UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Dissertação

Diagnóstico da Tuberculose em Pelotas: avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais de saúde

Simone Pieren dos Reis

Pelotas, 2013

SIMONE PIEREN DOS REIS

Diagnóstico da Tuberculose em Pelotas: avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2013

Catalogação na Publicação
Maria Fernanda Monte Borges
CRB - 10/1011

R375d Reis, Simone Pieren dos Reis

Diagnóstico da tuberculose em Pelotas : avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na visão dos profissionais de saúde / Simone Pieren dos Reis ; orientadora Roxana Isabel Cardozo Gonzales. - Pelotas, 2013.

72 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

1. Enfermagem 2. Tuberculose - Diagnóstico 3. Atenção Primária à Saúde 4. Serviços de Saúde - Avaliação I. Cardozo Gonzales, Roxana Isabel, orient. II. Título.

CDD 614.542
616.995

Folha de Aprovação

Autor: Simone Pieren dos Reis
Título: Diagnóstico da Tuberculose em Pelotas: avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Aprovado em _____

Banca examinadora:

_____
Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales
(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Profª Drª Tania Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
(Titular)
Universidade Estadual da Paraíba

_____
Profª Drª Paula Hino
(Suplente)
Universidade São Paulo

_____
Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos:

Durante minha trajetória no mestrado, apareceram pessoas que sem dúvida tiveram um papel fundamental para o alcance da minha vitória, sendo assim não poderia deixar de mencioná-las.

Primeiramente quero agradecer a **Deus** por ter me concedido a vida e me mostrado que com fé conseguimos alcançar nossos objetivos.

Aos meus pais, **Alberto e Marilda**, pois sem eles hoje não estaria aqui. Agradeço pelo amor, carinho e dedicação que sempre ofertaram e pelo incentivo ao estudo e aprimoramento profissional.

Ao meu marido, **Marcelo,** pelo seu amor, companheirismo, dedicação e amizade. Agradeço pelo vários momentos de ajuda e paciência durante esta trajetória. Obrigada por compreender os vários momentos que estive dedicada a este estudo e por sempre estar disposto a contribuir nos momentos mais difíceis. Amo muito você.

A nossa filha, **Marina**, que hoje se encontra ainda no ventre, por todos os momentos de felicidade que vem nos proporcionando.

A minha avó, **Olinda**, por sua experiência de vida.

A minha irmã, **Carla,** por mostrar ser uma pessoa forte e que é possível continuar vivendo com fé mesmo após uma grande perda.

Ao meu sobrinho, **Carfan Junior (in memoriam),** por todos os ensinamentos que sua pequena trajetória na terra nos deixou.

À professora, **Valquíria**, por sempre ter me incentivado em alcançar meus objetivos acadêmicos.

A minha orientadora, **Roxana**, pela maneira com que me acolheu e por ter acreditado em mim. Agradeço por sua amizade, paciência, sensibilidade e ensinamentos. Obrigada pelo carinho durante toda trajetória.

Aos membros do GEOTB/Pelotas, em especial a **Jenifer** pelas contribuições e experiências compartilhadas. Continue sendo essa pessoa sempre disposta a ajudar os colegas. Agradeço também as colegas **Eduarda, Dagoberta** e **Lílian** por sempre estarem dispostas a contribuir.

A todos os colegas de pós-graduação que estiveram juntos nessa trajetória. Agradeço a colega **Manuelle** por todos os trabalhados realizados e pela amizade que cultivamos e a colega **Jéssica** por todos os momentos compartilhados.

À **Faculdade de Enfermagem** por ter me acolhido e em especial a professora **Luciane** pela sua sensibilidade e amizade.

Ao **programa de pós-graduação** por todos os ensinamentos.

Ao secretário da pós-graduação, **Vinicius**, pela educação e respeito com que sempre desenvolveu suas atividades laborais quando delas precisei.

À enfermeira e doutoranda **Caroline** pelos ensinamentos e amizade.

Aos membros da banca, **Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim, Profª Drª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Profª Drª Paula Hino, Profª Drª**

Michele Mandagará de Oliveira, por suas considerações e sugestões que foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas de trabalho da unidade de Atenção Primária à saúde, do bairro Navegantes, em especial à enfermeira **Susie** e técnica de Enfermagem **Mirela** pelo apoio e companheirismo.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde pelo incentivo e apoio.

A todos os profissionais de saúde que participaram da realização do estudo.

Resumo

REIS, Simone Pieren dos. **Diagnóstico da Tuberculose em Pelotas**: avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais de saúde. 2013. 94 fls. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

Aspectos geográficos e organizacionais relacionados aos serviços de saúde são essenciais no diagnóstico da tuberculose, uma vez que, estes podem se constituir em barreiras para o acesso do usuário à unidade de saúde e às ações de diagnóstico podendo ocasionar retardo na identificação do caso, agravamento do quadro clínico e disseminação da doença. O objetivo do estudo foi avaliar os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde para a atenção as pessoas com sintomas de tuberculose, na visão de profissionais de saúde, no município de Pelotas/RS. Estudo quantitativo realizado com 276 profissionais de saúde atuantes nas 50 unidades de atenção primária do local de estudo. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário estruturado, desenvolvido com base “Primary Care Assessment Tool,” adaptado para atenção à tuberculose e digitados no *pacote estatístico Statistica 9.1 da StatSoft.* As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de proporção de ocorrência e para variáveis com escala Likert utilizou-se do valor médio de todas as respostas dos profissionais entrevistados. O intervalo de 1 a 2,5 foi classificado como “não satisfatório”, entre 2,51 a 3,5 como “regular” e entre 3,51 a 5,0 como “satisfatório”. Observou-se que a procura por serviços próximo da residência dos usuários, a dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde, o horário de funcionamento dos serviços e a disponibilidade suficiente de profissionais foram avaliados pelos profissionais como aspectos satisfatórios dos serviços de saúde. O cumprimento adequado de horário pelos profissionais e a rotatividade de recursos humanos como não satisfatórios. A utilização de transporte motorizado e a demora maior que sessenta minutos para obtenção de consulta médica foram considerados como regulares. O estudo apontou que a maioria dos aspectos relacionados à organização dos serviços foi avaliada como não satisfatória, evidenciando a necessidade de qualificar a gestão das pessoas e as gerencias dos serviços de saúde.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Diagnóstico; Avaliação dos serviços de saúde.

Abstract

REIS, Simone Pieren dos. Diagnosis of Tuberculosis in Pelotas: evaluation of geographical and organizational aspects of Primary Health Care services in the vision of health professionals. 2013. 94 pgs. Thesis (MA) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2013.

Geographical and organizational aspects related to health services are essential for the diagnosis of tuberculosis, since these can become barriers to user access to the health unit and diagnostic actions, which may cause delay in identification of the case, a worsening of the clinical picture and spread of the disease. The objective of this study was to evaluate the geographic and organizational aspects of primary health care services for people's attention with symptoms of tuberculosis, in the vision of health professionals, in the municipality of Pelotas/RS. This is a quantitative study conducted with 276 health professionals active in 50 primary care units of the study site. The data were collected through the application of a structured questionnaire, developed on the basis of "Primary Care Assessment Tool," adapted for attention to tuberculosis and typed in the *statistical package Statistica9.1 of StatSoft*. The categorical variables were evaluated through the ratio of occurrence and for variables with Likert Scale was used the average value of all the answers of the professionals interviewed.A range from 1 to 2.5 was rated as "unsatisfactory", between 2.51 to 3.5 as "regular", and 3.51 to 5.0 as "satisfactory". It was observed that the demand for services next to users' place of residence, the difficulty to move up to the health service, the hours of operation of the services and the availability of sufficient professionals were evaluated by professionals as satisfactory aspects of health services; the adequate compliance of schedule by professionals and turnover of human resources as unsatisfactory. The use of motorized transport and the delay greater than sixty minutes for obtaining medical consultation were considered as regular. The study pointed out that most of the aspects related to the Organization of services has been assessed as non-satisfactory, demonstrating the need to qualify the people management and the management of health services.

Descriptors: Tuberculosis; Primary health care; Diagnosis; Evaluation of health services.

Sumário

I PROJETO DE PESQUISA **10**
II RELATÓRIO DE CAMPO..... **47**
III- ARTIGO CIENTÍFICO **50**
APÊNDICES..... **66**
ANEXOS **71**

Apresentação

Esta dissertação de mestrado divide-se em três partes: I- Projeto de Pesquisa, II- Relatório de Campo e III- Artigo Científico.

I- Projeto de Pesquisa: apresenta a proposta de dissertação de mestrado, o qual foi aprovado no Exame de Qualificação, realizado em 14 de fevereiro de 2013. A versão anexada incorpora as alterações sugeridas pela Banca de Qualificação.

II- Relatório de Campo: este item descreve as atividades necessárias ao desenvolvimento da pesquisa e a participação do pesquisador nas atividades do GEA-TB da FEn-UFPel.

III- Artigo Científico: trata-se de um manuscrito para submissão à revista científica. Neste são apresentados os resultados desta dissertação.

I PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Projeto de Dissertação

Diagnóstico da Tuberculose em Pelotas: Avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais de saúde

Simone Pieren dos Reis

Pelotas, 2013

SIMONE PIEREN DOS REIS

Diagnóstico da tuberculose em Pelotas: Avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais de saúde

Projeto de Dissertação apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2013

Lista de Figuras

Figura 1 – Variáveis relacionadas à dimensão geográfica do acesso..... 36

Figura 2 – Variáveis relacionadas à dimensão organizacional do acesso..... 36

Figura 3 – Cronograma de atividades para a realização do estudo..... 39

Figura 4 – Lista de recursos materiais e de despesas necessárias para elaboração do estudo 40

Figura 5 – Síntese das publicações selecionadas..... 67

Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
HAB	Habitantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

Sumário

1 Introdução 16
1.1 Justificativa 18
2 Revisão de literatura 20
2.1 Estratégias de busca 20
2.2 Acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico 21
3 Objetivos 24
3.1 Objetivo geral 24
3.2 Objetivos específicos 24
4 Hipóteses 25
5 Marco teórico 26
5.1 O acesso aos serviços de saúde 26
5.2 Desigualdades no acesso aos serviços de saúde 29
5.3 Equidade em saúde 30
6 Metodologia 33
6.1 Delineamento do estudo 33
6.2 Local do estudo 33
6.3 População de estudo 35
6.4 Coleta de dados 35
6.5 Variáveis do estudo 36
6.6 Plano de análise 37
6.7 Aspectos éticos 37
6.8 Divulgação dos resultados 38
7 Cronograma 39
8 Recursos materiais e despesas 40
Referências 41

1 Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença antiga na sociedade, persistindo na atualidade como um grave problema de saúde pública. Requer especial atenção dos trabalhadores da área da saúde e da população em geral, exigindo desenvolvimento de estratégias para o seu controle (BRASIL, 2011).

O Brasil é um dos 22 países onde se concentram 80% dos casos da doença, apresentando a 19ª posição em relação ao número de casos e a 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2012; 2009).

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a doença como um estado de emergência global e estabeleceu como metas, pactuadas pelo governo brasileiro, a captação de 70% dos casos estimados de TB, a cura de 85% e menos de 5% de abandono (BRASIL, 2002). Tais metas ainda continuam vigentes no contexto atual das políticas de controle da TB (BRASIL, 2011).

Visando maior impacto no enfrentamento da doença por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, a partir do ano de 2000, inicia-se o processo de descentralização, de monitoramento e manejo dos casos, responsabilizando os municípios pela organização da assistência a TB como uma das ações prioritárias na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2004).

A Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS) apresentou um importante papel nesse processo no que tange ao cumprimento dos princípios de universalidade, equidade de acesso e integralidade das ações, baseadas na regionalização da saúde (BRASIL, 2001). A implementação do processo de descentralização é essencial para assegurar minimamente as ações básicas de enfrentamento à doença em um país caracterizado pela sua dimensão continental, com expressiva diversidade cultural e socioeconômica, o que gera diferenças na situação epidemiológica da TB em cada contexto (REVISTA RADIS, 2011).

Cerqueira e Pupo (2009) acrescentam que para a garantia de acesso aos serviços de saúde é preciso atentar-se para as diferentes necessidades de saúde da população e suas maneiras de compreender o processo de adoecimento e busca por cuidados em saúde.

As populações mais vulneráveis à doença são as indígenas (incidência quatro vezes maior do que a média nacional); os portadores de HIV (30 vezes maior); os presidiários (40 vezes maior); e os moradores de rua (60 vezes maior). No entanto, é importante destacar que a doença pode ocorrer em todos os segmentos da sociedade, independente das características sociais, econômicas e culturais das pessoas (BRASIL, 2009).

Contudo, a TB é uma patologia intimamente associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana (RODRIGUES et al., 2007). Está ligada à baixa renda familiar, nível educacional deficitário, condições precárias de moradia, famílias numerosas, conglomerados comunitários, desnutrição, alcoolismo, comorbidades associadas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e fragilidade da assistência social (CAMPOMIZZI, 2008).

Segundo Jackson et al. (2006), as características socioeconômicas e culturais dos doentes de TB (condições de vida e moradia, estigma, preconceito e gênero) podem influenciar o acesso aos serviços de saúde para o diagnostico da doença. Em contrapartida Starfield (2002) refere que as características dos serviços de saúde podem também influenciar o acesso às ações e serviços ofertados pelos profissionais de saúde. Dentre elas, citam-se os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de saúde (distância entre o domicilio da pessoa e o serviço de saúde, área de abrangência, horário de atendimento, disponibilidade de atendimento e de consultas não agendadas, qualificação profissional e responsabilização da equipe pela atenção ao doente).

Embora a legislação vigente vise assegurar o acesso universal aos serviços de saúde, estudos mostram fragilidades que vêm resultando em dificuldades de acesso das pessoas a estes serviços, com implicações para o controle e agravamento da doença. Citam-se a forma de organização e a qualidade dos serviços de saúde prestados ao doente e a falta de capacitação dos trabalhadores para o diagnóstico, subnotificação e acompanhamento inadequado dos casos (ALVES et al., 2000; ANDRADE, 2006; SCATENA et al., 2009; OLIVEIRA, 2009).

Neste sentido, Rodrigues (2009) destaca que a habilitação nas normas indutoras de descentralização não representa fundamentalmente garantia de ampliação no acesso, uma vez que este depende de outros elementos, como inserção regional, capacidade instalada no município, capacidade de negociação dos gestores para a realização de referências intermunicipais e condições para que

o acesso ao atendimento integral seja concretizado na relação do usuário com os serviços de saúde.

O acolhimento inadequado do doente, a pouca procura por sintomático respiratório (SR) e contatos intradomiciliares, o déficit de suspeição diagnóstica de TB pelos trabalhadores envolvidos na assistência à saúde (WHO; 2008; RUFFINO-NETTO 2001) também dificultam o acesso às ações e serviços necessário para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno da TB.

Diante do exposto, destaca-se a relevância do estudo, uma vez que este tem como proposta avaliar os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de APS para o diagnóstico da doença no município de Pelotas, na visão dos profissionais de saúde.

1.1 Justificativa

A maioria dos casos de TB no Brasil (70%) está concentrada em 315 municípios dos 5.565 existentes. Alguns estados apresentam elevadas taxas de incidência como o Rio de Janeiro (71,8/100.00 hab), seguido pelo Amazonas (69,2/100.00 hab), Pernambuco (47,5/100.00 hab) e Rio Grande do Sul (45,3/100.00 hab) (REVISTA RADIS, 2011).

Entre as capitais, as maiores taxas de incidência são registradas em Porto Alegre (111,3/100.00 hab), Recife (97,2/100.00 hab), Belém (95,1/100.00 mil), Rio de Janeiro (93,4/100.00 hab) e Manaus (93,2/100.00 hab) (REVISTA RADIS, 2011). Destaca-se que a taxa de incidência da capital Porto Alegre é maior que a média estadual, enfatizando, assim, necessidade de priorizar ações de enfrentamento da doença na agenda de saúde.

No estado do Rio Grande do Sul, atualmente 15 municípios são considerados prioritários para o desenvolvimento das ações de controle da TB (BRASIL, 2011a). A cidade de Pelotas compõe a lista dos municípios prioritários do estado. Segundo o Sistema Informações de Agravos de Notificação (SINAN), o município apresentou um total de 214 casos no ano de 2011, dos quais 168 foram notificados como casos novos (BRASIL, 2012).

Neste contexto, assegurar o acesso aos serviços de saúde é fundamental para o controle da TB. Espera-se que os serviços de saúde sejam acessíveis, estruturados e organizados com o intuito de facilitar o atendimento das pessoas, identificando-as, tratando-as e curando-as, prevenindo novos casos e formas

resistentes desta patologia (LUCCA, 2008). Deste modo, estudos de avaliação de serviços e programas de saúde são importantes visando identificar fragilidades ocorridas no passado, para que oportunidades e modelos de serviços de saúde sejam criados e/ou qualificados com o intuito de melhor atender as necessidades da sociedade (BLOOM; STANDING, 2008).

A detecção de casos de TB principalmente pelos serviços de APS ainda é um ponto frágil da atenção a esta patologia, não pelos métodos preconizados, pois estes não envolvem alta densidade tecnológica, mas pela dificuldade que muitas vezes o doente tem no acesso aos serviços de saúde devido à forma como estes serviços se organizam (OLIVEIRA, 2009).

Estudo realizado no Brasil demonstrou que a maioria dos indivíduos que receberam o diagnóstico de TB procurou por serviços de APS próximos de suas residências. Contudo, a grande maioria dos diagnósticos ocorreu no setor secundário e terciário e fora da área de abrangência que os doentes residiam (OLIVEIRA et al., 2011).

No município de Pelotas, estudo realizado por meio de entrevista às pessoas em tratamento de TB mostrou que o SR se utiliza principalmente dos serviços de APS para o diagnóstico da doença, porém, tais unidades demonstraram um baixo desempenho nas ações de suspeição e solicitações de exame de baciloscopia (RODRIGUES, 2010).

Estudo realizado em Uganda evidenciou que a grande maioria dos pacientes para receber o diagnostico de TB tiveram que percorrer mais de um serviço de saúde, com uma média de quatro visitas (SENDAGIREL, 2010).

Diante do exposto, o presente estudo tem como questão norteadora: **Qual a avaliação dos profissionais de saúde sobre o acesso das pessoas com sintomas de tuberculose aos serviços de Atenção Primária de Saúde para o diagnóstico da tuberculose no município de Pelotas?**

2 Revisão de literatura

A revisão de literatura desta proposta de pesquisa contempla uma revisão integrativa da literatura recente que objetivou identificar a produção do conhecimento sobre o acesso geográfico e organizacional aos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose no contexto nacional e internacional.

2.1 Estratégias de busca

As seguintes bases de dados eletrônicas foram consultadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public Medical/Literatura internacional em ciências da saúde (PUBMED/MEDLINE).

Para iniciar a pesquisa, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao Medical Subject Headings (termos MESH). Empregaram-se como descritores os seguintes termos: “Tuberculosis”, “Health Services Accessibility”, “Diagnosis” operacionalizados pelo operador boleando AND, respeitando a ordem apresentada.

Como critérios de busca, foram incluídos: o período de tempo de 2002 a 2012 (11 anos), estudos em humanos e os idiomas português, inglês e espanhol nas duas bases de dados consultadas. O levantamento dos estudos foi realizado no período de maio a julho de 2012. Destaca-se que foi feita uma atualização no mês de dezembro de 2012 em ambas as bases de dados.

Para a seleção dos estudos, percorreram-se duas etapas. A primeira realizada com base na leitura do título e resumo. A segunda com base na leitura do estudo na íntegra. Em ambas as etapas, visaram-se identificar os estudos que cumpriram os requisitos vinculados á temática.

Na base de dados PUBMED, um total de 56 artigos estavam disponíveis. Destes 14 foram selecionados, mantendo-se dois deles após a leitura na íntegra. Enquanto que na base de dados LILACS, um total de cinco artigos estavam disponíveis. Destes, dois estudos foram incluídos por abordarem o tema de

interesse da pesquisa. Desta forma, o total de artigos incluídos na presente revisão foi quatro.

Posteriormente, utilizou-se um instrumento a cada artigo contendo questionamentos sobre identificação, objetivo do estudo, delineamento e principais resultados.

A revisão elaborada procura dar ênfase aos aspectos relacionados ao acesso geográfico e organizacional. O conjunto de publicações sobre a temática que oferecem suporte teórico à construção e discussão dos resultados do estudo foi identificado em bases de dados nacionais e internacionais (APÊNDICE A).

2.2 Acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico

Considerando o local onde foi desenvolvido o estudo, a amostra estratificou-se de três estudos no cenário nacional e um no internacional. Todos os estudos incluídos foram de abordagem quantitativa. Quanto ao objeto do estudo, os três artigos nacionais (SACTENA et al, 2009; OLIVEIRA et al, 2011; MOTTA et al. 2009) tratavam tanto do acesso geográfico como organizacional e o de âmbito internacional (WEI et al. 2008) tratava do acesso geográfico.

Em relação ao acesso geográfico, o estudo realizado em Ribeirão Preto/SP evidenciou que quanto à frequência da procura por serviços de saúde mais próximo de suas residências para obter o diagnóstico 59% sempre buscavam os serviços mais próximos, no entanto somente 12% foram diagnosticados na atenção primária (OLIVEIRA et al., 2011) demonstrando que as pessoas com sintomas de tuberculose estão recorrendo a atenção primária à saúde para o diagnóstico da doença, contudo estes serviços demonstraram-se pouco resolutivos. Outros trabalhos também evidenciam a procura por serviços de saúde próximo da residência dos usuários (VILLA et. al, 2013; SANTOS et al., 2012) e a baixa resolutividade desses locais. Geralmente os doentes recebem o diagnóstico no nível secundário (MACHADO et. al, 2011; BERALDO, et. al 2012; VILLA et. al, 2013).

Pesquisa realizada em quatro municípios do estado de São Paulo comparou o deslocamento dos usuários até o serviço de saúde. Identificou que um dos municípios (Ribeirão Preto) apresentou melhor acesso geográfico por não apresentar dificuldade nem precisar de transporte motorizado para se deslocar até os serviços de saúde (SCATENA et al., 2009).

Motta et al., (2009) mostraram não haver diferenças entre usuários que buscaram unidade de referência ambulatorial e unidades com estratégia de saúde da família com relação à dificuldade de deslocamento, utilização de transporte motorizado, número de vezes que procuram os serviços de saúde para obtenção do diagnóstico e gasto de dinheiro com viagens.

No contexto internacional, um trabalho realizado na China comparou ações de tuberculose na atenção primária com um grupo de unidades de referência e identificaram redução nos gastos com deslocamento das pessoas atendidas em unidades primárias mais próximas de suas residências (WEI et al., 2008). Contrapondo este resultado, um estudo realizado em Piauí demonstrou não haver dificuldades de deslocamentos até a unidade de atenção primária a saúde para a busca de ações para controle da tuberculose (SANTOS et. al, 2012).

A dificuldade para deslocar-se até os serviços de saúde, necessidade de transporte motorizado e gastos financeiros com deslocamentos podem representar uma barreira geográfica no acesso ao diagnóstico da tuberculose dependendo do contexto em que o indivíduo esta inserido. Diversos estudos apontam que os doentes de tuberculose utilizam-se de transporte motorizado para receber as ações de saúde relacionadas aos cuidados com a doença, gerando despesas financeiras, decorrente muitas vezes da centralização dos serviços de saúde em regiões mais centrais e afastadas das residências das pessoas (FIGUEIREDO et. al, 2009; ARAKAWA et. al, 2011; ARCÊNCIO et. al, 2011; LAFAIETE et. al, 2011) corroborando com o estudo realizado por Wei et al., (2008), na China.

No que se refere ao acesso organizacional para obtenção do diagnóstico da tuberculose, evidenciou-se que no município de São José do Rio Preto os indivíduos tiveram que recorrer mais de três vezes aos serviços de saúde para obtenção do diagnóstico e não conseguiram consulta médica em 24 horas (SCATENA et al., 2009). No Rio de Janeiro também foi identificado dificuldades no acesso organizacional pela dificuldade para obtenção de consulta dentro de 24 horas (MOTTA et al., 2009).

No contexto da tuberculose, doença intimamente relacionada às desigualdades sociais, reconhece-se que o sucesso na obtenção ao diagnóstico depende de uma série de elementos relacionados tanto as características geográficas dos serviços de saúde como das características organizacionais destes serviços.

Estudo realizado com doentes de tuberculose em tratamento, em Campina Grande, Paraíba, demonstrou que a maior parte deles aguardam mais de sessenta minutos para obtenção de consulta médica (FIGUEIREDO et al., 2009), demonstrando que a demora na obtenção de consulta pode estar presente na diversas etapas da assistência à pessoa com tuberculose (FIGUEIREDO et al., 2009). Na Uganda, identificou-se que a demora em diagnosticar estava relacionada aos serviços de saúde, uma vez que quase a totalidade dos usuários havia realizado uma ou mais visita a serviços de saúde antes de receberem seu diagnóstico (SENDAGIREL et al., 2010). Na atenção ao sintomático respiratório de tuberculose, a demora pode contribuir para a transmissão do bacilo enquanto o usuário aguarda atendimento (ARAKAWA et al., 2009).

Frente ao exposto e considerando o contexto nacional, observa-se que os estudos mostraram que o acesso ao diagnóstico da tuberculose ocorre tanto nas unidades de atenção primária como nos serviços secundários e terciários. Em muitos casos, as dificuldades de acesso ao diagnóstico estão relacionadas à organização dos serviços de saúde que os doentes procuram. Nos contextos nacional e internacional, a organização dos serviços de saúde aparece como essencial para o acesso ao diagnóstico da doença.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Avaliar os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em serviços de atenção primária à saúde no município de Pelotas/RS, na visão dos profissionais de saúde.

3.2 Objetivos específicos

Investigar os aspectos geográficos em relação à distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, a dificuldade para deslocamento até a unidade de saúde e a utilização de transporte motorizado para o acesso aos serviços de atenção primária à saúde;

Identificar os aspectos organizacionais em relação ao horário de funcionamento, categoria profissional e adequação quantitativa de recursos humanos, o cumprimento dos turnos de trabalho, a rotatividade de profissionais, o tempo gasto na espera e durante a atenção à saúde e o uso da avaliação clínica pelos profissionais na atenção as pessoas com sintomas da tuberculose.

4 Hipóteses

A distância entre os serviços de saúde e residência dos usuários é satisfatória;

O deslocamento até a unidade de atenção primária à saúde para o diagnóstico de tuberculose é satisfatório;

A utilização de transporte motorizado para se deslocar até o serviço de saúde é satisfatória;

O horário de funcionamento dos serviços de saúde e os profissionais de saúde nas unidades são satisfatórios;

O cumprimento de turno de trabalho pelos profissionais, a rotatividade, a adequação quantitativa e o tempo de espera dos usuários para atendimento não são satisfatórias;

O tempo de atendimento, atendimento baseado na investigação de sinais e sintomas e avaliação de outros problemas de saúde além da queixa não são satisfatórios.

5 Marco teórico

5.1 O acesso aos serviços de saúde

Durante muito tempo a definição do conceito de acesso em saúde tem se constituído como um objeto de interesse e estudo, pois a sua compreensão é vital para que planos e metas possam ser elaboradas no campo da saúde.

O conceito de acesso vem se modificando ao longo da existência, com a evolução da sociedade e com o surgimento de diferentes necessidades em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Alguns autores utilizam o termo acesso, enquanto outros utilizam a terminologia acessibilidade. Para alguns, os termos apresentam diferença no seu significado, mas para outros, não (KRÖNING, 2012). Outros ainda optam pela utilização de ambos os termos, com o intuito de descrever a facilidade que os cidadãos enfrentam para obterem atendimento nos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1973) é um dos autores que utiliza o termo acessibilidade. Emprega esta terminologia por acreditar que esta compreende uma quantidade maior de significados. O autor relaciona acessibilidade à disponibilidade de serviços que sejam realmente compatíveis com as necessidades das pessoas e não apenas a presença dos serviços em determinado tempo e local.

A acessibilidade aos serviços de saúde está relacionada a dois aspectos o sócio-organizacional e o geográfico. O primeiro Inclui a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo. O segundo aspecto refere-se a uma função do tempo e do espaço, como por exemplo, a distância física entre o usuário e os serviços (DONABEDIAN, 1973).

Segundo a concepção de Aday e Andersen (1974), a acessibilidade aos serviços de saúde apresenta um conjunto de determinantes que são representados pelas políticas de saúde, pelas características dos prestadores dos serviços, características da população em risco, a própria utilização dos serviços de saúde, a satisfação dos cidadãos que utilizam os serviços. Tais determinantes podem se

inter-relacionarem, de modo que um deles pode afetar sobre um ou mais dos outros determinantes incidindo sobre a acessibilidade nos serviços de saúde.

Alguns autores utilizam o termo acesso aos serviços de saúde para descreverem determinantes individuais relacionados à população (como por exemplo, a renda) como também aos serviços de saúde (RONALD; NEWMAN, 1973).

Segundo Penchansky e Thomas (1981), o acesso aos diferentes serviços de saúde poderia ser definido como o grau de interação entre os usuários e o sistema de saúde, podendo ser avaliado, por exemplo, pela satisfação do paciente.

Para Starfield (2002), o acesso aos serviços de saúde é um conceito que abrange várias dimensões, no qual cada uma delas pode expressar um conjunto de características das pessoas ou dos próprios serviços de saúde. Tais dimensões podem representar facilidades ou barreiras na utilização dos serviços de saúde pelos cidadãos.

Conforme definição de McIntyre e Mooney (2007), o acesso aos serviços de saúde está relacionado com liberdade de escolha das pessoas frente ao uso dos mesmos. Esta liberdade relaciona-se às características referentes a cada individuo; como a educação, a cultura, a condição socioeconômica e a relação que estabelece com os serviços de saúde. Os autores afirmam ainda que a qualidade da interação que se estabelecerá entre o indivíduo e o profissional de saúde está relacionada às informações que ambos possuem.

Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006), o acesso aos serviços de saúde no Brasil é influenciado pelas condições socioeconômicas e geográficas relacionadas aos indivíduos, independente da faixa etária. Quanto ao acesso geográfico, o local de moradia interfere diretamente no acesso aos serviços de saúde e está relacionado ao desenvolvimento de cada região.

Segundo Fekete (1997), o acesso aos serviços de saúde pode ser classificado em: sociocultural, econômico, geográfico e organizacional.

O acesso sociocultural está relacionado aos elementos que levam os indivíduos a buscarem assistência em saúde. Dentre estes, estão incluídas a percepção sobre o corpo e a doença, crenças sobre saúde, tolerância à dor, credibilidade nos serviços (FEKETE, 1997).

Já o acesso econômico refere-se aos gastos em saúde realizados pelas pessoas; como consumo de tempo, energia e recursos financeiros, perdas de dias

de trabalho, perdas por afastamentos (licença médica), gastos relativos a medicamentos e tratamentos (FEKETE, 1997).

Por sua vez, o acesso geográfico refere-se à relação entre a população e os recursos dos serviços de saúde e pode ser verificado através da distância ou em função do tempo gasto para obtenção de assistência à saúde. Ainda, a autora caracteriza o acesso organizacional relacionando-o com os obstáculos presentes nos modos de organização dos serviços de saúde, sejam eles internos ou externos. Dentre os internos encontra-se: a demora em obter consulta médica, os turnos de funcionamento, o tipo de marcação de horário; e nos externos: o tempo de espera para ser atendido e para a realização de exames (FEKETE, 1997).

Assim, a garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil está assegurada através dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do envolvimento dos diversos membros que compõem a sociedade (SCHWARTZ et al 2010).

No que tange o acesso aos serviços de saúde às pessoas com TB, destacamos que a NOAS definiu as ações para controle da TB como competência da APS em 2001, incorporando a estes serviços a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de prevenção, tratamento e diagnóstico da doença (BRASIL, 2001).

Em 2006 o Ministério da Saúde (MS) aprovou o Pacto de Saúde pela Vida, através da Portaria 399/2006, estabelecendo as responsabilidades de cada esfera de governo na APS e as metas a serem pactuadas. Dentre estas metas destacamos o controle da TB como prioridade, a capacidade de atingir pelo menos 85% de cura dos novos casos de TB baciliferos diagnosticados a cada ano, a garantia de acesso à saúde, a redução das desigualdades sociais, a promoção da equidade, possibilitando os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país (BRASIL, 2006).

O acesso da população aos serviços de saúde é um requisito indispensável e de fundamental importância para uma eficiente assistência à saúde. Mesmo este acesso estando garantido legalmente, o SUS ainda apresenta inúmeras dificuldades para a satisfação das necessidades de saúde da população (CERQUEIRA; PUPO, 2009). Em virtude destas dificuldades ocorre desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Destaca-se que o presente estudo se utilizará do referencial de acesso conceituado por Fekete (1997), em virtude da classificação operacional do termo acesso (geográfico, organizacional, sociocultural e econômico) que possibilitará o alcance dos objetivos propostos na pesquisa.

5.2 Desigualdades no acesso aos serviços de saúde

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde estão relacionadas aos históricos políticos nacionais e internacionais, as políticas sociais e econômicas e a fenômenos como a globalização (MCINTYRE; MOONEY, 2007). As iniquidades existentes em saúde estão relacionadas à maneira como a sociedade vem se organizando ao longo dos anos (CERQUEIRA; PUPO, 2009).

A desigualdade social exerce influências significativas no acesso aos serviços de saúde e por consequências na qualidade de saúde da população brasileira. A saúde de cada pessoa está relacionada a aspectos estruturais e políticos presentes na sociedade, não se restringindo apenas a questões biologias e psicológicas exigindo dos profissionais de saúde um olhar mais atento às diferenças existentes na população (BRÊTAS; OLIVEIRA 1999). Tais aspectos implicam em maior ou menor acesso aos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde é de grande relevância às pessoas com TB uma vez que a ocorrência da doença está relacionada com as desigualdades sociais presentes na sociedade. Estudos mostram que o padrão de acontecimento da TB está relacionado a os determinantes sociais presentes na sociedade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011).

Ainda, reconhecem que as pessoas com baixa renda, vivendo em aglomerados urbanos, com famílias numerosas, condições de habitação e educação precárias estão mais suscetíveis à infecção pelo agente da TB, bem como tendem a procurar diagnóstico e intervenções tardiamente (NORONHA; ANDRADE, 2002).

Estudos ratificam a associação entre TB e determinantes sociais, reforçando que a distribuição da doença não é igual em todos os lugares. Acrescentam que a maior quantidade de casos acontece nos países mais pobres e em locais em que a desnutrição e condições de moradia precárias estão presentes. Estes são os fatores que contribuem decisivamente para a permanência da TB enquanto problema de saúde pública, uma vez que eles se relacionam diretamente com o contágio e adoecimento dos indivíduos (BRASIL, 2011c).

Ao buscarem os serviços de saúde, os indivíduos encontram diferentes barreiras de acesso para obtenção de cuidados à saúde. Estas barreiras fazem com que os cidadãos desenvolvam alternativas para suportar as condições de saúde com que se encontram. Muitas destas alternativas não propiciam melhoras nas suas condições de saúde, apenas amenizam o desconforto presente naquele momento corroborando, algumas vezes, para a piora da condição atual. Em situações diferenciadas pode haver a evasão ao tratamento pré-estabelecido, com agravamento do caso, podendo ocasionar o óbito (CERQUEIRA; PUPO, 2009).

A igualdade no acesso aos serviços de saúde é fundamental para garantir a resolutividade das necessidades dos usuários, principalmente quando nos reportamos ao uso dos serviços de saúde pelas pessoas com TB, que além da vulnerabilidade social, apresentam um forte estigma social, tanto por parte da sociedade como pelos próprios doentes.

Assim para que o SUS consiga realmente efetivar um acesso universal aos serviços de saúde, com igualdade no uso destes serviços, torna-se necessário que a equidade, um dos princípios do SUS, seja realmente colocada em prática no cotidiano dos serviços.

5.3 Equidade em saúde

Margaret Whitehead (1992) formulou um conceito de equidade em saúde que corresponde à justiça no que se refere à situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência uma vez que, idealmente, todos os indivíduos têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e que ninguém estará em desvantagem para realizar este direito.

O conceito da autora tornou-se referência na literatura internacional. Assim, segundo Whitehead, a equidade tende a conduzir a uma redução, ao máximo possível, das diferenças em saúde e no acesso a serviços de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2010). Este conceito apresentou grande relevância para o estudo dos determinantes sociais em saúde (RUIZ, 2011).

Estudiosos apontam que apesar da equidade estar assegurada legalmente pelas legislações, o SUS ainda enfrenta muitas barreiras operacionais que dificultam a operacionalização deste princípio. Alguns aspectos que podem dificultar a operacionalização da equidade no SUS podem estar relacionados aos fatores

socioeconômicos, às barreiras geográficas e aos fatores intrínsecos ao processo de trabalho (MARGON, 2011).

Conforme Whitehead (1992), conceitualmente e terminologicamente equidade está relacionado a dois antônimos: desigualdade e inequidade. Assim, as desigualdades estariam relacionadas às principais diferenças que podem ser evitadas entre os cidadãos enquanto que a inequidade está relacionada às diferenças e variações que além de desnecessárias e evitáveis, são também desleais e injustas dentro de uma sociedade. A exceção destes conceitos estaria relacionada apenas aos elementos provenientes de exposição voluntária do indivíduo como, a prática de esportes perigosos e a riscos inerentes a cada ser humano, como o gênero.

Alguns autores, estudando o conceito de equidade, realizaram uma distinção entre equidade em saúde e equidade no uso dos serviços de saúde. Assim, durante a discussão da equidade os autores precisam considerar que os indivíduos irão apresentar diferentes demandas na utilização dos serviços de saúde que serão modificados de acordo com a realidade e as necessidades de cada ser. Assim, para realmente efetivar o principio da equidade é necessário um planejamento frente às diferentes realidades dos diversos grupos sociais (TRAVASSOS, 1997).

Outros autores ainda diferenciam a equidade em vertical e horizontal. Entende-se por vertical aquela equidade que considera a necessidade de elementos desiguais entre os indivíduos com condições desiguais, é citado como exemplo a distribuição de financiamento maior para regiões que necessitam de maiores investimentos em saúde frente às desigualdades prevalentes nestas localidades. Por outro lado, a equidade horizontal pode ser compreendida como uma distribuição igual entre as pessoas que apresentam condições iguais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A equidade referente ao acesso e uso dos serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como igualdade de utilização dos serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais. As normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para as necessidades iguais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Atualmente o grau de equidade no acesso e uso de serviços de saúde estão sendo determinados, muitas vezes, por modelos de financiamento e sistemas de

proteção social de saúde (SOJO, 2011). Dentre os programas de proteção social em saúde, destacamos o Bolsa Família, o qual vem sendo utilizado de forma bastante presente nos municípios. Este programa se constitui em uma transferência direta de renda que objetiva assegurar condições mínimas de inclusão social, como alimentação e erradicação da extrema pobreza (BRASIL, 2004a).

Ainda discorrendo sobre a equidade, convém ressaltar que não existe uma única teoria de equidade, mas aquela aceita em determinado momento em uma sociedade, de acordo com os aspectos econômicos, sociais e culturais prevalentes em cada contexto. Estes aspectos influenciam de diversas maneiras na elaboração de políticas de saúde e na organização dos serviços de saúde, sendo preciso decidir como a igualdade pode ser colocada em prática para que uma sociedade seja considerada justa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Proporcionar a oportunidade para os indivíduos desenvolverem um potencial pleno de saúde com equidade constitui um grande desafio, principalmente no Brasil, onde os problemas relacionados às desigualdades sociais em saúde são inúmeros. O caminho seria a implementação de políticas públicas intersetoriais com impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Políticas com distribuição não igual de recursos, uma vez que os elementos biológicos, sociais, políticos e organizacionais determinam as desigualdades existentes na sociedade e exigem uma diferença na distribuição dos recursos para tentar amenizá-los (PIRES et al., 2011).

O presente estudo alicerça-se nas dimensões teóricas e operacionais do acesso presentes no momento que os usuários procuram as unidades de APS para obtenção do diagnóstico de TB e traz à tona a equidade aos serviços de saúde a qual é de fundamental relevância para que as pessoas consigam utilizar estes serviços conforme as necessidades no momento do adoecimento.

6 Metodologia

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo de corte transversal vinculado à pesquisa “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”. Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Edital MCT/CNPq/CT Saúde/MS/SCTIE/DECIT 34/2008 Doenças Negligenciadas - Proc. 575386/20088.

6.2 Local do estudo

A pesquisa original foi desenvolvida na cidade de Pelotas/RS, um município de grande porte localizado na região sul do Estado do Rio Grande do Sul (RS), com uma área geográfica de 1.921.80 Km² e uma população estimada de 328.275 habitantes. A cidade de Pelotas possui seis grandes bairros na zona urbana e nove distritos na zona rural (IBGE, 2010). Pertence à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) juntamente com mais 23 municípios.

O sistema de saúde do município está constituído por cinco hospitais gerais, sendo dois universitários, e um hospital especializado, 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dentre elas 34 Equipes da Saúde da Família (ESF) implantadas em 17 unidades, com uma cobertura de 35,67% da população (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Com relação ao diagnóstico da TB no município, o usuário com hipótese desta patologia, procura diferentes serviços de saúde, sejam eles do nível primário, secundário ou terciário, públicos ou privados. O doente quando procura o sistema público geralmente utiliza os serviços de APS, unidades de Pronto Atendimento (PA), hospitais e ambulatórios de referência (RODRIGUES, 2010).

Neste projeto, elegeram-se como locais de estudo os serviços de APS, por serem considerados, pela legislação vigente, como os serviços ordenadores da Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2011d).

De acordo com as experiências vivenciadas (entrevistas realizadas com os profissionais do PCT e unidades de APS, realização de coleta de dados de pesquisas multicêntricas concluídas e em andamento voltadas para a avaliação da estrutura, organização dos serviços de APS e atendimento aos usuários com sintomas da TB e atuação da pesquisadora como profissional da APS no município) evidenciou-se que após a identificação do SR na unidade o mesmo recebe no momento do atendimento uma solicitação específica para a realização do exame de baciloscopia juntamente com o pote para a coleta de escarro.

Em alguns casos, dependendo do profissional que está realizando o atendimento e ofertando os exames de baciloscopia, o usuário é encaminhado para o profissional médico para a solicitação de exame de Raio X.

Durante a consulta o usuário recebe orientações necessárias para a coleta da baciloscopia. É informado que o material precisa ser encaminhado ao laboratório municipal juntamente com a requisição. A solicitação de raio X, quando fornecida, é encaminhada pelo usuário para o prestador de serviço.

Assim, o usuário ao realizar os exames junto aos prestadores de serviços da baciloscopia e do raio X, receberia a data para a retirada dos resultados dos exames. Ele é responsável pela entrega da amostra de escarro no laboratório e busca dos resultados.

Se o resultado do exame de baciloscopia for positivo para TB, o doente é encaminhado para tratamento no ambulatório do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), o qual está localizado no Centro de Especialidades do município, geograficamente distante das áreas periféricas da cidade. Atualmente a modalidade de acompanhamento medicamentoso do doente pelo PMCT é o autoadministrado. Mensalmente o doente deverá retornar ao ambulatório para a consulta e retirada dos medicamentos.

Quanto à gestão das informações relacionadas à TB, duas planilhas são enviadas mensalmente pela coordenadora do PMCT. A primeira contém os doentes que estão em tratamento no PMCT e os que abandonaram o tratamento. A segunda apresenta todos os usuários que realizaram baciloscopia no presente mês. Estes dados são enviados para o e-mail das unidades de APS ou para o e-mail pessoal de um representante da cada unidade de APS.

6.3 População de estudo

Compõe a amostra do estudo os 276 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) entrevistados no período de coleta de dados realizado de abril a agosto de 2012. Tais profissionais atuam nas unidades de atenção primária à saúde no município de Pelotas.

Não foram entrevistados os profissionais que estiveram em qualquer tipo de licença ou férias no período de coleta de dados.

6.4 Coleta de dados

Os dados que foram utilizados fazem parte do banco de dados da pesquisa "Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas". Para a obtenção dos dados o projeto original utilizou-se de um formulário estruturado (ANEXO I) para entrevista com profissionais de saúde, elaborado com base no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), que avaliou os aspectos críticos da atenção primária (STARFIELD, 2001). Foi validado para avaliar a Atenção Primária no Brasil (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e a atenção à TB (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

O questionário foi composto de 46 perguntas, abertas e fechadas, com padrões de resposta em escala Likert, nominais e dicotômicas. Constituiu-se por cinco blocos de perguntas: A. Informações gerais, compreendendo dados referentes ao entrevistado; B. Porta de entrada, relacionada à entrada dos usuários no sistema de atenção à saúde; C. Acesso ao Serviço de Saúde, referente ao serviço de saúde onde o entrevistado trabalha; D. Acesso ao Diagnóstico da TB, com questões específicas sobre o atendimento e diagnóstico da doença; E. Qualificação dos profissionais, respectivo aos colegas de trabalho e ao entrevistado.

Os sujeitos do estudo foram entrevistados por docentes, mestrandos e integrantes do Grupo GEA-TB da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Destaca-se que os entrevistadores foram previamente treinados e que os dados foram coletados nas unidades de APS.

Os entrevistados responderam cada pergunta do instrumento com respostas dicotômicas (Sim ou Não) ou segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre "um" e "cinco", sendo que a resposta mais favorável recebeu o valor mais alto da escala e a mais desfavorável recebeu o valor mais baixo.

6.5 Variáveis do estudo

Para o estudo foram selecionadas 13 variáveis contidas no instrumento referenciado, as quais foram distribuídas em duas dimensões do acesso: geográfica e organizacional, foco da pesquisa.

A seguir apresentamos as variáveis conforme a dimensão do acesso.

Variável	Tipo	Descrição
Procura por serviço de saúde mais próximo da residência do usuário (Q. 13)	Nunca; Quase nunca; ás vezes; quase sempre; sempre; não sabe	Likert
Dificuldade para se deslocar até serviço de saúde (Q. 17)	Sempre; quase sempre; as vezes; quase nunca; nunca; não sabe	Likert
Utilização de transporte motorizado para chegar ao serviço de saúde (Q.18)	Sempre; quase sempre; as vezes; quase nunca; nunca; não sabe	Likert

Figura 1: Variáveis relacionadas à dimensão geográfica do acesso

Variável	Descrição	Tipo
Horário de funcionamento do serviço de saúde (Q. 21)	Muito ruim; ruim; regular; bom; muito bom	Likert
Profissionais disponíveis no serviço de saúde (Q.22.a)	Aberta	Nominal*
Cumprimento adequado de horários pelos profissionais (Q.22.b)	Nunca; quase nunca; ás vezes; quase sempre; sempre; não sabe	Likert
Rotatividade de recursos humanos (Q.23)	Nunca; quase nunca; ás vezes; quase sempre; sempre; não sabe	Likert
Disponibilidade suficiente de profissionais de saúde (Q.25)	Nunca; Quase nunca; ás vezes; quase sempre; sempre; não sabe	Likert
Demora maior de sessenta minutos para uma consulta médica (Q.26)	Sempre; quase sempre; as vezes; quase nunca; nunca	Likert
Tempo destinado para atender cada usuário (Q.27)	Muito ruim; ruim; regular; bom; muito bom	Likert
Tempo médio do atendimento (Q.28)	Tempo em minutos	Numérica
Atendimento baseado na investigação de sinais e sintomas (Q.29)	Nunca; Quase nunca; ás vezes; quase sempre; sempre; não sabe	Likert
Conversa sobre outros problemas de saúde (Q.30)	Nunca; Quase nunca; ás vezes; quase sempre; sempre; não sabe	Likert

*A variável será transformada em categórica nominal de acordo com as profissões mencionadas pelos entrevistados.

Figura 2: Variáveis relacionadas à dimensão organizacional do acesso

6.6 Plano de análise

As variáveis utilizadas para a caracterização dos profissionais entrevistados serão analisadas por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa.

Para avaliação do acesso as perguntas com respostas categóricas considerarão como indicador a proporção de ocorrência de cada item avaliado, enquanto para as questões com escala Likert será considerado o valor médio de todas as respostas dos profissionais de saúde ao item avaliado. Neste caso, a avaliação será classificada segundo os resultados obtidos dos indicadores. Os resultados compreendidos no intervalo de um a 2,5 receberá a classificação de avaliação de acesso como “não satisfatória”, bem como os resultados entre 2,51 a 3,5 como “regular” e entre 3,51 a 5,0 como “satisfatória”.

6.7 Aspectos éticos

Os direitos éticos foram assegurados conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007[1] e também de acordo com a Resolução nº 196/96[2] do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa original obteve aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sob parecer favorável nº 2009/04 (ANEXO II).

Foi autorizado pela coordenadora da pesquisa principal “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas” (ANEXO III) a utilização dos dados para a realização do presente estudo.

Além disso, destaca-se que para garantia dos direitos e anonimato dos entrevistados, durante a coleta de dados da pesquisa original, os entrevistados

---

[1] Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Capítulo III (dos Deveres): Art. 89- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91- Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

[2] Resolução nº 196/96 Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade cientifica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, antes do inicio da aplicação do questionário (ANEXO IV).

6.8 Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através de publicações de artigos em periódicos científicos da área da saúde e da enfermagem; em eventos científicos por meio de apresentação de trabalho; na dissertação do curso de Mestrado em Enfermagem; será entregue ao PMCT e as unidades de APS um resumo com os resultados do estudo. Salienta-se que os sujeitos do estudo serão convidados para participar da apresentação da dissertação.

7 Cronograma

A seguir será apresentado o cronograma previsto para a elaboração do estudo:

	2012				2013			
Período	Jan/Mar	Abr/Jun	Jul/Set	Out/ Dez	Jan/ Mar	Abr/ Jun	Jul/ Set	Out/ Dez
Definição do tema	XX	XX						
Revisão de Literatura		XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Construção do Projeto		XX	XX	XX	XX			
Qualificação do Projeto					XX			
Coleta dos Dados					XX			
Análise dos dados					XX	XX		
Elaboração de artigos							XX	XX
Apresentação dissertação							X	XX

Figura 3: Quadro ilustrativo do cronograma de atividades para a realização dos estudos.

8 Recursos materiais e despesas

A seguir serão descritas as despesas necessárias para a elaboração do estudo:

Material	Quantidade	Valor Unitário (R$)	Valor Total (R$)
Caneta	10	1,50	15,00
Lápis	04	1,00	4,00
Borracha	02	0,50	1,00
Caneta Marca texto	12	1,20	14,40
Xerox	2.000	0,10	200,00
Encadernação	12	25,00	300,00
Impressão	4000	0,10	400,00
Papel A4 (pacote 500f.)	03	15,00	45,00
Caderno	02	6,00	12,00
Revisão de português	02	300,00	600,00
Revisão do resumo inglês	02	40,00	80,00
Revisão do resumo em espanhol	02	40,00	80,00
Transporte (combustível)	90	2,98	268,20
Pen Drive	01	45,00	45,00
Notebook	01	1.200,00	1.200,00
Total			3.264,6

Figura 4: Lista de recursos materiais e de despesas necessárias para elaboração do estudo

Referências

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res.** v.9, n.3, p. 208-20, 1974.

ALMEIDA C.; MACINKO J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

ALMEIDA-FILHO, N. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária *in* **A problemática teórica da determinação social da saúde** / Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 200p. 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em:11 out 2012.

ALVES, R.; SANTANNA, C.C.; CUNHA, A.J.L. Epidemiologia da tuberculose infantil na cidade do Rio de Janeiro, RJ. **Revista de Saúde Pública**, (São Paulo, SP) v.34, p. 409-410, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v34n4/2540.pdf> Acesso em: 11 out 2012 .

ANDRADE, M.N. O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba. 2006. 103p. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacaoes2006/dissertacaomarclineide.pdf> Acesso em: 11 out 2012.

ARAKAWA, T.; ARCENCIO, R.A.; SCATOLIN, B.E.; SCATENA, L.M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** São Paulo**,** v. 19, n.4, 2011.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BLOOM, G.; STANDING, H. Future health systems: Why future? Why now?, **Social Science & Medicine,** 2008

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº. 311 de 18 de janeiro de 2007.** Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345> Acesso em: 02 out 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196 de 10 de Outubro de 1996.** Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm> Acesso em: 02 out 2012.

BRASIL. **Lei nº. 10.836, de 09 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências, 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto número 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Estabelecimentos de Saúde no município de Pelotas.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431440>. Acesso em 07 fev 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano nacional de controle da tuberculose.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica.** Brasília, DF; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Histórico da cobertura da Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 07 fev 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Incidência de tuberculose cai 27,58% em 10 anos, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10504> Acesso em: 22 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399 de 22 fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001**. Diário Oficial da União, de 29 de janeiro de 2001. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Rio Grande do Sul** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_rs_5ed.pdf> Acesso em: 10 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.** Disponível em: **<**http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>. Acesso em: 03 jan 2012a.

BRASIL. **Tuberculose Perguntas e Respostas**. 2 edição. 30 questões para entender e atuar no atendimento de tuberculose nos Serviços de Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2011c. Divisão de Tuberculose Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” Coordenadoria de Controle de

Doenças Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Divisão de TUBERCULOSE / CVE / CCD / SES-SP)

BRÊTAS, A. C. P.; OLIVEIRA, E. M. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde do trabalho: questões para reflexão. **Saúde e Sociedade**, v.8, n.2, p.59-82, 1999.

CAMPOMIZZI, J. B. **Fatores clínicos e sociais relacionados com o tempo de hospitalização de pacientes com tuberculose na enfermaria de tisiopneumologia do hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte, no ano de 2008**. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-84KQLE/1/jader_bernardo_campomizzi.pdf> Acesso em: 23 out 2012

CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.2, p. 68-84, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/207/pdf_22> Acesso em: 10 out 2012

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. USA: Oxford University Press, p.200, 1973.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University, 1973.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Bibliografia básica do grupo GERUS. **Texto de apoio unidade I**, p114-119, 1997.

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M.; CARDOZO GONZALES, R.I.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J.A.; OLIVEIRA, A.R; ALMEIDA, S.A.A.. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública,** São Paulo**,** v. 43, n. 5, p. 825-831,2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - cidades. **População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2009.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 30 jun 2010.

JACKSON, S.; SLEIGHA, A. C.; WANG, G. F.; LIU, X-L. Poverty and the economics effects of TB in rural China. **INT J TUBERC LUNG DIS**, França. v.10, p.1104-1110, 2006.

KRONING, C. S. **Fatores associados à demora do doente de tuberculose pulmonar na procura por cuidados de saúde no município de Pelotas.** 2012, 148f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

LUCCA, M. E. S de. **Análise epidemiológica da TB e co-infecção HIV/TB em Ribeirão Preto – SP.** 2008. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MACHADO, A.C.F.T.; STEFFEN, R.E. OXLADE, O.; MENZIES, D.; KRITSKI, A.; TRAJMAN, A.. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol.,** v. 37 , n. 4, p. 512-520, 2011.

MARGON, S. M. C.D. **Acesso ao diagnóstico de tuberculose Pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde da atenção básica.** Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

McIntyre D, Mooney G, eds. **The economics of health equity.** New York: Cambridge University; 2007

MOTTA, M.C.S.; VILLA, T.C.S.; GOLUB, J.; KRISTI, A.L.; RUFINNO-NETTO, A.; SILVA, D.F.; HARTER, R.G.; SCATENA, L.M. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. **INT J TUBERC LUNG DIS**, v.13, n.9, p.1137–1141, 2009.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Cedeplar**, Belo Horizonte: UFMG/34p, 2002.

OLIVEIRA, M.F. **Acesso ao diagnostico de tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007)**. 2009. 137f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, M.F.; ARCÊNCIO, R.A.; NETTO, A.R.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p. 898-904, 2011.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W.J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v.19, n.2, p.127–40, 1981.

PIRES, A.V.C.; BERNARDES, A.C.F.; MENDES, A.C.F. Equidade em saúde: direcionando as políticas públicas para redução das desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.35, n.89, p.190-196, 2011.

RAO, V.G.; BHAT, J.; YADAY, R.; GOPI, P.G.; SELVAKUMAR, N.; WARES, D.F. Prevalence of pulmonary tuberculosis among the Bharia, a primitive tribe of Madhya Pradesh, central India. **INT J TUBERC LUNG DIS**, **v.**14, n.3, p.368–370, 2010.

REVISTA RADIS. Antigo e atual problema de saúde pública. n.106, p. 20-1. 2011. Disponível em: < http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/106>. Acesso em: 10 jun 2011.

RODRIGUES, BARRETO, M.; KRAMER, M.; BARATA, R. C. B. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.41, Supl. 1, p. 1-2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2> Acesso em: 11 out 2012.

RODRIGUES, A.M. **Descentralização e acesso:** um estudo exploratório. Rio de Janeiro, 2009.

RODRIGUES, K. M. R. **Serviços de saúde utilizados como porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no município de Pelotas/RS**: análise do desempenho. 2010. 111f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

RONALD, A.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q Health Soc**, v.51, n.1, p. 95–124, 1973.

RUFFINO-NETTO A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília – DF, v.10, n.3, p. 129-138, 2001. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe_epi_sus_v10_n3.pdf> Acesso em: 01 nov 2012.

RUIZ, G. El dilema de la Promoción de la Salud en América Latina: los casos de Argentina y de 2011. Disponível em: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/5421/6/Ruiz_Gabriela_2011_These.pdf> Acesso em: 14 out 2012.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R.; Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.669-675, 2011.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI; R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, p.3, p.260–8, 2012

SANTOS, T.M.M.G.; NOGUEIRA, L.T.; SANTOS, L.N.M.; COSTA, C.M. O acesso ao diagnóstico a ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 03, p. 300-305, 2012.

SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S.; NETTO, A.R.; KRITSKI, A.L.; FIGUEIRERO, T.M.M.; VENDRAMINI, S.H.F.; ASSIS, M.M.A.; MOTTA, M.C.S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 389-397, 2009.

SCHWARTZ, T.D.; BERTOLUZO, J.T.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D.; Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, **v.**15, n.4, p.2145-2154, 2010.

SOJO, A. **Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina:** derechos sociales, v.16, n.6, p. 2673-2685, 2011.

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

TRAVASSOS, C. M. R. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, 1997.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, Rio de Janeiro, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e socais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1988 e 2003. **Ciências e saúde coletiva,** v.11, n.4, p.975-86, 2006.

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 Peneumologia**, v 35, n 6, p. 610-612, 2009.

VILLA, T.C.S.; PONCE, M. WYSOCK, A.D.; ANDRADE, R.L.P.; ARAKAWA, T.; SCATOLIN, B.E. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** São Paulo, 21(Spec): [08 telas], 2013.

WEI, X.; LIANG, X.; LIU, F.; WALLEY, J.D.; DONG, B. Decentralising tuberculosis services from county tuberculosis dispensaries to township hospitals in China: an intervention study. **INT J TUBERC LUNG DIS v.**12, n.5, p.538–547, 2008.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv.** n.22, n.3, p.429-45, **1**992

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Glogal Tuberculosis Report. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2008. Geneva, 2008. 294p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva, 2009.

II RELATÓRIO DE CAMPO

O projeto de pesquisa, intitulado “Diagnóstico da Tuberculose em Pelotas: avaliação dos aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na visão dos profissionais de saúde” originou-se como recorte da segunda etapa da Pesquisa “Retardo no Diagnóstico da Tuberculose: Análise das causas em Pelotas/RS” desenvolvido pelo Grupo de Estudos de Avaliação em Tuberculose (GEATB) da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

A coleta de dados da pesquisa foi realizada de 12 de abril a 29 de agosto do ano de 2012. Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). As entrevistas foram realizadas por docentes, mestrandos e integrantes do Grupo GEATB da FEn. Os entrevistadores foram previamente treinados.

No que tange a coleta de dados, destaca-se a possibilidade de participar do processo, experiência que contribuiu positivamente para aproximação com o estudo original e posteriormente com o projeto vertente. Igualmente, acrescente-se que por trabalhar quarenta horas semanais durante a realização do mestrado, coube sob responsabilidade a coleta de dados no turno da noite.

O banco de dados foi duplamente digitado, por membros do grupo GEATB, em planilha do Software Statistica 9.1 da StatSoft®.

O projeto vertente da pesquisa apresentou como objetivo principal avaliar os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços na atenção às pessoas com sintomas de tuberculose para o diagnóstico da doença no município de Pelotas/RS. Para o alcance dos objetivos selecionaram-se variáveis relacionadas a ambos os aspectos da investigação.

A construção do artigo de defesa do mestrado foi permeada por diversos desafios em decorrência da recente proximidade com estudos desta abordagem e inexperiência com o software utilizado na análise estatística, ainda que o processo de aprimoramento seja permanente, esta etapa foi concluída com a colaboração dos membros do GEATB da FEn e com muitos momentos de leitura e reflexão sobre a temática e métodos de pesquisa.

A minha participação no GEATB da FEn também possibilitou acompanhar a finalização do artigo intitulado “Desempeno de la atención primaria en el diagnóstico de la tuberculosis en Pelotas, Brasil” que objetivou analisar o desempenho das

unidades de atenção primária na detecção de casos de tuberculose, no município de Pelotas, no período de 2007 a 2010.

Destaca-se que no processo de construção e conclusão do trabalho de dissertação foi elaborado o resumo intitulado “Acesso aos serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose: produção do conhecimento nacional e internacional” para ser apresentado no evento científico XV Encontro de Pós - Encontro da UFPel (ENPOS). O resumo objetivou realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o acesso geográfico e organizacional dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose no contexto nacional e internacional.

A vivência possibilitou um grande crescimento pessoal e profissional, reafirmando a importância da pesquisa para o aprimoramento das ações em saúde.

III- ARTIGO CIENTÍFICO

ASPECTOS GEOGRÁFICOS E ORGANIZACIONAIS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PELOTAS/RS

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde para a atenção as pessoas com sintomas de tuberculose, na visão de profissionais de saúde, no município de Pelotas/RS. Estudo quantitativo realizado com 276 profissionais de saúde atuantes nas 50 unidades de atenção primária do local de estudo. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário estruturado, desenvolvido com base "Primary Care Assessment Tool," adaptado para atenção à tuberculose e digitados no *pacote estatístico Statistica 9.1 da StatSoft.* As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de proporção de ocorrência e para variáveis com escala Likert utilizou-se do valor médio de todas as respostas dos profissionais entrevistados. O intervalo de 1 a 2,5 foi classificado como "não satisfatório", entre 2,51 a 3,5 como "regular" e entre 3,51 a 5,0 como "satisfatório". Observou-se que a procura por serviços próximo da residência dos usuários, a dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde, o horário de funcionamento dos serviços e a disponibilidade suficiente de profissionais foram avaliados pelos profissionais como aspectos satisfatórios dos serviços de saúde. O cumprimento adequado de horário pelos profissionais e a rotatividade de recursos humanos como não satisfatórios. A utilização de transporte motorizado e a demora maior que sessenta minutos para obtenção de consulta médica foram considerados como regulares. O estudo apontou que a maioria dos aspectos relacionados à organização dos serviços foi avaliada como não satisfatória, evidenciando a necessidade de qualificar a gestão das pessoas e as gerencias dos serviços de saúde.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Diagnóstico; Avaliação dos serviços de saúde.

Abstract

Geographical and organizational aspects of primary care services for the diagnosis of tuberculosis in Pelotas/Rio Grande do Sul

The objective of this study was to evaluate the geographic and organizational aspects of primary health care services for people's attention with symptoms of tuberculosis, in the vision of health professionals, in the municipality of Pelotas/RS. This is a quantitative study conducted with 276 health professionals active in 50 primary care units of the study site. The data were collected through the application of a structured questionnaire, developed on the basis of "Primary Care Assessment Tool," adapted for attention to tuberculosis and typed in the *statistical package Statistica9.1 of StatSoft*. The categorical variables were evaluated through the ratio of occurrence and for variables with Likert Scale was used the average value of all the answers of the professionals interviewed.A range from 1 to 2.5 was rated as "unsatisfactory", between 2.51 to 3.5 as "regular", and 3.51 to 5.0 as "satisfactory". It was observed that the demand for services next to users'

place of residence, the difficulty to move up to the health service, the hours of operation of the services and the availability of sufficient professionals were evaluated by professionals as satisfactory aspects of health services; the adequate compliance of schedule by professionals and turnover of human resources as unsatisfactory. The use of motorized transport and the delay greater than sixty minutes for obtaining medical consultation were considered as regular. The study pointed out that most of the aspects related to the Organization of services has been assessed as non-satisfactory, demonstrating the need to qualify the people management and the management of health services.

Descriptors: Tuberculosis; Primary health care; Diagnosis; Evaluation of health services.

Introdução

Aspectos geográficos e organizacionais relacionados aos serviços de saúde são essenciais no diagnóstico da tuberculose, uma vez que, estes podem se constituir em barreiras para o acesso do usuário à unidade de saúde e às ações de diagnóstico podendo ocasionar retardo na identificação do caso, agravamento do quadro clínico e disseminação da doença. Dentre os primeiros, encontram-se a distância entre os serviços de saúde e os usuários e o tempo gasto para a obtenção de cuidados. Os organizacionais compreendem os obstáculos referentes ao modo de organização dos serviços, sejam eles internos - como demora em obter consulta, turno de funcionamento, tipo de marcação de horário, e/ou externos - como tempo de espera para ser atendido e para realizar exames (FEKETE, 1997).

Estudos destacam a localização do serviço, horário e dias de funcionamento, tempo de espera para obtenção de consulta, oferta de procedimentos diagnósticos, ações de saúde no território e no domicílio (MARCOLINO et al., 2009), acolhimento inadequado do doente, baixa procura de sintomáticos respiratórios e de contatos intradomiciliares, baixo nível de suspeição diagnóstico (PESUT et al., 2008) e a necessidade de ir várias vezes ao serviço de saúde para obtenção do diagnóstico (OLIVEIRA et al., 2013).

Com o intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde e exercer um enfrentamento mais efetivo no controle da doença, a partir do ano de 2000, o Brasil iniciou o processo de descentralização das ações de controle da tuberculose, responsabilizando os municípios pela organização da assistência à doença como uma das ações prioritárias da atenção primária (BRASIL, 2004). Este processo é fundamental para o contexto brasileiro, uma vez que é caracterizado pelas suas

dimensões continentais e pela expressiva diversidade cultural e socioeconômica, o que contribui para diferenças na situação epidemiológica da tuberculose em cada local (REVISTA RADIS, 2011). Considerando este contexto, os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de saúde também se apresentam de maneira diferente nas diversas regiões do Brasil, influenciando o acesso a serviços de atenção primária à saúde (VILLA et al., 2013).

Devido à geografia e organização, as unidades de atenção primária desempenham o papel fundamental na melhora do acesso às ações de saúde, caracterizadas pela localização próxima a residência da população e com ênfase nas ações de promoção e prevenção.

Em 1994, incorpora-se o Programa Saúde da Família como a mais importante estratégia política para reorganização da atenção primária. Sua implantação trouxe à tona novamente a necessidade de superar as dificuldades de ordem geográfica e organizacional dos serviços de saúde. As unidades com Estratégia de Saúde Família caracterizam-se por desenvolver ações de saúde não apenas dentro da área física dos serviços, mas também no território e domicilio (MARQUIEVIZ et al., 2013) favorecendo o acesso às ações do controle da tuberculose.

Contudo, os indivíduos ainda encontram diferentes barreiras de acesso para obtenção de cuidados à saúde. Tais barreiras fazem com que as pessoas desenvolvam alternativas para resolver suas necessidades de saúde. Muitas destas alternativas não propiciam melhoras nas suas condições, apenas amenizam o desconforto presente naquele momento corroborando algumas vezes para a piora da condição atual (CERQUEIRA; PUPO, 2009), e, nos casos de doentes de tuberculose, para o aumento da transmissão da patologia e o agravamento da doença que ainda permanece como um problema de saúde publica no país.

O presente estudo teve como objetivo avaliar os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde às pessoas com sintomas de tuberculose, na visão de profissionais de saúde, no município de Pelotas/RS.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo realizado com profissionais de saúde atuantes nas 50 unidades de atenção primária à saúde do município de Pelotas, prioritário para a atenção à tuberculose no Estado do Rio Grande do Sul (RS). O

município apresenta uma população de 328.275 habitantes (IBGE, 2010). Os serviços de atenção primária do município apresentam 34 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 17 unidades, com uma cobertura de 35,67% da população (BRASIL, 2012; BRASIL, 2012a).

A população do estudo foi constituída pelos médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem identificados a partir de listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 323 profissionais. Não foram incluídos no estudo 27 profissionais devido à licença saúde, maternidade, licença de interesse ou férias no período de coleta de dados. Foram consideradas como perdas nove (3,04%) profissionais que não foram encontrados na unidade em seus turnos de trabalho após no mínimo quatro tentativas e 11 (3,72%) que se recusaram a participar do estudo. Desta forma, foram entrevistados 276 profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde de Pelotas/RS, no período de abril a agosto de 2012.

As entrevistas foram realizadas nas unidades de atenção primária, no horário de trabalho dos profissionais, por entrevistadores previamente treinados. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário estruturado[1]. Os dados foram digitados previamente com dupla verificação no *pacote estatístico Statistica 9.1 da StatSoft,* programa no qual após procedeu-se a análise.

Para o estudo dos aspectos geográficos e organizacionais as seguintes variáveis foram consideradas: geográfico (procura por serviço de saúde mais próximo da residência do usuário; dificuldade para se deslocar até serviço de saúde; utilização de transporte motorizado para chegar ao serviço de saúde) e organizacional (horário de funcionamento do serviço de saúde; cumprimento adequado de horários pelos profissionais; rotatividade de recursos humanos; disponibilidade suficiente de profissionais de saúde; demora maior de sessenta minutos para uma consulta médica; tempo destinado para atender cada usuário; tempo médio do atendimento).

Além das variáveis geográficas e organizacionais foram consideradas as variáveis: formação profissional e tipo de unidade básica de saúde, visando a

---

[1] O questionário estruturado foi desenvolvido com base nos componentes do Primary Care Assessment tool (PCAT), elaborado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária à saúde (STARFIELD, 2002). Esse instrumento foi adequado e validado para a avaliação da atenção primária à saúde no Brasil (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e adaptado para atenção à tuberculose (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

caracterização dos participantes da pesquisa por meio da distribuição da frequência relativa e absoluta. As perguntas com respostas categóricas foram analisadas por meio da proporção de ocorrência de cada item avaliado, enquanto para as questões com escala Likert considerou-se o valor médio de todas as respostas dos profissionais de saúde ao item avaliado. Dessa maneira, classificou-se a avaliação segundo os resultados obtidos dos indicadores. Os resultados compreendidos no intervalo de 1 a 2,5 receberam a classificação de avaliação de acesso como “não satisfatória”, bem como os resultados entre 2,51 a 3,5 como “regular” e entre 3,51 a 5,0 como “satisfatório”. Utilizou-se também o intervalo de confiança de 95% para análise dos dados.

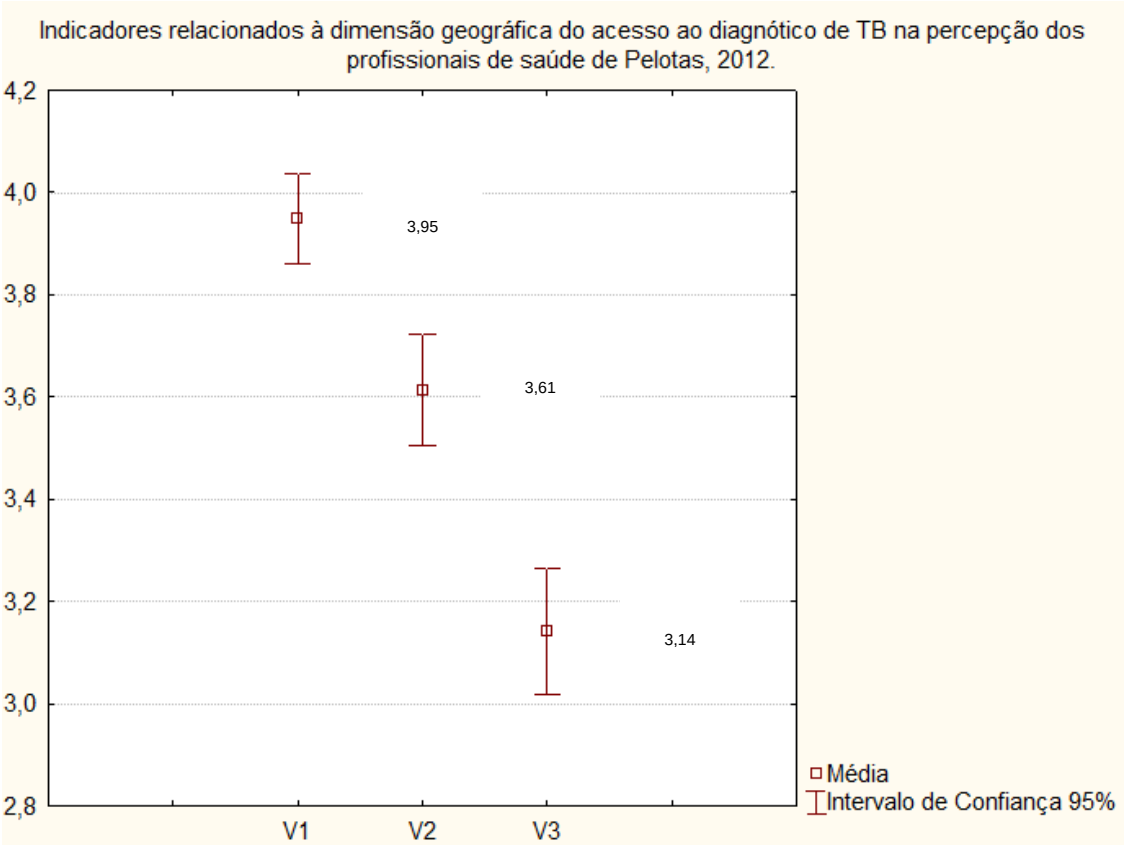
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob parecer nº 2009/04. Os preceitos éticos seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo.

Na discussão dos resultados, utilizou-se o conceito de acesso na sua dimensão geográfica e organizacional referenciada por Fekete (1997).

Resultados

Do total de 276 profissionais entrevistados, 89 eram médicos (32,25%), 74 enfermeiros (26,81) e 113 técnicos ou auxiliares de enfermagem (40,94%). Destes 103 (37,32%) desenvolviam suas práticas laborais em unidades com Equipe de Saúde da Família, enquanto que 172 (62,32%) atuavam em unidades tradicionais e um não soube responder qual o tipo de unidade onde atuava.

A figura 1 mostra os indicadores relacionados aos aspectos geográficos das unidades de atenção primária à saúde. Identificou-se uma média de 3,14 (IC: 3,02-3,26) para a variável utilização de transporte motorizado para chegar ao serviço de saúde classificado como regular. Em relação ao deslocamento até o serviço de saúde os respondentes o avaliaram como satisfatória, com uma média de 3,61 (IC: 3,50 – 3,72). Quanto à procura por serviço de saúde mais próximo da residência do usuário o mesmo apresentou-se satisfatório com uma média de 3,95 (IC: de 3,86 – 4,04).



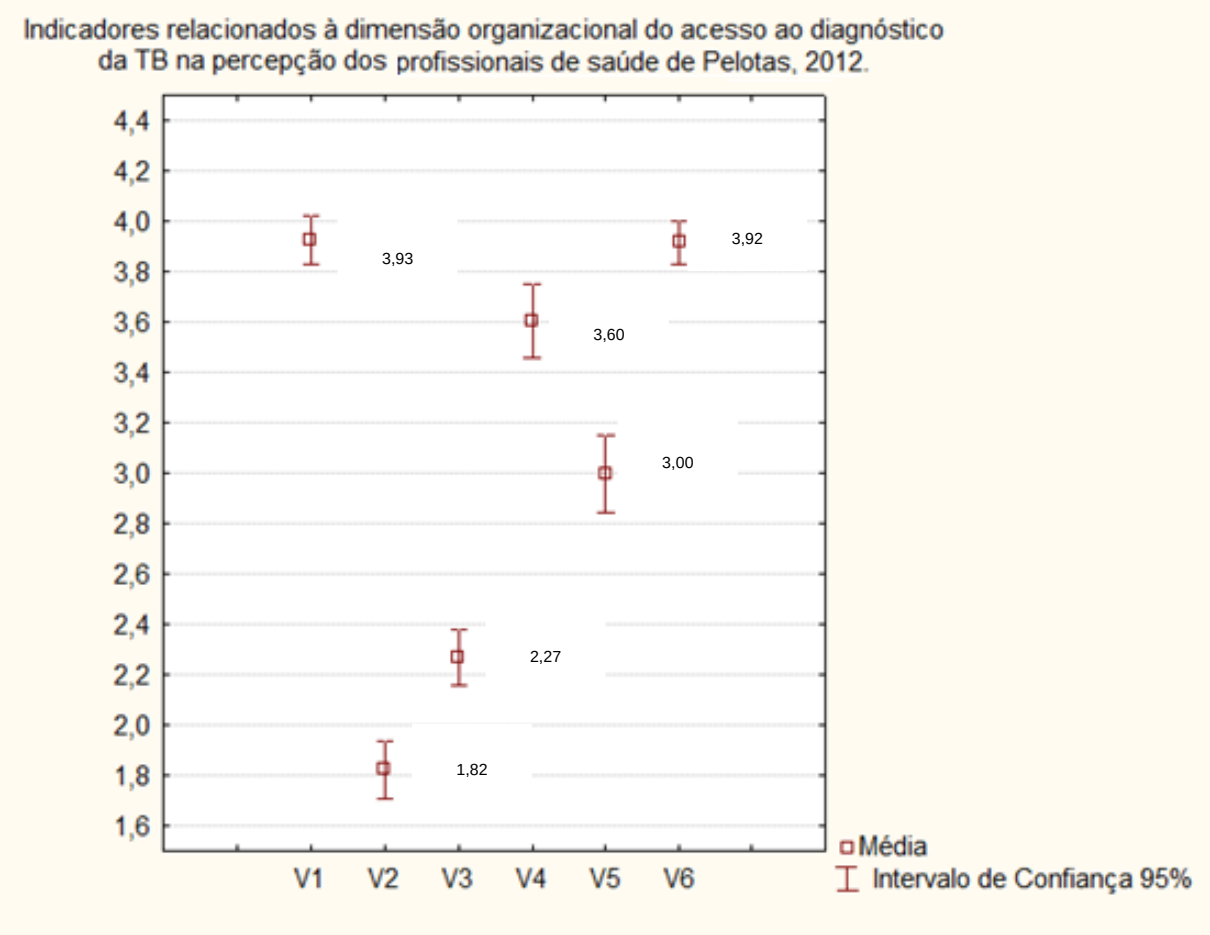
Legenda: V_1 Procura por serviço de saúde mais próximo de sua residência; V_2 Dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde; V_3 Utilização de transporte motorizado para chegar ao serviço de saúde.

Figura 1: Indicadores relacionados à dimensão geográfica do acesso na percepção dos profissionais de saúde.

A avaliação das variáveis de caracterização da organização das unidades de atenção primária mostrou que sete (14%) possuem um turno de funcionamento, 36 (72%) dois e sete (14%) três turnos. O tempo médio destinado para atender cada usuário obteve uma média de 18,4 minutos. Ressalta-se que o total de sujeitos que responderam esta questão foi 263 (95,29%) profissionais.

Destaca-se que a rotatividade de recursos humanos e o cumprimento de horário pelos profissionais de saúde apresentaram-se como não satisfatórios com médias de 2,27 (IC: 2,16 – 2,38) e 1,82 (IC: 1,71 – 1,94) respectivamente, enquanto, que a disponibilidade suficiente de profissionais de saúde demonstrou-se satisfatória com média de 3,60 (IC: 3,45 – 3,75).

A variável demora maior que sessenta minutos para obtenção de consulta médica demonstrou-se regular com média de 3,00 (IC: 2,84 – 3,15).



Legenda: V_1: Horário de funcionamento do serviço de saúde; V_2: Cumprimento adequado de turno de trabalho; V_3: Rotatividade de recursos humanos; V_4: Disponibilidade suficiente de profissionais; V_5: Demora maior que sessenta minutos para consulta médica; V_6: Tempo destinado para atender cada usuário.

Figura 2: Indicadores relacionados à dimensão organizacional do acesso na percepção dos profissionais de saúde.

Discussão

Aspectos geográficos e organizacionais, relacionados aos serviços de saúde, adquirem relevância no controle da tuberculose, pois possuem características que influenciam a decisão pela busca de atendimento. Somam-se a estes fatores, as condições culturais, sociais e clínicas dos indivíduos que irão contribuir para o entendimento das necessidades de cuidados em saúde, os quais também se tornam responsáveis pela demanda aos diversos serviços (NOGUEIRA et al., 2012).

Neste contexto, a atenção primária à saúde apresenta-se como importante estratégia para o maior conhecimento da sua população adstrita, uma vez que se encontra inserida no território em que as pessoas vivem. A proximidade destes

serviços à população diminui a necessidade do uso de transporte e reduz a distância para o deslocamento quando os serviços usados são aqueles pertencentes à área de abrangência da pessoa que procura o cuidado (WEI et al., 2008). O município de Pelotas apresenta um quantitativo significativo de unidades de atenção primária as distribuídas nos distritos sanitários da cidade característica que pode ter influenciado para a avaliação satisfatória da variável deslocamento e procura por serviços de saúde próximos à residência dos usuários.

Estudos realizados com doentes de tuberculose mostram que a maioria dos usuários procura os serviços de saúde próximos de suas residências, enfatizando a busca por serviço de atenção primária (VILLA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2011; SANTOS et al., 2012). No município de Pelotas foi identificado que os serviços de atenção primária foram os primeiros serviços de saúde mais procurados pelos doentes (VILLA et al., 2013). Em Teresina, estado do Piauí foi identificado que a maioria dos usuários não encontrou dificuldade de deslocamento até à unidade de atenção primária à saúde (SANTOS et al., 2012).

Preconiza-se que a utilização dos serviços de saúde se inicie preferencialmente a partir das unidades de atenção primária à saúde, as quais apresentam competência em resolver 80% dos problemas de saúde, entre eles a tuberculose (BRASIL, 2012b).

O uso de transporte foi avaliado como foi avaliado como regular. Estudos mostram que o uso de transporte motorizado para se deslocar às unidades e receber as ações de saúde relacionadas aos cuidados com a doença, geram despesas financeiras para o indivíduo e família, mudanças na rotina das pessoas ocasionando muitas vezes perda de tempo e dependência de terceiros para conseguir o deslocamento (FIGUEIREDO et al., 2009; ARAKAWA et al., 2011; ARCÊNCIO et al., 2011; LAFAIETE et al., 2011; VILLA et al., 2012).

A organização adequada dos serviços de atenção primária corrobora para uma atenção mais qualificada gerando impactos positivos na saúde da população e na eficiência dos serviços (GIOVANELLA et al., 2009). Contudo, a detecção de casos de tuberculose pelos serviços de atenção primária ainda é um ponto frágil da atenção a esta patologia, não pelos métodos preconizados, uma vez que estes não envolvem alta densidade tecnológica, mas pela dificuldade que muitas vezes o doente tem no acesso aos serviços de saúde devido à forma como estes se organizam (OLIVEIRA, 2009).

Cabe destacar ainda, que a maneira como os serviços de saúde estão organizados implica no impacto das ações sobre a saúde das pessoas e pode influenciar no grau de satisfação dos usuários (HINO et al., 2011), fatores que podem contribuir para a procura pelos serviços de saúde. Sendo assim, no enfrentamento da tuberculose é essencial conhecer como os serviços de atenção primária estão organizados para o atendimento das pessoas doentes.

A rotatividade e o cumprimento de horário pelos profissionais avaliados no estudo como não satisfatório podem comprometer a qualidade da organização dos serviços, em termos de adaptação a normas e rotinas e estabelecimento de vínculo com os usuários com sintomas respiratório da tuberculose.

É essencial que os serviços de atenção primária disponham de profissionais de saúde qualificados para realizar o diagnóstico precoce e oportuno da tuberculose, assim como o acompanhamento do doente (OLIVEIRA et al.,2013). Diversos estudos apontam que em outras regiões do Brasil a rotatividade nