 - 5,06]	0,037	Não
4. Suprimento de medicamentos	[4,69-4,94]	[4,52 - 5,10]	0,008	Não
5. Baciloscopia de controle	[3,62 - 4,23]	[4,80 - 5,07]	0,115	Sim
6. Consulta mensal de controle de TB	[4,85 - 5,01]	[5,0 - 5,0]	0,001	Não
7. Realização de exame de escarro da família (controle de comunicantes)	[2,52 - 3,30]	[4,60 - 5,03]	0,001	Não

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Não = teste χ^2 de diferença = $p < 0,05$

Acessibilidade Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < Indicador \leq 3$; Insatisfatória : $Indicador < 3$

5.9 Índices Compostos de Acessibilidade e Validade

A tabela 5.9.1 demonstra os índices compostos de acessibilidade, identificando-se que os trabalhadores referiram níveis satisfatórios, enquanto os doentes apontaram valores regulares.

No que tange aos doentes, identificou-se que a acessibilidade geográfica contemplou os menores escores, e os maiores a acessibilidade organizacional. Em relação aos profissionais de saúde, observou-se que a acessibilidade econômica ocupou os menores índices, embora ainda dentro dos limites satisfatórios de acessibilidade, e ocupando maiores índices a acessibilidade organizacional.

A partir do alpha de Cronbach, verificou-se que somente a dimensão acessibilidade sócio-cultural atingiu valores aceitáveis (HAIR et al, 2005), nas

demais dimensões os valores foram inferiores a 0,7, porque os indicadores apresentaram baixas correlações.

Tabela 5.9.1 - Índices compostos de acessibilidade segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007)

INDICADORES	DOENTES	PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Econômica	3,45	4,04
Geográfica	3,31	4,40
Sócio-cultural	3,50	4,23
Organizacional	3,91	4,85

5.9.2 - Valores alcançados a partir do teste de *alpha de Cronbach* e número de indicadores utilizados segundo a dimensão de acessibilidade, Ribeirão Preto (2007)

Dimensão	Alpha de cronbach padronizado	Número de indicadores
Acessibilidade Sócio-cultural	0,77	22
Acessibilidade Econômica	0,39	07
Acessibilidade Geográfica	-	02
Acessibilidade Organizacional	0,55	07
Acessibilidade	0,79	38

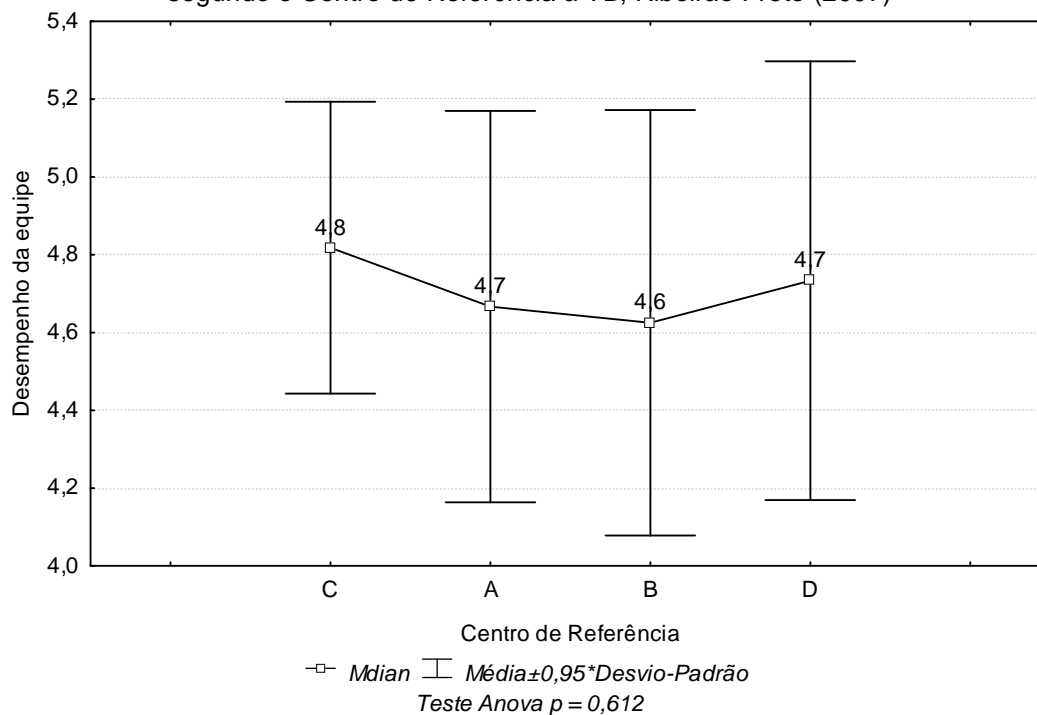
5.10 A satisfação quanto aos serviços prestados

Para a avaliação da satisfação dos serviços prestados, foram tomados 4 indicadores, sendo eles: “avaliação do desempenho das equipes”, “capacidade de resolução de TB”, “capacidade de resolução dos problemas gerais” e a “recomendação do Centro de Referência à Comunidade”. Inicialmente compararam-se os indicadores entre os CRT, e posteriormente a percepção dos trabalhadores acerca dos seus serviços prestados foi contrastada com a dos doentes.

5.10.1 Comparando os CRT

O gráfico 5.10.1.1 demonstra que em todos os CRF, os doentes perceberam como satisfatório o desempenho das equipes, em que as médias variaram nos CRT de bom a muito bom.

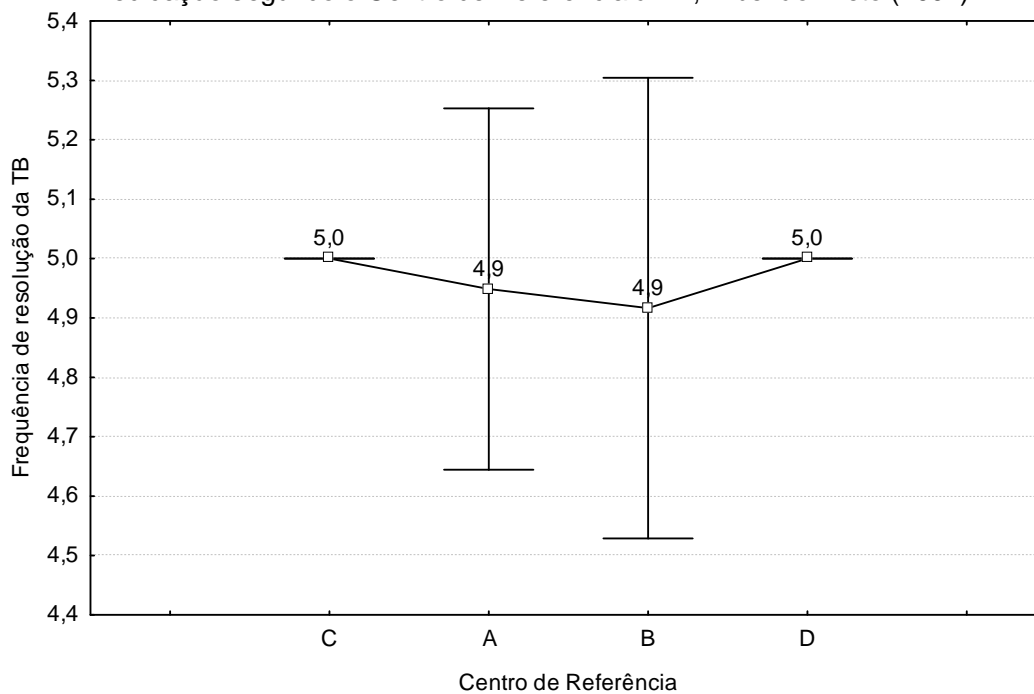
Gráfico 5.10.1.1 - Avaliação do desempenho das equipes de saúde pelo doente de TB segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007)



1. Muito Ruim, 2. Ruim, 3. Regular; 4. Bom; 5. Muito Bom

No que se refere à resolução dos problemas da TB, no gráfico 5.10.1.12 visualiza-se que os doentes referiram capacidade máxima das equipes na resolução dos problemas relacionados à TB como efeitos colaterais da medicação, chegando a valores máximos nos CRT C e D, nos demais centros embora haja variação, percebe-se que ocorre ainda dentro dos escores satisfatórios.

Gráfico 5.10.1.2 - Frequência de resolução do quadro de TB e efeitos colaterais da medicação segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007)



□ Média ┆ Média ± 0,95 * Desvio-padrão

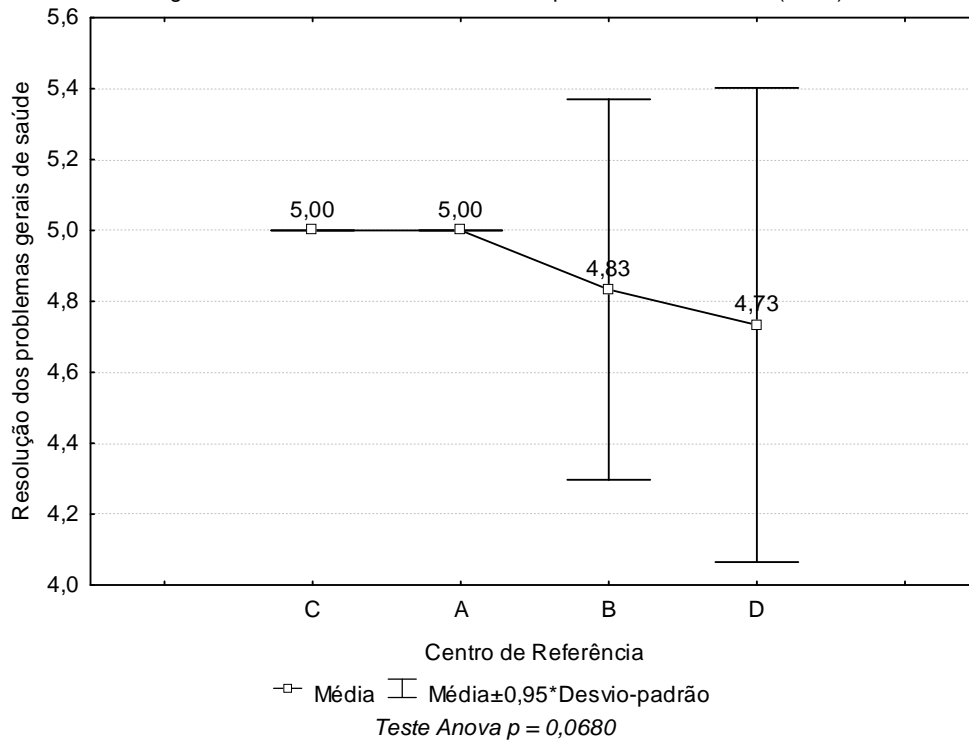
Teste Anova $p = 0,7164$

1. Nunca; 2. Quase Nunca; 3. Às vezes; 4. Quase Sempre; 5. Sempre.

O gráfico 5.10.1.3 mostra que os doentes consideram alta a capacidade das equipes na resolução dos problemas gerais de saúde, em que os CRT A e C atingiram os valores máximos. Deve-se considerar que principalmente no D houve grande variação no padrão de respostas, todavia essa não alcançou valores inferiores a 4.

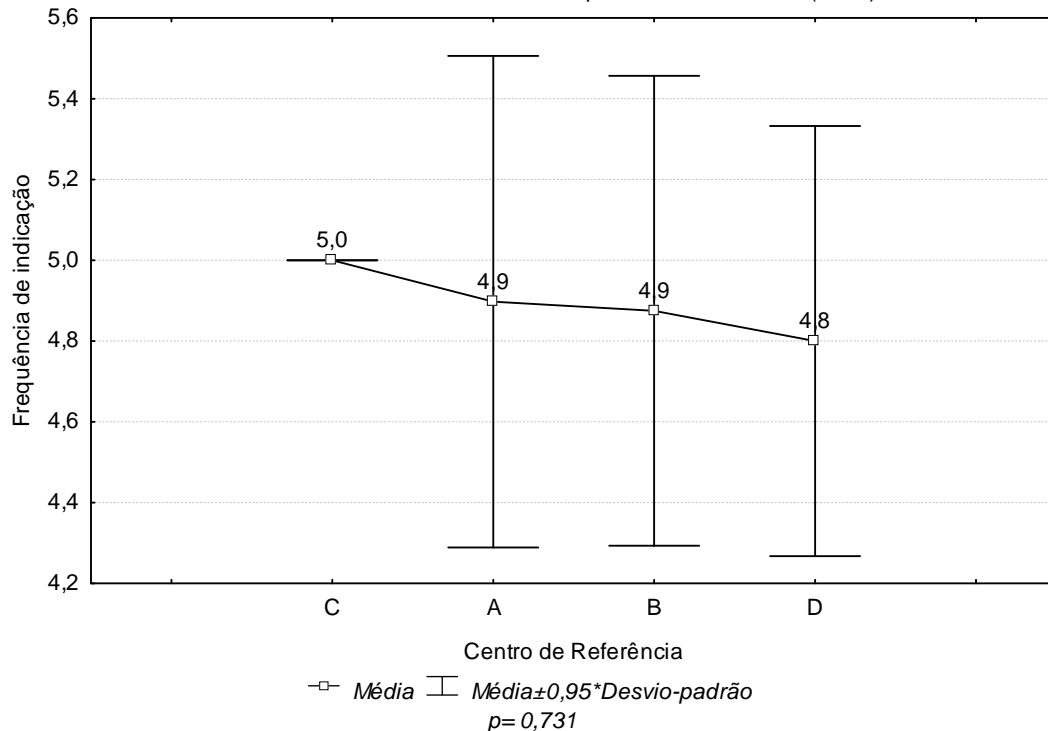
Em relação ao último indicador, no gráfico 5.10.1.3, "indicação do Centro de Referência à comunidade" observa-se que em todos os CRT os doentes fariam a indicação do seu local de tratamento às pessoas na comunidade, sendo que as médias variaram de 4,8 à 5,0.

Gráfico 5.10.1.3 - Frequência de resolução dos problemas gerais de saúde dos doentes segundo centro de referência no município de Ribeirão Preto (2007)



1. Nunca; 2. Quase Nunca; 3. Às vezes, 4. Quase Sempre; 5. Sempre.

Gráfico 5.10.1.4 - Frequência de indicação da Unidade de Saúde à pessoas na comunidade, segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto (2007)



1. Nunca; 2. Quase Nunca; 3. Às vezes, 4. Quase Sempre; 5. Sempre.

5.10.2 Comparando a percepção dos doentes com a dos profissionais de saúde

Na tabela 5.10.2 há concordância entre os profissionais de saúde e doentes acerca do desempenho da equipe, atribuindo escores satisfatórios. Todavia visualiza-se diferenças importantes no indicador “capacidade de resolução da TB”, em que os profissionais atribuíram escores menores (níveis regulares) que os doentes (níveis satisfatórios). Em relação à “recomendação da unidade de saúde à comunidade”, observaram-se divergências extremas entre os sujeitos, haja vista que os profissionais não fariam a indicação à comunidade do CRT onde desempenham suas ações como os doentes.

5.10.2 Comparação entre os indicadores de satisfação pelos serviços prestados segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto (2007)

Indicadores	Doentes	Profissionais de Saúde	<i>p</i>	Há concordância?
1. Desempenho da equipe – c	4,60 - 4,80	4,29 - 4,83	0,218	Sim
2. Capacidade de resolução dos problemas relacionados à TB: diagnóstico, tratamento, efeitos colaterais; dúvidas – a	4,90 - 5,01	3,79 - 4,58	0,0001**	Não
3. Capacidade de resolução dos problemas gerais de saúde dos doentes de TB – a	4,84 – 5,0	4,23 – 4,90	0,0001**	Não
4. Recomendação da unidade de saúde à comunidade – a	4,79 – 5,01	3,27 – 5,10	0,0001**	Não

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Não = teste χ^2 de diferença = $p < 0,05$

a- (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre c. 1. Muito Ruim, 2. Ruim, 3. Regular; 4. Bom; 5. Muito Bom;

5.11 Os indicadores epidemiológicos alcançados frente à acessibilidade ao tratamento nos CRT

Observou-se ainda de acordo com a tabela 5.11 que em todos os centros de atenção à TB, a taxa de cura foi próxima ou acima de 85%, observando-se que somente CRT B atingiu taxas inferiores, encontrando nesse um caso de falência, possivelmente MDR e dois casos ignorados.

Tabela 5.11 – Resultado do tratamento dos doentes de TB segundo o Centro de Referência à TB, Ribeirão Preto (2007)*

	Abandono		Mud. de diagnóstico		Óbito por não TB		Falência		Ignorado		Total	
	%	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n		%*
C	89,7	1	2,6	1	2,6	1	2,6	0	0	1	2,6	39
A	95,4	0	0	0	0,0	0	0	0	0	1	4,5	22
B	83,3	0	0	1	4,2	0	0	1	4,2	2	8,3	24
D	93,3	0	0	1	6,7	0	0	0	0	0	0	15
Total	90	1		3		1		1		4		100

* Porcentagem No total das Linhas

6. DISCUSSÃO

A população de doentes que compôs o estudo constituiu-se de indivíduos predominantemente do sexo masculino com ensino fundamental incompleto, coabitando com mais de seis pessoas em residência própria. O número superior de sujeitos do sexo masculino encontrado no estudo é consoante com outros estudos (NEEDHAM et al., 2004).

No que se refere aos profissionais de saúde observou-se situação inversa, sendo a maioria do gênero feminino. Identificou-se que esse grupo consistiu em sua maioria de formação de nível médio, auxiliar e técnico de enfermagem responsável pela prestação dos serviços diretos ao doente de TB, seja através da pré e pós-consulta ou pela realização do DOT.

6.1 Da História progressa ao tratamento:

A partir da tabela 5.2.2 verifica-se que 34,5% dos doentes foram encaminhados pelo pronto-atendimento ou hospital o que pode ser interpretado como agravamento da doença, conforme apontam alguns estudos (QUÉDRAOGO et al., 2006; NEEDHAM et al.; 2004).

Essa situação, decisivamente, poderá influenciar na acessibilidade ao tratamento, quando parte da premissa que a acessibilidade corresponde aos ajustes da oferta dos serviços às necessidades da população, assim se a necessidade é pautada em experiências em âmbito hospitalar, praticamente inviabiliza o oferecimento de determinados procedimentos na esfera ambulatorial; entretanto, julga-se de suma importância a superação dessa visão estrita, por uma conformação mais própria à conjuntura real dos serviços de atenção à TB; dessa forma deve-se ampliar o escopo de intervenções para além da doença instalada, dentro de uma

conformação mais social, na perspectiva da acessibilidade sócio-cultural, que será abordada mais à frente.

É reconhecido que a porta de entrada para o sistema de saúde é a Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2002), entretanto, o que ocorre para os doentes demandarem por hospital ou por pronto-atendimento?

A Atenção Primária à Saúde não está exercendo efetivamente seu papel?

A questão acima é disparadora de discussões, que precisam ser analisadas cuidadosamente a fim de que se possa entender as diferentes vertentes que influenciaram na opção pelo hospital ou pronto atendimento.

A demanda por hospital, à primeira instância, pode relacionar-se às dificuldades da APS na identificação do SR (ARCÊNCIO et al, 2007), visto que a queixa de tosse comumente é desvalorizada pelo profissional de saúde e erroneamente confundida com um sintoma comum de gripe ou resposta ao tabaco (MUNIZ et al., 2005).

Os achados mostram a contribuição inexpressiva da APS na identificação do SR, uma vez que somente 9,8% (tabela 5.2.2) dos doentes foram encaminhados por UBS/USF, sendo o hospital e o pronto-atendimentos líderes na referência dos casos de TB no município em estudo.

Diversos estudos apontam a ineficiência da APS na identificação do SR. Harries et al. (2003) em pesquisa conduzida em Gâmbia (Malawi) confirmaram que os doentes demandam os serviços de saúde mais de 5 vezes até o diagnóstico de TB, com um período de tosse de mais de 8 semanas. Outro estudo, realizado na Etiópia, verificou que a média de demora do diagnóstico foi de 2 meses (DEMISSIE et al., 2002), sendo que o grupo que apresentou mais fatores predisponentes para a demora era justamente o de doentes socialmente desfavorecidos.

Segundo Harries et al. (2003) ao investigar as causas para a demora no diagnóstico de TB observaram que aos doentes que buscam os serviços com queixa de tosse no primeiro contato, o profissional de saúde, geralmente, prescreve o antibiótico e solicita que eles retornem se houver persistência dos sintomas, nenhuma investigação mais detalhada é feita, e formulam-se várias hipóteses diagnósticas, mas não relacionadas à tuberculose. De acordo com Mendes (2002) a elevação no número de internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial é um indicador da deficiência da APS.

No segundo momento, a própria demanda pelo setor hospitalar ou pronto atendimento pode relacionar-se ao perfil do doente, posto que alguns podem resistir aos sintomas da doença até que decisivamente limitem suas forças físicas, e diante da debilidade compareçam nesses serviços (NEEDHAM et al., 2004; ARCÊNCIO et al., 2007).

Ademais, os doentes poderão não buscar assistência em virtude do estigma e preconceito relacionado à doença ou mesmo pelo descrédito nos serviços públicos de saúde, que pela lógica de funcionamento e relacionamento impessoal com a comunidade, tende a cada vez mais afugentar as populações adscritas (LÖNNROTH et al., 2001; THORSON et al., 2004). No ambiente hospitalar na cidade de Ribeirão Preto, muitos doentes apontaram que demoraram pela busca do diagnóstico porque estavam com medo da confirmação do diagnóstico por TB (BERTAZONE, 2003).

Pesquisa conduzida na cidade de São Paulo revelou situações geradoras de medo e vergonha dos doentes de TB, ao exigir-se que circulassem de máscara pela unidade de saúde, ficando “marcado” pelos demais usuários como “tuberculoso”, e deixando explícito à comunidade uma doença extremamente perigosa, com alta letalidade (SANCHÉZ, 2007).

A impressão da comunidade sobre a TB, firmadas nessas experiências, substancialmente influenciará negativamente nas suas decisões em buscar a atenção se por ventura venha a suspeitar do acometimento por essa doença (GODFREY-FAUSSETT et al, 2002; ATRE et al., 2004;).

Geralmente a condição em que os doentes chegam às unidades de pronto-atendimento, principalmente os coinfectados pelo HIV, requer emergencialmente internação, visto o estado depressor e debilitado do indivíduo, exigindo dessa forma cuidados intensivos (ARCÊNCIO et al., 2007).

A opção de escolha pelo hospital pode ainda relacionar-se aos aspectos culturais considerando de mais efetividade as técnicas e os procedimentos no ambiente hospitalar, a ponto de alguns doentes na Rússia preferirem ser internados por entender que a droga utilizada no hospital é mais potente e os exames diagnósticos mais resolutivos (ATUN et al.; 2005).

Ainda, em relação à história pregressa ao tratamento, 29% dos doentes apresentaram-se ao CRT por demanda espontânea, entretanto, somente um dos pacientes foi identificado por busca ativa na comunidade. As atividades preventivas frente às prioridades nos serviços de saúde ocupam o segundo plano, fazendo com que as taxas nacionais de detecção de casos fiquem longe das metas de 70% estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (DYE et al.; 2002; WHO, 2008).

Com base nos resultados, pode-se observar que 13,1% dos doentes foram encaminhados pelo setor privado, e embora não seja reconhecido como um forte parceiro pelas autoridades sanitárias, em alguns cenários vem contribuindo consideravelmente no aumento da detecção de casos (UPLEKAR et al; 2003), posto que determinado segmento social demanda mais por esses serviços (LONG et al.; 1999; NEEDHAM et al.; 2004; LEUNG et al.; 2007; WANG et al., 2007; ZERBINI et

al.; 2008;). Todavia, se não capacitado, poderá representar um grande risco à comunidade, pelas distorções diagnósticas, retardo e no uso não criterioso da terapêutica (CAMINERO, 2003).

Ainda no que tange ao baixo número de doentes encaminhados pela APS, deve-se associar os aspectos culturais, conforme apontaram Muniz et al. (2005) que após a capacitação técnica os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eles estavam inaptos para a coleta do escarro na comunidade, posto que muitos realizavam a atividade com elevada depreciação pelo escarro. Urge uma capacitação que extrapole a dimensão técnica para uma abordagem mais social, objetivando provocar mudanças profundas nos valores socialmente estabelecidos.

De acordo com Aday e Andersen (1974) há elementos importantes a serem considerados na acessibilidade aos serviços de saúde, como a distribuição e o volume de recursos, mas também deve-se considerar a predisposição, disponibilidade e necessidade dessa população. No caso da TB, conforme apontaram os resultados, há baixa procura pela APS, provavelmente porque a tosse não é um sintoma que preocupa o paciente, embora as UBS e/ou USF fiquem próximos ao domicílio do doente. Um dos grandes motivos que movem o doente de TB na procura pelos serviços de saúde, é justamente quando sente dor ou há limitação física, e nesses casos mais agravados, o processo assistencial ocorre nas emergências ou no pronto-atendimento (LIEFOOGHE et al., 1997).

6.2 Da percepção do doente acerca do seu estado de saúde à aceitação ao tratamento

Em relação à percepção do doente acerca do seu estado de saúde, de acordo com a tabela 5.3.1 em quase todos os CRT, visualizaram-se doentes satisfeitos, com

exceção do centro B, em que o nível de satisfação foi regular, reflexo possivelmente daqueles internados, que frente ao estágio avançado da doença apresentavam-se no período de convalescença.

A percepção do indivíduo em relação ao seu estado de saúde decididamente influencia na acessibilidade ao tratamento (ADAY e ANDERSEN, 1974). Indivíduos que se sentem doentes tendem a apresentar baixa auto-estima, o que canaliza para as descontinuidades terapêuticas, diferentemente daqueles que atribuem maiores escores a sua saúde, traçando objetivos concretos para a vida, estando esses comportamentos mais fortemente associados à adesão (CORLESS et al., 2006)

Se os pacientes apontaram níveis satisfatórios de saúde, o tratamento está atingindo possivelmente seus efeitos terapêuticos desejáveis.

No que se refere à aceitação do doente ao tratamento, de acordo com o gráfico 5.4, os profissionais de saúde apontaram níveis satisfatórios. O centro B, embora não significativo, apresentou os menores escores nesse indicador, possivelmente por receber pacientes do sistema prisional e mendigos encontrados na região central da cidade, cujo processo de adesão torna-se mais difícil. De acordo com Carbone (2000) muitos doentes de rua são céticos em relação ao tratamento, concebendo a doença enquanto castigo pelos antecedentes históricos de vida, conformando-se com a condição do doente e resistindo às recomendações do profissional de saúde. De acordo ainda com autora pode-se perceber que os desapontamentos do doente em relação à vida canalizam por uma autoflagelação, sentindo que a doença seja uma punição pelos erros cometidos no passado.

Segundo os profissionais de saúde da presente pesquisa, os doentes aceitaram bem o tratamento, o que pode ser justificado pela atuação da equipe, em uma conformação mais social, trabalhando nas diferentes dimensões de

acessibilidade ou relacionar-se às sujeições dos doentes, às vontades e à inquirição dos serviços de saúde (PORTER et al., 1999; OGDEN et al; 2000)

6.3 Da acessibilidade ao tratamento

Em relação à acessibilidade geográfica, no gráfico 5.5.1.1 observou-se que os domicílios dos doentes ficam em média a 2 quilômetros de distância dos CRT, não havendo diferenças significativas entre eles. O indicador “proximidade “domicílio-serviços de saúde”, acusou níveis insatisfatórios de acessibilidade em A, C e D, o que pode ser interpretado como um grande obstáculo na continuidade do doente no sistema. Nesse indicador encontraram-se diferenças significativas entre B e D, sendo que o B estava mais próximo dos doentes, ocupando níveis regulares de acessibilidade.

Interessantemente, no CRT B, verificou-se gastos esporádicos com transporte para viagens aos serviços de saúde, diferente do centro A, em que os gastos com transporte foram mais constantes.

Na tabela 4.6.2, ao se comparar a percepção dos doentes com a dos profissionais no que se refere à distância, percebe-se que não há concordância, identificando-se que os doentes atribuem maior distância do que afirmaram os trabalhadores. Outra situação vivenciada que gerou discórdia foram os gastos com o transporte durante o tratamento, posto que os doente afirmaram constantes despesas e os profissionais assumiram que essas são esporádicas. Needham et al. (2004) ao investigarem as barreiras ao cuidado, identificaram viagens como importante entreposto, sendo que muitos doentes sem dinheiro para o custeio optavam pelas caminhadas; no entanto, os debilitados não compareciam aos encontros acordados com o profissional de saúde. Um dos aspectos ainda

evidenciados nesse estudo foi o efeito desse gasto na renda familiar, uma vez que as famílias poupavam na aquisição de alimentos básicos em razão do tratamento do doente.

Estudos apontam que a longa duração do tratamento associada às constantes visitas aos centros de atenção a TB que se apresentam distantes do domicílio dos doentes são fatores preditores ao abandono (MORSY et al., 2003; ENSOR e COOPER, 2004; LIN et al., 2008).

Na acessibilidade econômica, no indicador “perda do dia de trabalho” não se observaram diferenças significativas entre os CRT, embora se reconheça que perda do dia de trabalho quase nunca ocorre no centro B. Situação que pode ser explicada pela localização central do B, onde há grande variedade de linhas coletivas urbanas, facilitando o processo de transporte ao trabalho, diferente de outros centros como A, C e D, que se encontram nas áreas mais periféricas, apresentando-se com transporte coletivo reduzido.

Nesse indicador novamente há discordância entre os doentes e os profissionais de saúde, posto que os profissionais apontaram que as faltas no dia de trabalho ocorrem mais frequentemente do que referiram os doentes. Situação essa possivelmente relacionada à imposição do DOT, exigindo-se visitas freqüentes ao serviço de saúde, independente da ocupação do doente (PORTER e OGDEN, 1997; JOHANSSON e WINKVIST, 2002; JAISWAL et al, 2003; NEEDHAM et al; 2004; SANOU et al.; 2004; GUPTA et al., 2004; THANG et al.; 2005; ARCÊNCIO et al.; 2008, SPECIALE, 2007, MISHRA et al., 2005).

Destaca-se que as perdas do dia de trabalho representam descontos salariais, situações essas que são geradoras de estresse e desgaste ao doente. Assim, visualiza-se um paradoxo importante no que se refere à oferta e consumo

dos serviços de atenção a TB: O tratamento é gratuito e disponível na rede pública, no entanto os custos intrínsecos a ele como transportes e descontos salariais inviabiliza decididamente seu consumo (NEEDHAM et AL., 2004).

De acordo com Ensor e Cooper (2004) a distância aos serviços de saúde ao impor custos reduzem as demandas por esses centros. Um estudo no Paquistão identificou que a adesão é mais fácil nos doentes que não têm vida economicamente ativa, uma vez que eles têm tempo suficiente para comparecimento aos serviços de saúde (KHAN et al.; 2002).

Contraditoriamente, outros estudos apontam como dificuldade para a adesão a imposição das visitas freqüentes ao serviço de saúde em situação em que o paciente precisa trabalhar e não pode se ausentar do emprego com risco de demissões; geralmente, nesses casos o doente acaba abandonando o tratamento (JAISWAL et al.; 2003; NEEDHAM et al.; 2004).

Baseando-se nos resultados verificou-se que o CRT D possuía menos pacientes em tratamento, sendo também um dos centros com maior distância ao domicílio dos doentes. Possivelmente a distância do centro influenciou na baixa demanda por esse serviço.

Em todos os CRT, os doentes necessitaram “de transporte motorizado”, sendo conflitantes com os escores atribuídos pelos profissionais de saúde, reflexo, portanto da distância dos domicílios e possivelmente do desconhecimento dos trabalhadores dela.

Um estudo, ao investigar sobre os efeitos econômicos da TB na vida do doente na China, descobriu que a doença resulta em mais pobreza econômica nas famílias. Os autores atribuíram como parte importante ao agravamento da condição sócio-econômica o próprio tratamento do doente (JACKSON et al.; 2006). Khan et

al. (2000) em pesquisa visando identificar os efeitos da TB na vida dos doentes no Paquistão, visualizaram que muitos pacientes deixaram de trabalhar ou estudar em virtude do tratamento.

Na ocorrência de efeitos colaterais da medicação, profissionais de saúde concordam ainda que os pacientes conseguem consulta no prazo de 24 horas, demonstrando assim satisfatório desempenho da equipe ao intervir a contento, prevenindo dessa forma as irregularidades terapêuticas e os abandonos. Muitos estudos apontam como um dos motivos de não adesão os efeitos colaterais da medicação, fazendo com que os doentes abandonem o tratamento nos primeiros meses (LIENHARDT et al., 1998; SANTHA et al., 2002 TEKLE et al.; 2002; JAISWAL et al., 2003; NYIRENDA et al, 2003; LIENHARDT et al., 2004; KRUK et al., 2008)

Identificou-se, na presente pesquisa, importantes adjuvantes na acessibilidade econômica e geográfica. No que se refere à acessibilidade geográfica, verificou-se que os CRT promovem visitas domiciliares embora a frequência ocorra de maneira diferente entre eles. As diferenças foram significativas entre os CRT, segundo JAKUBOWIAK et al. (2007), aonde o número de visitas do DOT relaciona-se à organização e planejamento das ações das equipes.

Reconhece-se que a prática do DOT domiciliar em muito contribui para diminuir as despesas da família com transportes, além de ser considerado a extensão do serviço no domicílio, colocando o profissional mais próximo às situações sociais vivenciadas pelo doente (ARCÊNCIO et al, 2008).

Dessa forma observou-se que o CRT C e D, priorizaram as visitas domiciliares do DOT no domicílio, situação diferente ocorreu no A e B. Estudo realizado com doentes que não aderiam ao tratamento apontou que o local de

preferência para estes, no que se refere ao seguimento do DOT, era o domicílio (JAKUBOWIAK et al., 2007).

Um fato interessante identificado ainda nesse estudo foi que a distância não interferiu nas visitas domiciliares no CRT D, corroborando com os resultados encontrados por Jakubowiak et al. (2007).

Jakubowiak et al. (2007) identificaram ainda que a distância ao serviço de saúde não se relacionava à adesão ao tratamento. O sucesso do tratamento nesses casos pode ser explicado pela organização das equipes de saúde ao superar as barreiras geográficas (PORTER e OGDEN, 1997) e/ ou pelo estigma da doença, em que os doentes preferem os locais mais distantes (SENGUPTA et al., 2006).

Outro adjuvante da acessibilidade econômica refere-se à entrega de vale transporte, que culmina em menos despesas ao doente, todavia houve diferenças significativas na distribuição desse incentivo entre os centros C e A. No centro A raramente é entregue, assim o paciente deverá arcar com as despesas de transporte, situação essa que decisivamente poderá influenciar na continuidade terapêutica (WARES et al., 2003; DIMITROVA et al., 2006; MUNRO et al., 2007; HANE et al., 2007).

Considera-se ainda como importante na acessibilidade econômica o oferecimento de vale-alimentação ao doente, haja vista que se evitam gastos no trajeto aos CRT (NEEDHAM et al., 2004), além do que, por vezes, o doente poderá passar um período inteiro no serviço em decorrência das consultas médicas e exames, e com o vale poderá se alimentar (DIMITROVA et al., 2006).

Em relação à acessibilidade sócio-cultural, de acordo com tabela 5.7.2.1, observam-se situações interessantes como a concordância entre os doentes e profissionais no que se refere às práticas de controle estabelecidas nos manuais de

normas de TB, como “explicações sobre os medicamentos”, “informações sobre a TB”, “investigação sobre uso de outros medicamentos” Todavia essa não é uma prática privilegiada em muitos cenários, como em Ndola (Zâmbia), em que os doentes abandonaram justamente por desconhecer os benefícios da conclusão do tratamento (LIEFOOGHE et al., 1997; KAONA et al., 2004).

Na ala de internação de moléstias infecciosas, no município de Ribeirão Preto, muitos doentes de TB apresentavam dúvidas em relação a sua doença, referindo desconhecimento total acerca das causas e do tratamento, alimentando-se a hipótese de que a deficiência na acessibilidade sócio-cultural nesse grupo foi uma das geradoras do retardo na busca por atendimento e assim pela internação (BERTAZONE, 2003).

A resistência desse grupo de doentes à terapêutica e aos procedimentos diagnósticos no ambiente hospitalar, a qual os trabalhadores de enfermagem atribuíram como causa o desconhecimento da doença (BERTAZONE, 2003), reforça a hipótese anteriormente levantada.

Wares et al. (2003) em estudo realizado no Nepal, que visava identificar os determinantes da adesão, encontraram que o conhecimento pelo doente de que a TB é uma doença curável correspondia a um fator encorajador à adesão.

Um outro aspecto interessante evidenciado no estudo de Kaona et al. (2004) apontou que a falta de informação a respeito do modo de transmissão da doença levava a comportamentos preventivos não concernentes a etiologia da TB, na qual a comunidade atribuía o contágio ao contato físico como em talheres, relações sexuais e da mãe para o filho.

Estudos ainda apontam que esses comportamentos causam constrangimentos ao doente e eram carregados de discriminação e estigma, que

levava o doente a refutar o tratamento, protelar a busca por atenção ou esconder que tem TB (MACQ et al., 2005; BARAU et al., 2007). Deve-se destacar ainda que a falta de informação a respeito da TB pode levar o paciente a isolar-se de outras pessoas a fim de protegê-las da transmissão da TB (BARAU et al., 2007).

Para Donabedian (1989) a qualidade na prestação dos serviços de saúde requer a divisão operativa da prestação em dois conceitos: técnico e interpessoal, estando o primeiro mais relacionado aos aspectos do conhecimento, das tecnologias médicas e das outras disciplinas, como a epidemiologia, e o segundo está baseado na maneira de gerir a interação social e psicológica entre os pacientes e os profissionais.

A partir dos resultados pode-se observar que nos aspectos técnicos (explicação doença, etiologia, duração do tratamento) há concordância entre profissionais e doentes, todavia, no momento em que se volta à nuança do relacionamento interpessoal, surgiram as discordâncias entre os dois atores.

Na percepção dos doentes, os profissionais sempre compreendem os seus questionamentos e respondem de maneira clara, acessível e próxima. Todavia percebe-se discordância na percepção dos profissionais, em que atribuíram menos ponto a esses indicadores, possivelmente porque não assimilam as dúvidas como afirmam os doentes.

Uma pesquisa realizada nas cidades da Inglaterra demonstrou a importância da comunicação na acessibilidade, ao revelar que o desfecho no tratamento era mais favorável, quando usado termos familiares ao contexto dos pacientes. Situação inversa ocorria quando se lançava mão de vocabulários técnicos, repercutindo consideravelmente na elevação do número de insatisfações com o tratamento (WILLIAMS e OGDEN, 2004).

Segundo Fekete (1992) o uso de linguagens apropriadas ao contexto dos pacientes é um fator decisivo na acessibilidade sócio-cultural. Portanto, com base nos resultados, no que tange ao vocabulário das equipes com os doentes, obtiveram-se níveis elevados de acessibilidade em todos os CRT.

Os doentes referiram ainda tempo suficiente durante as consultas para a explanação de dúvidas, observando-se unanimidade entre os CRT. Considera-se que os profissionais, pautados em suas experiências, associam o esperado e o realizado (o esperado pela demanda ou sobrecarga de funções nem sempre é realizado), todavia essa diferença não é percebida pelos doentes, avaliando como satisfatório o desempenho das equipes nesse indicador, pontuando-os com os maiores escores.

Uma estudo buscando relacionar o tempo das consultas com os níveis de satisfação dos pacientes, identificou que nessa associação estavam imbricados os aspectos sócio-emocionais, descobrindo que a satisfação com a duração da consulta era inversamente proporcional ao número de problemas enfrentados pelos doentes. Assim, o encontro entre os profissionais de saúde e pacientes era o momento oportuno da explicitação das dificuldades enfrentadas no cotidiano, e diante delas o período tornava-se insuficiente, gerando insatisfações (OGDEN et al., 2004).

Todavia, o que se observa nos resultados na presente pesquisa são níveis satisfatórios de acessibilidade sócio-cultural, remetendo-se à conclusão que a oferta (a disponibilidade de tempo) atende as demandas (exposição das dúvidas e dificuldades) apresentadas pelos doentes.

Os resultados da pesquisa de Calnan et al. (1994) mostram que os usuários que utilizam os serviços de saúde valorizam muito a comunicação, as informações recebidas, a qualidade da relação entre profissional de saúde e paciente.

Uma aproximação “paciente-centrada” (MEAD e BOWER, 2000), em que se possa exprimir os anseios e dúvidas, certamente será benquista pelo doente, tendendo a considerar o serviço de qualidade, independente se os são, porque foi tratado com respeito e cordialidade e no tempo oportuno (SERAPIONI, 1999). De acordo com Aday e Andersen (1974) a cordialidade corresponde a um dos atributos importantes na satisfação do paciente, estando este intrinsecamente relacionado à qualidade da interação do usuário e profissional de saúde e por sua vez na acessibilidade.

No que tange à educação em saúde foi grande a discordância entre os profissionais e os doentes, posto que os trabalhadores referiram maior prática dessa ação em seus respectivos CRT do que descreveram os doentes. Corroborando com os resultados da pesquisa, Okanurak et al. (2008) demonstraram que a educação em saúde também era incipiente nos CRT, sendo considerado como fator predisponente para a falência do tratamento.

O único CRT que alcançou valores satisfatórios de educação em saúde foi o D, que se apresentava com menor número de doentes. Os resultados da pesquisa de Gené-Badia et al. (2007), ao avaliar os atributos da APS, apontaram que a sobrecarga de trabalho do profissional de saúde influenciou negativamente na acessibilidade do doente por comprometer a relação profissional-paciente.

É interessante, ainda, mencionar que os autores (Gené-Badia et al. 2007) identificaram como variáveis fortemente associadas à acessibilidade as informações fornecidas pelo médico e pelo enfermeiro, a atenção às necessidades, a resolução

dos problemas e respeito à privacidade dos usuários. A privacidade torna-se a insígnia do processo de atenção ao doente, e assim da acessibilidade sócio-cultural.

No caso da TB, observa-se que muitos pacientes, por não terem conhecimento sobre a doença, etiologia, tratamento, buscam medidas alternativas no seu contexto comunitário, como curandeiros e farmácias, entre outros (NEEDHAM et al.; 2004), causa do retardo ao diagnóstico (LONG et al., 1999).

Outros ainda pela não credibilidade no serviço de saúde e a forma desrespeitosa com que serão tratados se confirmado a TB, preferem protelar o tratamento até a limitação física (BERTAZONE, 2003). De acordo ainda com Aday e Andersen (1974) a limitação física será fator decisório na acessibilidade ao serviço de saúde, dando-se por vezes no pronto-atendimento, conforme apontou os resultados da pesquisa.

A informação é uma das variáveis consideradas por Aday e Andersen (1974) como mutáveis, haja vista que poderá ser modificada no contexto das políticas de saúde e nos serviços de saúde. Julga-se, portanto que ao modificar o nível de informação da população, eleva-se a demanda pelos serviços de saúde ao superar valores socialmente construídos (DICK e LOMBARD, 1997).

Dessa forma, apreende-se que a educação em saúde, necessariamente relaciona-se à acessibilidade, merecendo, portanto, revisão na conformação nos CRT, que a desenvolve insatisfatoriamente. De acordo com Macq et al. (2007) o efetivo controle da tuberculose não pode ser alcançado se isolado dos processos sociais que criam condições para a disseminação da doença e barreiras ao cuidado, devendo, fundamentalmente, as equipes melhorarem a capacidade dos doentes de controlar sua vida e saúde. Esse resultado somente será atingido quando os trabalhadores reconhecerem a educação em saúde no controle da tuberculose.

Apesar de esta ser uma proposta importante, mesmo com a presença da Universidade, o CRT A obteve valores insatisfatórios nesse indicador.

Desta forma, os grandes obstáculos à acessibilidade sócio-cultural e assim à educação em saúde referem-se à própria formação dos profissionais desvinculada dos contextos locais da comunidade, inabilidade das equipes de atuar diante das singularidades dos doentes e a incipiência do doente na participação dos processos de gestão (FEKETE, 1992).

Um elemento importante acrescido por Fekete (1992) refere à participação do paciente nos processos de gestão; assim questiona-se: qual a relação entre acessibilidade sócio-cultural e a participação do doente nos processos de gestão?

De fato, quando o doente passa a ser envolvido nas diferentes instâncias dos serviços de saúde, além de democrático é um processo educacional, e maior a probabilidade de cobranças enquanto usuário. Entende-se que é relevante a formação do profissional de saúde, mas agregado a isso vem a própria transformação do comportamento do doente, de passivo em sujeito ativo de seus processos. Esse é o valor a que se atribui à educação em saúde: sua capacidade de modificar comportamentos (LEVY et al.; 2008).

Dick e Lombard (1997) reconhecem que a alteração do comportamento é imprescindível às mudanças no cenário epidemiológico da tuberculose, devendo as equipes investirem essencialmente na motivação do paciente.

De acordo ainda com os resultados, em todos os centros de atenção à TB, os doentes nunca se sentiram rejeitados pelos profissionais de saúde, todavia houve uma discordância com os relatos dos profissionais de saúde que atribuíram menor valor a esse indicador, possivelmente porque ainda há no profissional um ranço, resquícios de valores historicamente construídos (LONG et al., 1999).

Quando os doentes e profissionais foram indagados acerca do auxílio ao doente no agendamento de consultas em outras especialidades médicas, tomando a informação enquanto egi de da acessibilidade, houve forte discordância nos relatos. Os doentes reforçaram que raramente vivenciaram essa experiência, sendo que em necessidade de outras especialidades recorrem às unidades de saúde próximas aos seus domicílios e nunca aos CRT; contraditoriamente os profissionais de saúde apontaram que há auxílio do profissional no agendamento das consultas. Essa situação embaraçosa levanta uma série de indagações: Os CRT não estão integrados à rede dos serviços de saúde? O profissional de saúde coordena o doente nesse sistema?

Claramente, pelas respostas do doente, pode-se observar que num formato hierárquico, conforme aponta Mendes (2002) os diferentes pontos de atenção não estão integrados e a APS não desempenha sua função de organização do sistema, havendo outras portas de entrada, como o próprio CRT, conforme discutido anteriormente.

Dessa forma, se o doente necessita de determinada especialidade ele precisa retornar à UBS ou USF a fim de que consiga a referência e obtenha finalmente a consulta; dificilmente o profissional do CRT conseguirá a regulação desse paciente, haja vista que os sistemas fragmentados dificultam a coordenação do doente pelo sistema.

Os CRT constituem-se parte importante da APS, representando a própria porta de entrada do doente de TB ao sistema; no entanto pela não integração, há falha na coordenação da assistência ao doente pelos diferentes pontos dos sistemas locais de saúde.

Inúmeros são os exemplos dessa não integração, como o desconhecimento dos doentes de TB em seguimento nos CRT, nas áreas de abrangência pelas UBS e USF.

E tampouco, as equipes dos CRT têm conhecimento acerca das demandas por essas UBS/USF, conforme apontou um dos doentes em entrevista que estava monitorando a pressão arterial em UBS, mas os profissionais desconheciam a situação referida pelo doente.

Portanto, defende-se aqui a integralidade na atenção ao doente de TB, como a capacidade do serviço de atenção à TB em *integrar-se* aos demais pontos de atenção da rede local de serviços de saúde (MATTOS, 2006).

Exemplifica-se com a situação de um doente de TB que pela hepatotoxicidade de algumas drogas, como a rifampicina, necessitaria de uma investigação mais minuciosa de um hepatologista a fim de desvendar as razões da toxicidade, como associação de outros processos mórbidos, geralmente, hepatite B em coinfectados HIV, no entanto há uma grande dificuldade do centro de atenção à TB em regular o doente ou mesmo inteirar-se dos resultados diagnósticos alcançados e condutas nesse ponto de atenção.

Ressalta-se ainda a grande dificuldade de integração entre os Programas de HIV/DST com os CRT sendo que a maioria deles no município em estudo funciona no mesmo local, em períodos diferentes, deixando em evidência as características do sistema fragmentado elucidado por MENDES (2002)

Observou-se uma tentativa de compensação, perguntando-se ao doente acerca de outros problemas de saúde, todavia essa ação isolada não é suficiente, mas pode ser um disparador, no sentido de invocar o profissional de saúde a buscar

mais informações do problema vivenciado pelo doente, a fim de construir uma intervenção mais pautada nas necessidades singulares dos sujeitos.

Destaca-se que a continuidade e a coordenação são decisivas na satisfação do paciente com os serviços prestados, e influencia decididamente na busca pela assistência novamente (ADAY e ANDERSEN, 1974). Quando se menciona coordenação extrapolam-se os limites do setor saúde, incluindo os recursos e equipamentos sociais em dada comunidade, elementos cruciais à acessibilidade e assim adesão ao tratamento de TB.

Na abordagem da família, há níveis regulares de acessibilidade, sendo que o questionamento sobre a sua condição social não é uma constante na realidade dos serviços, situação essa de discordância do profissional de saúde, possivelmente porque reconhece a importância dela, incluindo-a em seu discurso, mas sua prática ainda é inexpressiva (WATKINS e PLANT, 2005).

Explicação à família sobre os medicamentos, tratamento, e modo de transmissão da TB, novamente observou-se discordância entre profissionais de saúde e pacientes. Quando comparados os CRT, ocuparam-se níveis satisfatórios de acessibilidade o C e D. Khan et al. (2000) apontaram que a inclusão da família no manejo do caso de TB contribui significativamente para a continuidade do doente no tratamento.

Outro aspecto interessante observado é que os profissionais de saúde apontaram que conhecem mais os comunicantes de TB do que apontam os pacientes. Situação que pode ser explicada pelo “conhecer” a família e o “conhecimento” sobre a família, na qual o modelo biomédico é determinante, em que se pautando em saberes socialmente instituídos, identificam-se os comunicantes durante a anamnese, anotando-os na ficha de notificação; compulsória, todavia, não

se conhece suas singularidades, aspirações, enredo e convicções (FAIRHURST e MAY, 2001).

Dentro desse leque de complexidade, na abordagem dos determinantes sociais com a família observaram-se níveis insatisfatórios de acessibilidade no centro A e no restante dos centros essa foi regular. Ainda nesse indicador, profissionais de saúde discordam dos doentes, haja vista que os primeiros apontaram acessibilidade satisfatória, contrastando com o segundo, que a expõe como regular/ insatisfatória. Decididamente não basta conhecer, faz-se necessário aproximar-se do contexto dessa família, seu ambiente, identificando-se os distintos fatores favoráveis à doença, dos biológicos aos sociais, a fim da proposição de estratégias efetivas no seu enfrentamento (OGDEN et al., 1999; MEAD e BOWER, 2000).

Aday e Andersen (1974) são pragmáticos ao apontar que a acessibilidade não se restringe ao volume e à distribuição dos recursos em saúde, mas também pela organização desses recursos, sendo estes últimos determinantes na permanência do paciente no sistema.

Assim, uma conformação inclusiva e emancipatória, que transcende o individual e inclui a família no processo assistencial, resulta em satisfação e essa, por sua vez, na continuidade do paciente/ família nesse sistema (PORTER, 2000; MISHRA et al., 2005).

Na busca ativa de SR na comunidade, observou-se em todos os CRT níveis insatisfatórios de acessibilidade, corroborando com os achados de Muniz et al. (2005) e Gazetta (2004) de priorização da atenção aguda em detrimento das práticas preventivas. Embora o profissional tenha atribuído níveis regulares dessa

prática, há contestação pelo doente de que não vivencia essa ação preventiva em sua comunidade.

Os achados reforçam ainda que as práticas educacionais, de inclusão da comunidade, na perspectiva do *empowerment*, da mobilização social, tornando a comunidade apta no controle da TB (por provocar mudanças nas convicções e valores) (WHO, 2007), não são processuais nos serviços, haja vista que em todos os CRT, verificou-se níveis insatisfatórios de acessibilidade nesses indicadores.

Aday e Andersen (1974) reforçam que os determinantes na acessibilidade, e assim na utilização dos serviços de saúde, referem-se ao tipo e à proposta desse serviço. É esperado que se a proposta do serviço é pautada no atendimento às condições agudas haja uma maior demanda pelo pronto-atendimento ou hospital; situação avessa ocorreria se a proposta fosse preventiva ou promocional. Segundo ainda os autores a educação em saúde pode modificar os fatores (mutáveis) de predisposição da população à acessibilidade aos serviços de saúde, por corrigir distorções e revisão de valores socialmente construídos como os tabus e os mitos.

De acordo com os resultados pode-se observar que a educação em saúde é incipiente nos CRT relegando a assistência aos aspectos técnicos de orientação da medicação, da duração do tratamento e da doença. Embora se reconheça a relevância dessas condutas, elas por si só não são suficientes no controle da tuberculose (GRANGE, 1997).

É notória ainda a relação amigável da comunidade com os profissionais de saúde, ao alcançar níveis satisfatórios de acessibilidade sócio-cultural em todos os CRT. Todavia, tomando como referência os depoimentos dos profissionais de saúde, identificou-se que esses atribuíram menores escores nesse indicador, o que reforça a hipótese dos resquícios dos valores historicamente introjetados da TB.

Em relação à acessibilidade organizacional, no indicador “realização de baciloscopia de escarro no momento do diagnóstico”, verificaram-se valores satisfatórios em todos os centros, que satisfaz as exigências da OMS (2008)

No teste de PPD, um exame complementar ao diagnóstico, houve níveis insatisfatórios de acessibilidade no CRT A, C e D, no entanto esse é um exame opcional ao clínico, o que justifica o seu baixo uso, não comprometendo todavia na formulação do diagnóstico, que privilegiou a baciloscopia obtendo níveis satisfatórios.

Em relação ao teste HIV, identificou-se elevada acessibilidade organizacional em todos os centros de referência, em que novamente os profissionais atribuíram mais escores do que o paciente. A acessibilidade a esse exame decididamente representa uma avanço no controle da TB, haja vista da identificação mais precoce dos casos com chance de prognóstico favorável (GANDY e ZUMLA, 2002)

A baciloscopia de controle, principalmente nos primeiros meses de tratamento e no último, que confirmam a efetividade do tratamento, obteve níveis satisfatórios de acessibilidade com exceção do centro A, com nível de procedimento regular. Todavia em outras localidades não se observa realização desses exames de controle, que se prioriza o Raio X e outros procedimentos com maior densidade tecnológica (ATUN et al., 2005)

Na acessibilidade à medicação, observou-se que embora ocupassem níveis satisfatórios, o esperado seriam níveis máximos equivalentes a 5,0; todavia dois doentes apontaram que faltou medicação, o que decididamente influenciou na média. Uma justificativa para esses apontamentos refere que as vitaminas do complexo B administradas concomitantemente aos tuberculostáticos, e consideradas

pelas equipes como importante adjuvante na recuperação do doente, esteve em falta no ano de 2007, que pode influenciar nas alegações dos doentes.

Essa situação vivenciada pelos doentes claramente reflete o modelo atual vigente nos serviços de atenção à TB, que focam mais na doença do que propriamente no doente (PORTER et al., 1999; PORTER e OGDEN, 1999; GANDY e ZUMLA, 2002). Preocupa-se com a medicação, desconsiderando-se outras situações que por ventura surgem no intercurso do tratamento, como as intolerâncias gástricas, que são atenuadas ou sanadas no uso de medicações gástricas (OKANURAK et al., 2008). Esse indicador reflete claramente a conformação de um trabalho em saúde mais voltado ao controle de uma endemia do que propriamente o de cuidado (OGDEN, 2000).

As experiências mal sucedidas durante o trajeto do doente pelo sistema de saúde influenciarão consideravelmente na permanência desse paciente no serviço de saúde (ADAY e ANDERSEN, 1974), e o efeito colateral drasticamente reflete em falência no tratamento (OKANURAK et al., 2008). Em linhas gerais, pode-se concluir que a organização dos sistemas de serviços de saúde é crucial na adesão do doente ao tratamento, e condição sine qua non na acessibilidade ao tratamento. Inúmeros exemplos na literatura apontam níveis insatisfatórios de acessibilidade ao tratamento da TB, justamente por exponenciar os benefícios da medicação, desconsiderando outras ações de suma importância, como a inclusão de medidas que aliviem os efeitos colaterais dos tuberculostáticos (PORTER e OGDEN, 1997; JOHANSSON e WINKVIST, 2002; JAISWAL et al, 2003; NEEDHAM et al; 2004; SANOU et al.; 2004; GUPTA et al., 2004; THANG et al.; 2005; ARCÊNCIO et al.; 2008).

Ainda na dimensão organizacional, no que se relaciona ao oferecimento do pote de escarro à família, identificaram-se níveis insatisfatórios de acessibilidade em

quase todos os CRT, reforçando a idéia de que a prevenção não é uma das propostas deles, que privilegia a condição aguda. Paradoxalmente os profissionais de saúde apontaram níveis elevados de acessibilidade no controle de comunicantes, o que reforça a concepção de Aday e Andersen (1974) de que a acessibilidade situa-se mais no discurso político do que propriamente em ações concretas.

A vigilância a saúde das famílias com portadores de TB constitui-se em um importante no avanço no controle da TB, tendo-se que esses indivíduos consistem em potenciais reservatórios e disseminadores da doença, devendo a equipe posicionar-se mais próxima desse processo em iminência de morbidez (GAZZETA, 2004; MONROE, 2007).

Grange (1997) é enfático ao apontar que a prevalência da TB na conjuntura atual reflete a incompetência da comunidade global no uso de instrumentos altamente efetivos e disponíveis há meio século na luta contra a TB. O autor reconhece que somente uma minoria dos pacientes acessa às tecnologias disponíveis, ressaltando que a crise da TB não refere exatamente às “faltas” dos doentes, mas sim na fragilidade dos prestadores de serviços. Ademais, as características dos prestadores de serviços de saúde são mais determinantes na acessibilidade do que o perfil dos doentes, sendo que esse segundo é um dos últimos problemas da comunidade científica, conforme ratifica o autor.

Ao tomar-se essa concepção, percebe-se nitidamente que os determinantes dos serviços de saúde decididamente se sobrepõem às características da população em risco na acessibilidade aos serviços de saúde, e assim a TB.

Os achados mostraram ainda níveis elevados de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde, que de acordo com o gráfico esteve acima de 4,6. Essa satisfação com o desempenho dos serviços prestados é compartilhada com os

profissionais de saúde, que atribuíram escores similares. Watkins e Plant (2005) apontam que o grau de satisfação relaciona-se a conclusão ou falência do tratamento, como observado neste estudo em que a elevada satisfação esteve associada ao alto percentual de cura.

Em todos os CRT observaram-se níveis elevados de satisfação na resolução dos problemas de TB, assim potencialmente todos tendem à cura, o que é contrastado pelos profissionais de saúde, ao mencionarem menor capacidade resolutiva. Muitos profissionais se consideram não capazes de resolver os problemas de TB, como os efeitos colaterais da medicação ou mesmo o diagnóstico, o que corresponde a um limitante na acessibilidade ao tratamento. Destaca-se que a satisfação com os serviços prestados é determinante na acessibilidade aos serviços de saúde (ADAY e ANDERSEN, 1974) e assim na adesão do doente ao tratamento (VOLMINK et al., 2000; KHAN et al., 2000)

Há de se convir que a destreza e habilidade técnica, a propedêutica médica, na formulação diagnóstica e condução do tratamento são fatores importantes ao controle da TB, embora se reconheça que não são elementos exclusivos conforme anteriormente mencionado. Os doentes apontaram que os profissionais têm capacidade para resolver seus problemas gerais de saúde, capacidade essa que é contrabalanceada pelos profissionais de saúde, em que atribuíram menores escores.

Em relação a indicação dos CRT à outras pessoas da comunidade, verificou-se que os pacientes faziam referência a esses. Contraditoriamente os trabalhadores de saúde não indicariam com tanta veemência como os doentes de TB, o que pode ser justificado pela falta de motivação desses profissionais.

Às vezes “os atos são vazios de sentidos” (CAMPOS et al., 2006), em que os profissionais alienam-se ao seu modo de produção, dos saberes socialmente

instituídos, reproduzindo suas ações baseadas em normas, sem considerar a sua criatividade e a subjetividade.

Campos et al. (2006) apontam que ao operar dentro dessa lógica, há intenso desgaste do profissional, considerando necessária a autonomia do profissional de saúde, a fim de que decisivamente possa usar de seu olhar clínico, nas singularidades dos pacientes, compreendendo a proposta de suas ações, resgatando o profissional, enquanto ser “pensante” e “co-protagonista” do processo de atenção.

Ayres (2004) aponta que as práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história; em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico vem encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades dos indivíduos e das populações. Parte-se da premissa portanto que a situação de insatisfação dos profissionais de saúde reflete exatamente essa crise, de não conciliar as práticas (oferta) em função das demandas dos pacientes de TB, o que afeta consideravelmente a acessibilidade.

7. CONCLUSÃO

A tuberculose se apresentou em indivíduos predominantemente do sexo masculino, com ensino fundamental incompleto e residente em moradia própria.

A maioria dos doentes do estudo foi encaminhado pelo hospital ou pronto-atendimento, gerando como hipóteses explicativas a negligência do sintoma da tosse pelo doente e dificuldade das UBS/USF na identificação dos casos.

Os achados mostraram níveis satisfatórios acerca do “status” de saúde do doente, que denota a capacidade da equipe de saúde na resolução dos problemas de TB. Na visão dos profissionais de saúde, todos os doentes aceitaram satisfatoriamente o tratamento, justificando-se dessa forma a alta taxa de cura nos casos acompanhados.

Não obstante, a acessibilidade geográfica aos CRT constitui um problema para a maioria dos entrevistados, haja vista que muitos doentes percorriam em média 2 quilômetros para alcançar os serviços, constituindo uma considerável barreira para os casos mais debilitados.

No que tange à acessibilidade econômica, visualizou-se ainda consideráveis gastos com transportes e perdas do dia de trabalho, que decisivamente culminam em reduções importantes no orçamento da família. Há necessidade de se interrogar estes resultados junto aos trabalhadores, promovendo um repensar na organização do trabalho em cada um dos CRT estudados.

Em relação à acessibilidade sócio-cultural, na maioria dos indicadores relacionados aos procedimentos técnicos do tratamento, há concordância entre profissionais e os doentes, entretanto quando transcende para os aspectos sociais, como a educação em saúde e o envolvimento da comunidade há discordâncias.

A educação em saúde, considerado como forte determinante na acessibilidade aos serviços de saúde, não é realizada de forma regular pelos trabalhadores de saúde.

A pesquisa revelou reduzido investimento nas atividades preventivas, uma vez que a busca ativa de SR não é realizada de forma sistemática.

Os doentes apontaram que não sofreram discriminação ou preconceito pelos trabalhadores de saúde dos CRT, podendo ser justificado pela atenção desenvolvida por equipe especializada em TB, e portanto mais preparada para enfrentar os “tabus” e mitos relacionados à enfermidade.

No que tange aos doentes que demandaram os CRT, destaca-se ações importantes no controle da tuberculose, como a priorização da baciloscopia diagnóstica, em que se atingiram níveis excelentes de acessibilidade, observando uma prática constante nos serviços de atenção à TB, digno de reconhecimento. Outro indicador que ocupou níveis equivalentes de acessibilidade foi o oferecimento do teste de HIV, sendo essa intervenção habitual nos CRT.

Em relação aos indicadores utilizados na pesquisa, somente estiveram mais fortemente co-relacionados aqueles selecionados para a acessibilidade sócio-cultural, expressando satisfatoriamente o índice composto dessa dimensão.

Pode-se observar que os CRT não operam satisfatoriamente como concebem os profissionais de saúde, possivelmente porque muitas ações necessárias ao controle da tuberculose ainda ocorrem mais no discurso do que propriamente na prática dos sistemas locais de saúde.

Os doentes apontaram satisfatório desempenho das equipes dos CRT na eliminação dos sintomas da TB, resolução dos efeitos colaterais da medicação e dos problemas gerais de saúde. Todavia os trabalhadores atribuíram menores escores

nesses indicadores, por entender que não seja absolutamente capaz de resolver todos os problemas de saúde que a ele se coloca.

Um resultado curioso que surgiu no estudo foi que os trabalhadores de saúde não recomendariam o seu local de trabalho à comunidade com a mesma convicção dos doentes de TB.

Mesmo com a aceitação do doente ao tratamento, não se alcançou níveis satisfatórios da acessibilidade, apreendendo-se que a acessibilidade ao tratamento da tuberculose mais se relaciona aos determinantes dos serviços de saúde do que propriamente às características individuais do paciente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, p: 208- 220, 1974.

AHMED, Y.; MWABA, P.; CHINTU, C; GRANGE, J. M.; USTIANOWSKI, A; ZUMLA, A. A study of maternal mortality at the Univesity Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: The emergence of tuberculosis as a major non-obstetrics cause of maternal death. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, França, v. 3, p. 675-680, 1999.

ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; RUFFINONETTO, A.; PINTO, I. C.; VILLA, T. C. S. City tuberculosis control coordinators'perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005, **Int J Tuberc Lung Dis** , França, v. 12, n. 5, 527-531, mai. 2008.

ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Interações por Tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo (2004). **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 2, p: 409-417, 2007.

ATRE, S. R.; KUDALE, A. M.; MORANKAR, S. N.; RANGAN, S. G.; WEISS, M.G. Cultural concepts of tuberculosis and gender among the general population without tuberculosis in rural Maharashtra, India. **Tropical Medicine and International Health**, Londres, v. 9, n. 11, p. 1228-1238, nov. 2004.

ATUN, R. A.; BAEZA, J.; DROBNIIEWSKI, F.; LEVICHEVA, V.; COKER, R. J. Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes. **Health Policy**, Londres, v. 74, n. 2, p: 122-132, out. 2005.

AYRES, J. R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p: 16-29, set-dez. 2004.

BALASUBRAMANIAN, R.; GARG, R.; SANTHA, T.; GOPI, P. G.; SUBRAMANI, R.; CHANDRASEKARAN, V. Gender disparities in tuberculosis: report from a rural DOTS programme in south Índia. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 8, n. 3, p. 323–332, 2004.

BARAU, S. C.; KARKI , D. K.; NEWELL; J. N. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health**. 2007. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/211>>. Acesso em 06 de agosto de 2008.

BATES, B. **Bargaining for life: A social history of tubeculosis**. 1. Philadelphia: Univesity of Philadelphia, 1992, p. 1876-1938.

BERTAZONE, E.C. **Assistência do portador de TB pulmonar sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem**. 2003. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Controle de Tuberculose – Uma Proposta de Integração Ensino – Serviço**. 4ª ed, Brasília, 1994.

CABRERA, D. M.; MORISKY, D. E.; CHIN, S. Development of a tuberculosis education booklet for Latino immigrant patients. **Patient Education and Counseling**, v. 46, p. 117-124, 2002

CALNAN, M.; KATSOUYIANNOPOULOS, V. ; OVCHAROV, V. K.; PROKHORSKAS, R.; RAMIC, H.; WILLIAMS, S. Major determinants of consumer satisfaction with primary health care in different health systems: family practice. **Family Practice**, v. 11, p: 468-478, 1994.

CAMINERO, J. A. Is DOTS strategy sufficient to achieve tuberculosis control in low- and middle-income countries? 2. Need for interventions among private physicians, medical specialists and scientific societies. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 7, n. 7, p: 623-630, jul. 2003.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão In: CAMPOS, G. W. S. (org); MINAYO, M. C. (org); AKERMAN, M. (org) et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, p. 669-688, 2006.

CAPUANO, D. A. **Busca ativa de casos de TB pulmonar em uma unidade de atendimento de farmacodependência no município de São Paulo**. 2001. 130 f. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001

CARBONE, M. H. “**Tísica e Rua: Os Dados da Vida e Seu Jogo**”. 2000. 106 f. Dissertação (Mestrado Endemias na área de saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

CHINTU, C.; ZUMLA, A. Childhood tuberculosis and infection with the Human Immunodeficiency virus. **Journal of the Royal College of Physicians of London**, v. 29, p. 92-94, 1995.

CORLESS, I. B.; NICHOLAS, P. K.; WANTLAND, D.; MCINERNEY, P.; NCAMA, B.; BHENGU, B.; MCGIBBON, C. The impact of meaning in life and life goals on adherence to a tuberculosis medication regimen in South Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 10, n. 10, p 1159-1165, out. 2006.

CRISTANCHO, S.; GARCES, D. M.; PETERS, K. E.; MUELLER, B. C. Listening to rural Hispanic immigrants in the Midwest: A community-based participatory assessment of major barriers to health care access and use. **Qualitative Health research**, v. 18, n. 5, p. 633-646, mai. 2008.

DAVID, H. L. Probability distribution of drug-resistant mutants in unselected populations of Mycobacteria tuberculosis. **Applied Microbiology**, v. 20, p: 810-814, 1970.

DEMISSIE, M.; LINDTJORN, B.; BERHANE, Y. Patient and health service in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. **BMC Public Health**. 2002. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/23>> Acesso em 04 de set. 2008.

DEVELLIS, R. **Scale development: theory and application**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.

DICK, J.; LOMBARD, C. Shared vision – a health education project designed to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 1, n. 2, p: 181-186, fev. 1997.

DIMITROVA, B.; BALABANOVA, D.; ATUN, R.; DROBNIEWSKI, F.; LEVICHEVA, V.; COKER, R. Health service providers' perceptions to tuberculosis care in Rússia. **Health Policy and Planning Advance**, v. 21, n. 4, p: 265-274, mai. 2006.

DONABEDIAN, A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. **Milbank Mem Fund Quart**, p.50, 1972.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed?. **Journal American Association**, v. 5, p: 260-275, 1989.

DYE, C.; WATT, C. J.; BLEED, D. Low access to a highly effective therapy: a challenge for international tuberculosis control. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 80, n. 6, p: 437-444, jun. 2002.

ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. **Health Policy**, Londres, v. 19, n.2, p. 69-79, 2004.

FAIRCHILD, A. L.; OPPENHEIMER, G. M. Public health nihilism versus pragmatism: History, politics and the control of tuberculosis. **American Journal of Public Health**, v. 88, p. 1105-1117, 1998.

FAIRHURST, K.; MAY, C. Knowing patients and knowledge about patients: evidence of modes of reasoning in the consultation?. **Family Practice**, Grã Bretanha, v. 18, n. 5, p: 501-505, 2001.

FARMER, P. Social scientists and the new tuberculosis. **Social Science & Medicine**. v. 44, p. 347-358, 1997.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1992.

FOTAKI, M. User' perceptions of health care reforms: Quality of care and patients rights in four regions in the Russian Federation. **Social Science & Medicine**, v. 63, p. 1637-1647, 2006.

FRENK J. El Concepto y la Medicion de Accesibilidad. **Revista de Salud Publica de México**. México. p. 438-53. 1985.

GANAPATHY, S.; THOMAS, B.; JAWAHAR, M. S.; SELVI, J. A.; WEISS, M. Perceptions of gender and tuberculosis in a south Indian urban community. **Indian J Tuberc**, v. 55, p. 9-14, 2008.

GANDY, M.; ZUMLA, A. The resurgence of disease: a social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. **Social Science & Medicine**, v. 55, p: 385-396, 2002.

GAZETTA, C. E. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto- SP a partir das notificações em um hospital – escola (1993 – 1998)**. 2004. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem em Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GENÉ-BADIA, J.; ASCASO, C.; ESCARAMIS-BABIANO, G.; SAMPIETRO-COLOM, L.; CATALÁN-RAMOS, A.; SANS-CORRALES, M.; PUJOL-RIBERA, E. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. **Family practice**, Londres, v. 24, n. 1, p:41-47, jan. 2007.

GODFREY-FAUSSETT, P.; KAUNDA, H.; KAMANGA, J.; BEERS, S. V.; CLEEF, M. V. KUMWENDA-PHIRI, R.; TIHON, V. Why do patients with cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health system research approach. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 6, n. 9, p: 796-805, 2002.

GRANGE, J. M. DOTS and beyond: towards a holistic approach to the conquest of tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 1, n. 14, p. 293-296, 1997.

GUPTA, S.; BERG, D.; LOTT, F.; KELLNER, P; DRIVER, C. Directly observed therapy for tuberculosis in New York city: factor associated with refusal. **Int. J. Tuberc. Lung Dis**, v. 8, n.4, p. 480-485, 2004.

HAIR Jr., J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

HANE, F.; THIAM, S.; FALL, A. S.; VIDAL, L.; DIOP, A. H.; NDIR, M.; LIENHARDT, C. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 11, n. 5, p: 539-543, mai.2007.

HARRIES, A. D.; NYIRENDA, T. E.; GODFREY-FAUSSET, P.; SALANIPONI, F. M. Defining and assessing the maximum number of visits patients should make to a health facility to obtain a diagnosis of pulmonary tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 7, n. 10, p – 953-958, 2003.

JACKSON, S., SLEIGH, A.C., WANG, G.F., LIU, X-L. Poverty and the economic effects of TB in rural China. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 10, n. 10, p:1104–1110, 2006.

JAISWAL A, SINGH V, OGDEN J A, PORTER J D H et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, Índia. **Tropical Medicine and International Health**, Londres, v. 8, n. 7 p: 625-633, jul.2003.

JAKUBOWIAK, W.M.; BOGORODSKAYA, E. M.; BORISOV, S. E.; DANILOVA, I. D.; LOMAKINA, O. B. Social support and incentives programme for patients with tuberculosis: experience from the Russian Federation. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 11, n. 11, p: 1210-1215, nov. 2007.

JOHANSSON, E.; WINKVIST, A. Trust and Transparency in Human Encounters in Tuberculosis Control: Lessons learned from Vietnam. **Qualitative Health Research**, Londres, v. 12, n. 4, p. 473 – 491, abril. 2002.

KAONA, F. A. D.; TUBA, M.; SIZIYA, S.; SIKAONA, L. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. **BMC Public Health**. 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/147-2458/4/68>>. Acesso em: 10 de setembro de 2008.

KHAN, A.; WALLEY, J.; NEWELL, J.; IMDAD, N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. **Social Science & Medicine**, Londres, v. 50, p: 247-254, 2000.

KHAN, M. A.; WALLEY, J. D.; WITTER, S. N.; IMRAN, A.; SAFDAR, N. Costs and cost-effectiveness of different DOTS strategies for treatment of tuberculosis in Pakistan. **Health Policy and Planning**, v. 17, p: 178-186, 2002.

KRUK, M. E.; SCHWALBE, N. R.; AGUIAR, C. A. Timing of default from tuberculosis treatment: a systematic review. **Tropical Medicine and International Health**, Londres, v. 13, n. 5, p: 703-711, mai. 2008.

LEUNG, E. C. C.; LEUNG, C. C.; TAM, C. M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Med J**, Hong Kong, v. 13 n. 3, p: 221-227, jun. 2007.

LEVY, S. N.; SILVA, J. J. C.; CARDOSO, I. F. R.; WERBERICH, P. M.; MOREIRA, L. L. S et al. **Educação em saúde**: Histórico, conceitos e propostas. Conferência Nacional de Saúde. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acessado em: 17 de setembro de 2008.

LEWIS, J. H.; ANDERSEN, R. M. Health Care for Homeless Women: Unmet Needs and Barriers to Care. **J Gen Intern Med**, v. 18, p. 918-921, 2003.

LIEFOOGHE, R.; BALIDDAWA, J. B.; KIPRUTO, E. M.; VERMEIRE, C.; MUNYNCK, A. O. D. From their own perspectives. A Kenya community's perception of tuberculosis. **Tropical Medicine and International Health**, v. 2, n. 8, p. 809-821, jul. 1997.

LIENHARDT, C.; MANNEH, K.; BOUCHIER, V. et al. Factors determining the outcome of treatment of adult smear-positive tuberculosis cases in The Gambia. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 2, p: 712-718, 1998.

LIENHARDT, C.; OGDEN, J. A. Tuberculosis control in resource-poor: have we reached the limits of the universal paradigm? **Tropical Medicine and International Health**, Londres, v. 9, n. 7, p. 833-841, jul. 2004.

LIMA, M. M.; BELLUOMINI, M.; ALMEIDA, M. M. M. B.; ARANTES, G. R. Coinfecção HIV /tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. **Rev. Saúde Pública**,v.31, n.3, p.217-20, 1997.

LIN, X.; CHONGSUVIVTWONG, V.; GEATER, A., LIJUAN, R. The effect of geographical distance on TB patients delay in a mountainous province of China, **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 12, n.3, p: 288-293, dez. 2008.

LONG, N. H.; JOHANSSON, E.; LÖNNROTH, K.; ERIKSSON, B.; WINKVIST, A.; DIWAN V. K. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 3, n. 5, p: 388-393, mai. 1999.

LÖNNROTH, K.; TRAN, T. U.; THUONG, L.M.; QUY, H. T.; DIWAN, V. Can I afford free treatment?: Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam, **Social Science & Medicine**, Suécia, v. 52, p: 935-948, 2001.

LUCCA, M. E. S. **Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção HIV/TB, em Ribeirão Preto-SP, de 1998-2006**. 2008. 134 f.. Dissertação – Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

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 em nível local**. Brasília:Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, 2006, 215 p.

MACQ, J.; SOLIS, A.; Martinez, G.; Martiny, P.; Dujardin, B. An exploration of the social stigma of tuberculosis in five “municipios” of Nicaragua to reflect on local interventions. **Health Policy**, Londres, v. 74, p: 205-217, 2005.

MACQ, J.; TORFOSS, T.; GETAHUN, H. Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. **Tropical Medicine and International Health**. v. 12, n 7, p. 873-885, 2007.

MANGIN, J.P.L; MALLOU, J. V. **Análisis multivariable para las ciencias sociales**. Madrid. Espana: Pearson Prentice Hall, 2003. 862p.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 41-66.

MCFARLANE, N. Hospitals, housing and tuberculosis in Glasgow, 1911-51. **Social History of Medicine**, v. 2, p. 59-85, 1989.

MEAD, N; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science & Medicine**, v. 51, p. 1087-1110, 2000.

MEEK, J. Killer TB threat to the world. **The Guardian**, v. 23, 1998.

MENDES, E. V. **A atenção Primária à Saúde do SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.110 p.

MISHRA, P.; HANSEN, E. H.; SVEND, S.; KAFLE, K. K. Adherence is associated with quality of Professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Patient Education and Counseling**, San Francisco, v. 2544, p. 1-9, 2005.

MONROE, A. **O envolvimento dos gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 2007. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MORSY, A.M., ZAHER, H. H., HASSAN, M. H., SHOUMAN, A. Predictors of treatment failure among tuberculosis patients under DOTS strategy in Egypt. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 9, n. 4, p: 689-701, 2003.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; VILLA, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 2, p: 315-321, marc. 2005.

MUNRO, S. A.; LEWIN, S. A.; SMITH, H. J.; ENGEL, M. E.; FRETHEIM, A. ; WOLMINK, J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. **Plos Medicine**, v. 4, n. 7, p: 1230-1245, jul.2007.

MURRAY, C. J. L.; STYBLO, K.; ROUILON, A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. **Bulletin of International Union against Tuberculosis and Lung Diseases**, Paris, v. 65, p: 2-20, 1990.

NAIR, D. M.; GEORGE, A., CHAKO, K. T. Tuberculosis in Bombay: new insights from poor urban patients. **Health Policy and Planning**. v. 12, n. 1, p. 77-85, 1997.

NATHANSON, C. A. Disease prevention as social change: Toward a theory of Public Health. **Population and Development Review**, v. 22, n. 4, p. 609, 1996.

NEEDHAM, D. M.; BOWMAN, D.; FOSTER, S. D.; GODFREY-FAUSSET, P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. **Health Policy**, Londres, v. 67, p. 93-106, 2004.

NEVILLE, K.; BROMBERG, A.; BROMBERG, R. The third epidemic: multidrug-resistant tuberculosis. **Chest**. v. 105, p. 45-48, 1994.

NYIRENDA, T. E.; HARRIES, A. D.; GAUSI, F. et al. Decentralisation of tuberculosis services in a urban setting, Lilongwe, Malawi. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 7. n. 9, p. S21-S28, set. 2003.

OGDEN, J. Improving tuberculosis control – social science inputs. **Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene**, Londres, . v. 94, p. 135-140, 2000.

OGDEN, J.; BAVALIA, K.; BULL, M.; FRANKUM, S.; GOLDIE, C.; GOSSLAU, M.; JONES, A.; KUMAR, S.; VASANT, K. "I want more time with my doctor": a

quantitative study of time and the consultation. **Family Practice**, Oxford, v. 21, n. 5, p: 479 – 483, 2004.

OGDEN, J.; RANGAN, S.; UPLEKAR, M.; PORTER, J.; BRUGHA, R.; ZWI, A.; NYHEIM, D. Shifting the paradigm in tuberculosis control: illustrations from India. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 3, n. 10, p. 855-861, out. 1999.

OKANURAK, K.; KITAYAPORN, D.; AKARASEWI, P. Factors contributing to treatment success among tuberculosis patients: a prospective cohort study in Bangkok. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 12, n. 10, p. 1160-1165, out. 2008.

OKEKE, I. N.; LAMIKANRA, A.; EDELMAN, R. Socio-economic and behavioural factors leading to acquired bacterial resistance to antibiotics in developing countries. **Emerging Infectious Disease**, v. 5, p.18-27, 1999.

ORGANIZATION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Situação epidemiológica de la tuberculose nas Américas**. Geneve, 2004. Disponível em: <www.who.int/tb>. Acesso em 20 de outubro de 2008.

PAULSEN H.J. Tuberculosis in the Native American: Indigenous or Introduced. **Rev Infect. Dis.**, v 9, p.1180-6, 1987.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

PORTER, J. D. H.; OGDEN, J. A. Commentary on ‘the resurgence of disease: social and historical perspectives on the “new” tuberculosis’. **Social Science & Medicine**, v. 55, p: 397-398, 2002.

PORTER, J. D. H.; OGDEN, J. A. Ethics of directly observed therapy for the control of infectious disease. **Bull. Inst Pasteur**, França, v. 95, p. 117-127, 1997.

PORTER, J.; OGDEN, J.; PRONYK, P. Infectious disease policy: towards the production of health. **Health Policy and Planning**, Londres, v. 14, n. 4, p: 322-328, abr. 1999.

QUEDRAOGO, M.; KOUANDA, S.; BONCOUNGOU, K.; DEMBÉLE, M.; ZOUBGA, Z. A.; COULIBALY, G. Treatment seeking behaviour of smear-positive tuberculosis patients diagnosed in Burkina Faso. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 10, n 2, p. 184–187, fev. 2006.

ROSEMBERG J. Tuberculose – Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol. Pneumol.Sanit.**,v.7, n.2, p. 5-29, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 4, p. 159-162, jul-ago. 2000.

SAGBAKKEN, M.; FRICH, J. C.; BJUNE, G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis in Addis Abada, Ethiopia: a qualitative study. **BMC**

Public Health. 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/147_1471-2458-8-11> . Acesso em: 10 de setembro de 2008.

SÁNCHEZ, A. I. M. **O Tratamento Diretamente Observado – DOTS e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo – Brasil.** 2007. 154 f. Tese em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANOU, A.; DEMBELE, M.; THEOBALD, S.; MACQ, J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 8, n. 12, p. 1479-1483, dez. 2004.

SANTHA, T.; GARG, R.; FRIEDEN, T. R.; CHANDRASEKARAN, V.; et al. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur District, South Índia, 2000. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 6, n.9, p. 780-788, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação do Sistema Estadual de Análise de dados. **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo.** c 2005. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/anuario/index.php>>. Acesso em: 10 de out. 2008.

SÃO PAULO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Coordenadoria de controle das doenças. Tuberculose no Estado de São Paulo: Indicadores de morbimortalidade e Indicadores de Desempenho. **Boletim Epidemiológico Paulista.** São Paulo, v. 3, p. 7-19, 2006.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose. Tuberculosa em números. Tratamentos Supervisionado no Estado de São Paulo. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_tb.html Acesso em 31 agosto 2007.

SENGUPTA, S.; PUNGRASSANI, P.; BALTHIP, Q.; STRAUSS, R.; KASETJAROEN, Y.; CHONGSUVIVATWONG, V. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community. **Int J. Tuberc. Lung Dis**, v. 10, n. 9, p: 1008-10012, set. 2006.

SERAPIONE. M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p: 81-92, set/dez. 1999.

SIMONE, P. M.; DOOLEY, S. W. Drug resistant tuberculosis in USA. In: DAVIES, P. D. O. **Clinical Tuberculosis.** 2. 1998, p: 265-287.

SIMONE, P. M.; DOOLEY, S. W. Multidrug- resistant Tuberculosis. Centers for Disease Control & Prevention National Center for HIV, STD, and TB Prevention . Division of Tuberculosis Elimination – DTBE Publications, 1994.

SPECIALE, C. **Significados do Tratamento Diretamente Observado (“DOTS”) para pacientes com tuberculose do programa de saúde da família da supervisão técnica de Vila Prudente/ Sapopemba, São Paulo – SP. 2007.** 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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

STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services and technology. London/New York: Oxford University Press; 1998.

SZRETER, S. Economic growth, disruption, deprivation, disease and death: On the importance of the politics of public health for development. **Population and Development Review**, v. 23, n. 4, p. 693, 1997.

TEKLE, B. ; MARIAM, D. H.; ALI, A. Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi Zone in Ethiopia. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 6, p. 573-579, 2002.

TERRA, M. F. **O tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) como estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose:** significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo, SP. 2007. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

THANG, S.; SQUIRE, S. B. What lessons can be drawn from tuberculosis (TB) Control in China in the 1990s? An analysis from a health system perspective. **Health Policy**, Londres, v. 72, p. 93-104, jun. 2005.

THORSON, A.; JOHANSON, E. Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctors's delay among female TB patients in Vietnam. **Health Policy**, Londres, v. 68, p: 37-46, 2004.

UPLEKAR, M. Involving private health care providers in delivery of TB care: global strategy. **Tuberculosis**, v. 83, p: 156-164, 2003.

VENDRAMINI, S. H. F. **O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto – SP, 1985- 2004:** do contexto epidemiológico à dimensão social. 2005. 259 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

VILLA, T. C. S; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. (artigo aceito para publicação), 2008.

VOLMINK, J.; MATCHABA, P.; GARNER, P. Directly observed therapy and treatment adherence. **The Lancet**, London, v. 355, p. 1345-1350, 2000.

- WAISBORD, S. Beyond the medical – informational model: Recasting the role of communication in tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, v. 65, p. 2130-2134, 2007.
- WANG, W.; JIANG, Q.; ABDULLAH, A. S. M.; XU, B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. Londres, **European Journal of Public Health**, v. 17, n.5, vp. 419–423, 2007.
- WARES, D. F.; SINGH, S.; ACHARYA, A. K.; DANGI, R. Non-adherence to tuberculosis treatment in the eastern Tarai of Nepal. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 7, n. 4, p: 327-335, abr. 2003.
- WATKINS, R. E.; PLANT, A. J. Clinic staff perceptions of tuberculosis treatment delivery in Bali. **Patient Education and Counseling**, v. 56, p. 34-348, 2005.
- WILLIAMS, N.; OGDEN, J. The impact of matching the patients's vocabulary: a randomized control trial. **Family practice**. Oxford, v. 21, n. 6, p: 630-635, nov. 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control**: Documented experiences and interventions. Geneva: WHO, 2007, 40 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis control 2008**: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO report 2008. 304 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adressing poverty in TB control**. Geneva: WHO, 2005, 80p.
- ZERBINI, E.; CHIRICO, M. C; SALVADORES, B.; AMIGOT, B.; ESTRADA, S.; ALGORRY, G. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. **Int J Tuberc Lung Dis**, França, v. 12, n. 1, p: :63–68, dez. 2008.
- ZHANG, T.; TANG, S.; JUN, G.; WHITEHEAD, M. Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups. **BMC Public Health**. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458-7-19>> Acesso em 04 de jul. 2008.

ANEXO I

Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil

I. Doentes de Tuberculose

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

A. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)			
1	Nº SINAN ou WEB-TB:		
2	Prontuário:		
3	Iniciais:		
4	Endereço:		
5	Nome da Unidade de Saúde (US):		
6	Endereço da US:		
6a	Horário de atendimento aos doentes de TB:		
7	Tipo de Unidade	UBS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		USF/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
7a	Primeiro serviço de saúde que o doente procurou quando apresentou os primeiros sinais e sintomas de TB Nome: _____ End: _____		
7b	Unidade de saúde que encaminhou o caso para diagnóstico Nome: _____ End: _____		
7c	Unidade de saúde que diagnosticou o caso Nome: _____ End: _____		
8	Faz Tratamento Supervisionado	S () - Sim	N () - Não

FILTRO - Se o doente não fizer TS, ir para a questão 8b.

Para as questões 8a e 8b responda: **1** - USF/PACS; **2** - UBS; **3** - UBS/PACS; **4** - Ambulatório de Referência; **5** - Domicílio; **6** - Outros (especificar)

8a	Local onde realiza o Tratamento Supervisionado		
8b	Local onde realiza a consulta médica de controle		
9a	Forma Clínica da Tuberculose	Pulmonar	1 ()
		Extrapulmonar (_____)	2 ()
9b	Tempo de Tratamento Medicamentoso	> 1 Mês até 3 Meses	1 ()
		> 3 Meses até 6 Meses	2 ()
		> 6 Meses até 9 Meses	3 ()
		> 9 Meses	4 ()

B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS			
10.a1	Sexo	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
10.a2	Idade	18 – 29 anos	0 ()
		30 – 39 anos	1 ()

10.a3	Estado civil	40 – 49 anos	2 ()
		50 – 59 anos	3 ()
		60 anos ou mais	4 ()
		Solteiro	0 ()
		Casado	1 ()
		Separado / Divorciado	2 ()
		Viúvo	3 ()
		Outro (_____)	4 ()

Para as questões 10.a4 e 10.a5 responda: S – sim; N – não.

10.a4	O senhor estava trabalhando quando descobriu que tinha TB?	
-------	--	--

Se responder Não, pular para a questão 10.a7

10.a5	O senhor precisou se afastar do trabalho por conta da TB?	
-------	---	--

Se responder Não, pular para a questão 10.a7

10.a6	Por quanto tempo o Sr. Está (ficou) afastado? (dias)		
10.a7	Ocupação	Desempregado	0 ()
		Empregado	1 ()
		Do lar : Contribuinte	2ª ()
		Não-Contribuinte	2b ()
		Empregado: Contribuinte	3ª ()
		Não-Contribuinte	3b ()
		Autônomo Contribuinte	4ª ()
		Não-Contribuinte	4b ()
		Outro (_____)	5 ()
10.a8	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\$ 430,00

10.a9	Recebe benefício do governo?	Não recebe	0 ()
		LOAS	1 ()
		Bolsa Família	2 ()
		Outro (_____)	3 ()
10.b1	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		1ª fase do ensino fundamental (incompl)	1 ()
		1ª fase do ensino fundamental (compl)	2 ()
		2ª fase do ensino fundamental (incompl)	3 ()
		2ª fase do ensino fundamental (compl)	4 ()
		Ensino Médio (incompleto)	5 ()
		Ensino médio (completo)	6 ()
		Ensino superior (incompleto)	7 ()
		Ensino superior (completo)	8 ()
10.b2	Qual o grau de	Sem escolaridade / 1ª fase do ensino	0 ()

	instrução do chefe da família?	fundamental (incompleto)	
		1ª fase do ensino fundamental (compl)	1 ()
		2ª fase do ensino fundamental (compl)	2 ()
		Ensino médio (completo)	3 ()
		Ensino superior (completo)	4 ()

10.c	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 11

10.d	Tipo de Moradia	Alvenaria	1 ()
		Madeira	2 ()
		Material Reciclável	3 ()
		Outros (_____)	4 ()
10.e	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:	1 Cômodo	1 ()
		2 Cômodos	2 ()
		3 Cômodos	3 ()
		4 Cômodos	4 ()
		5 ou mais Cômodos	5 ()

Para as questões 10.f a 10.h responda: **1** – (4 ou mais pessoas); **2** – (2 – 3 pessoas); **3** – (1 pessoa); **0** – Não se aplica

10.f	Número de pessoas residentes em sua casa?	
10.g	Número de adultos maiores de 60 anos?	
10.h	Número de crianças (menores de 12 anos)?	

O(a) Sr.(a) possui? Responda: S – sim; N – não.

10.i	Água Encanada		10.l	Máquina de Lavar	
10.j	Luz Elétrica		10.m	Vídeo cassete / DVD	
10.k	Geladeira		10.n	Freezer/ parte duplex	

Quantos desses itens abaixo o Sr.(a) possui?

10.o	Televisão em cores		10.r	Carro próprio	
10.p	Rádio		10.s	Empregada mensalista	
10.q	Banheiro privativo		10.t	Telefone (Cel / Fixo)	

C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.

Para as questões 11 a 13 responda: 1 – Sempre; **2** – Quase Sempre; **3** – Às vezes; **4** – Quase Nunca; **5** – Nunca; **0** – Não se aplica.

11	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da TB?		
12	Com que frequência o(a) Sr.(a) tem problemas relacionados ao tratamento ou à medicação?		
13. Com que frequência o (a) Sr.(a):	13.a	Bebe?	
	13.b	Fuma?	
	13.c	Usa outras drogas?	

D. PORTA DE ENTRADA

Para as questões 14 e 15 responda: 1 – UBSF/PACS; **2** – UBS;

	3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 – Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 – Outros (_____); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.
14	Quando precisa de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG), qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) procura?
15	Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)? Endereço: _____

E. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

Para a questão 16 responda: 1 – UBSF/PACS; **2** – UBS; **3** – Ambulatório de referência; **4** – Hospital Público; **5** – Hospital Privado; **6** – Consultório particular; **7** – Pronto atendimento; **8** – Outros (_____); **0** – Não se aplica; **99** – Não sabe.

16	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? Endereço: _____
----	--

Para a questão 17 responda: 1 - (5 dias ou mais); **2** - (4 dias); **3** - (3 dias); **4** - (2 dias); **5** - (1 dia - 24 horas); **0** – Não se aplica; **99** – Não sabe.

17	Quando o Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no serviço de saúde?
----	--

Para as questões 18 e 19 responda: 1 – 5 ou mais vezes; **2** – 4 vezes; **3** – 3 vezes; **4** – 2 vezes; **5** – 1 vez; **0** – Não se aplica; **99** – Não sabe.

18.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para conseguir atendimento?
19.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para descobrir que tinha TB?

Para a questão 20 responda: 1 – 5 ou mais semanas; **2** – 4 semanas; **3** – 3 semanas; **4** – 2 semanas; **5** – 1 semana

20.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo levou para descobrir que tinha TB?
-----	---

Para a questão 21 responda: 1 – Nunca; **2** – Quase nunca; **3** – Às vezes; **4** – Quase sempre; **5** – Sempre; **0** – Não se aplica; **99** – Não sabe.

21.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa?
-----	---

Para as questões 22 a 28 responda: 1 – Sempre; **2** – Quase Sempre; **3** – Às vezes; **4** – Quase Nunca; **5** – Nunca; **0** – Não se aplica; **99** – Não sabe.

22.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento) e procurou um serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?
23.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para pedir informação por telefone no serviço de saúde?
24.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para marcar consulta por telefone no serviço de saúde?
25.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?
26.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?

27.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde?	
28.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?	
F. ACESSO AO TRATAMENTO		
Para as questões 29 a 33 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.		
29	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas na unidade de saúde que faz tratamento?	
30	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone na unidade de saúde?	
31	O Sr.(a) consegue marcar consultas para tratamento da TB por telefone na unidade de saúde?	
32	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de TB costumam visitá-lo em sua moradia?	
33	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima da sua casa?	
Para as questões 34 a 39 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.		
34	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB, perde seu turno de trabalho ou compromisso?	
35	O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?	
36	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	
37	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	
38	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?	
39	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	

G. VÍNCULO			
Para as questões 40 a 50 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.			
40. O senhor prossegue no tratamento devido a aspectos relacionados com:	40.a	Família?	
	40.b	Emprego/trabalho?	
	40.c	Recuperação da auto-imagem e da auto-estima?	
	40.d	Melhora Condições de Vida?	
41. Com que frequência o (a) Sr.(a) recebe apoio por parte:	41.a	Família?	
	41.b	Colegas trabalho?	
	41.c	Amigos?	
	41.d	Profissionais de saúde da unidade?	
42.	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelos mesmos profissionais?		
43.	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com os mesmos profissionais da unidade de saúde que o atende?		

44.	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta aos profissionais da unidade de saúde sente que é compreendido?		
45.	Os profissionais da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento respondem às suas perguntas de maneira clara?		
46.	Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?		
47.	Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde?		
48.	Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?		
49.	Os profissionais da unidade de saúde perguntam sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?		
50.	O(A) Sr.(a) recomenda o atendimento desta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?		
Para as questões 51 a 54 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.			
51. Com que frequência o (a) Sr.(a) sente algum tipo de preconceito por parte:	51.a	Família?	
	51.b	Colegas trabalho?	
	51.c	Amigos?	
	51.d	Profissionais de saúde da unidade?	
52.	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa de algum profissional da unidade?		
53.	O(A) Sr.(a). necessita dos incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?		
54.	Algum paciente desta unidade queixou-se do atendimento de algum profissional?		
55.	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.		

H. ELENCO DE SERVIÇOS			
Para as questões 56 a 68 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.			
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da TB?			
56.	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?		
57.	Exame para HIV/AIDS?		
58.	Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?		
59.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?		
60.	Cestas básicas ou vale alimentação?		
61.	Vale transporte?		
62. Informação sobre:	62.a	Sintomas da TB?	
	62.b	Transmissão da TB?	
	62.c	Tratamento da TB?	
63.	Informação sobre outros temas de saúde?		
64.	Visitas domiciliares durante o tratamento?		
65.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?		
66.	Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o Sr. (a) procura a unidade?		
67.	Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?		
68.	Tratamento Supervisionado? *		

* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15

ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

I. COORDENAÇÃO

Para as questões 69. a 80 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

69.	Os profissionais da unidade de saúde pegam o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?	
70.	Durante seu atendimento os profissionais da unidade de saúde anotam as suas queixas no seu prontuário?	
71.	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis na unidade de saúde?	
72.	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde?	

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista)

73.	Quando o(a) Sr.(a) tem algum outro problema de saúde, consegue ser encaminhado para outro serviço de saúde?	
-----	---	--

FILTRO: Se o doente responder (N/A), NÃO SABE ou NUNCA ir para a questão 81.

74.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	
75.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado à outro serviço de saúde, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	
76.	No agendamento da consulta em outro serviço de saúde, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?	
77.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado à outro serviço de saúde, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?	

FILTRO: Se o doente ainda não passou pelo especialista, ir à questão 81.

78.	O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
79.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
80.	Os profissionais da unidade de saúde são interessados em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido no outro serviço?	

J. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões 81 a 88 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

81.	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o sr e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?	
82.	Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o (a) Sr.(a) e/ou da sua família?	
83.	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre doenças das pessoas que moram com o (a) Sr.(a) e/ou sua família?	
84.	Os profissionais da unidade de saúde perguntam se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família têm tosse, febre, emagrecimento?	
85.	As pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD pelos profissionais da unidade?	
86.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre a TB?	
87.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre seu tratamento?	
88.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre outros problemas de sua saúde?	

K. ORIENTAÇÃO À COMUNIDADE

Para as questões 89 a 93 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

89.	As pessoas que trabalham e/ou estudam com o Sr(a) foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD pelos profissionais da unidade?	
90.	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?	
91.	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?	
92.	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?	
93.	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?	

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

ANEXO II

Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil

II. Profissionais de saúde

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

A. INFORMAÇÕES GERAIS			
1.	Iniciais: _____		
2.	Tipo de Unidade	UBS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		USF/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
3.	Nome do Serviço de Saúde: _____		
4.	Endereço: _____		
5.	Cidade: _____		
6.	Telefone: _____		
7.	FAX: _____		
8.	e-mail: _____		
9.	Titulação do entrevistado (especificar área): _____		
10.	Ocupação	Médico	1 ()
		Enfermeiro	2 ()
		Técnico de Enfermagem	3 ()
		Auxiliar de Enfermagem	4 ()
		Outros (_____)	5 ()
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		

B. PORTA DE ENTRADA	
Para as questões 12 a 13 responda: 1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 - Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 - Outros (_____)	
12.	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?
13.	Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO	
Parar a questão 14 responda: 1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)	
14.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta?
Para as questões 15 a 16 responda: 1 – (5 ou mais vezes); 2 – (4 vezes); 3 – (3 vezes); 4 – (2 vezes); 5 – (1 vez); 0 – Não se aplica	
15.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?
16.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?

Para as questões 17 responda: 1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana)	
17.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo levam para receber o diagnóstico de TB?
Para as questões 18 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
18.	Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?
Para as questões 19 a 25 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica	
19.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?
20.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?
21.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?
22.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?
23.	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?
24.	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?
25.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviços de saúde?

D. ACESSO AO TRATAMENTO	
OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB	
Para as questões 26 a 30 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
26.	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?
27.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?
28.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?
29.	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?
30.	Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?
Para as questões 31 a 36 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca	
31.	Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?
32.	Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?
33.	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?
34.	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?
35.	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?
36.	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

E. VÍNCULO	
Para as questões 37 a 49 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
37.	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?
38.	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?
39.	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidas pelos profissionais que os atendem?
40.	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?
41.	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
42.	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?
43.	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?
44.	Os profissionais solicitam informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?
45.	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?
46.	Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte?
46.a	Família
46.b	Colegas de trabalho
46.c	Amigos
46.d	Profissionais de saúde da unidade
47.	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?
48.	Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?
49.	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.

F. ELENCO DE SERVIÇOS	
Para as questões 50 a 63 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
COM QUE FREQUÊNCIA A UNIDADE OFERECE OS SEGUINTE SERVIÇOS:	
50.	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?
51.	Exame para HIV/AIDS?
52.	Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?
53.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?
54.	Cestas básicas ou vale alimentação?
55.	Vale transporte?
56.	Informação sobre:
56.a	Sintomas da TB?
56.b	Transmissão da TB?
56.c	Tratamento da TB?
57.	Informação sobre outros temas de saúde?
58.	Visitas domiciliares durante o tratamento?
59.	Visitas domiciliares para realização do TS?
60.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?
61.	Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?
62.	Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?
63.	Tratamento Supervisionado? *
* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).	

G. COORDENAÇÃO	
Para as questões 64 a 75 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
64.	Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
65.	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?
66.	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?
67.	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
OBS.: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO DOENTE A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)	
68.	Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?
69.	Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?
70.	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
71.	Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?
72.	Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?
73.	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?
74.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?
75.	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA	
Para as questões 76 a 83 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
76.	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?
77.	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?
78.	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?
79.	Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?
80.	Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?
81.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?
82.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?
83.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?

ANEXO III

Questões selecionadas do instrumento de Villa e Ruffino-Netto (2008) para a construção dos indicadores de Acessibilidade ao tratamento

Dimensão	Doentes	Profissionais
Geográfica	V. 33 O profissional do posto/centro/unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia?	V. 34 Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?
	V. 34 O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB no posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?	V. 35 Todos os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?
Econômica	V.25 Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?	V.26 Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?
	V.28 Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB, tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso?	V.29 Durante o tratamento da TB, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?
	V.29 Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	V.30 Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?
	V.30 Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	V.31 Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte? Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?
	V.32 Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	V.33 Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?
	V. 51 Com que freqüência cestas básicas ou vale alimentação são oferecidas pela equipe que acompanha o problema da tb no posto/centro/unidade de saúde?	V. 53 Com que freqüência a sua unidade oferece cesta básica ou vale alimentação?
	V.52 Com que freqüência vale transporte são oferecidas pela equipe que acompanha o senhor pelo problema da tb no posto/centro/unidade de saúde?	V.54 Com que freqüência a sua unidade oferece vale transporte ?
	SOCIO CULTURAL	V.37 Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional do posto/centro/unidade de saúde sente que ele entende?
V.38 Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional do posto/centro/unidade de saúde conversa sobre outros problemas		V.39 Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou

	de saúde?	necessidades?
	V.40 O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?	V.41 Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?
	V.42 O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?	V.43 Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?
	V.43 O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?	V.44 Os profissionais solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?
	V.53 Informação sobre a TB e seu tratamento?	V.55 Informação sobre a TB e seu tratamento?
	V. 54 Com que frequência educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde) é oferecida pela equipe que acompanha o problema da tb no posto/centro/unidade de saúde?	V.56 Com que frequência a sua unidade oferece educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
	V.64 Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?	V.66 Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
	V.70 O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?	V.72 Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?
	V.71 O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?	V.73 Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?
	V.72 O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?	V.75 Os profissionais perguntam se as pessoas que moram com os doentes de TB tem tosse ou febre?
	V.74 V.74 Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	V.76 Os profissionais conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?
	V.75 Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?	V.77 Os profissionais conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?
	V.76 Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?	V.79 Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?
	V.77 Os profissionais do	V.80 Os profissionais

	posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?	conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?
	V.79 O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?	V.82 Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?
	V.80 O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?	V.83 Os profissionais trabalham com instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?
	V.82 O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?	V.85 Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?
	V.87 Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?	V.94 Os profissionais relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?
	V.88 O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde por ter TB?	V.91 Os doentes de TB mudam de unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?
ORGANZACIONAL	V.31 Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?	V.32 Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?
	V.46 com que frequência o pote para exame de escarro para diagnóstico de tb é pela equipe que acompanha o problema da tb no posto/centro/unidade de saúde??	V.48 Com que frequência a sua unidade oferece Pote para exame de escarro para diagnóstico?
	V.47 Com que frequência o teste da pele (prova tuberculínica é oferecido pela equipe que acompanha o problema da tb no posto/centro/unidade de saúde?	V.50 Com que frequência a sua unidade oferece os Teste da pele (prova tuberculínica)?
	V.48 Com que frequência o exame para hiv/aids é oferecida pela equipe que acompanha o problema da tb no posto/centro/unidade de saúde??	V.49 Com que frequência a sua unidade oferece exame para hiv / aids?
	V.49 Com que frequência o pote para exame de escarro mensalmente para controle da tb é oferecido pela equipe que acompanha o problema da tb no posto/centro/unidade de saúde?	V.51 Com que frequência a sua unidade oferece os pote para exame de escarro para controle?
	V.50 Com que frequência a consulta mensal de controle para o tratamento da tb é oferecida pela equipe que acompanha o problema da tb no posto/centro/unidade de	V.52 Com que frequência a sua unidade oferece consulta de controle para o tratamento da tb?

	saúde?	
	V.73 Quando ficou doente de tb, o profissional do posto/centro/unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) sr.(a)?	V.75 Os profissionais realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de tb?

SATISFAÇÃO QUANTO AOS SERVIÇOS PRESTADOS	V.45 Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?	V.47 Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB?
	V.84 O(A) Sr.(a) recomenda este posto/centro/unidade de saúde a um(a) amigo(a)?	V.87 Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendariam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?
	V.85 Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver seus problemas de saúde?	V.88 Os profissionais conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?
	V.86 Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar da TB?	V.89 Os profissionais conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e famílias?

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre "Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil".

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ . Ela tem como objetivo avaliar o atendimento de tuberculose nos serviços de saúde do Estado de São Paulo.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 30 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria 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 segredo 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.

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

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2007

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

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP
Telefone (0XX16) 36023228
e.mail: tite@eerp.usp.br

ANEXO IV



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 054/2007

Ribeirão Preto, 22 de março de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 93ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de março de 2007.

Protocolo: nº 0762/2007

Projeto: AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TB EM CENTROS URBANOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP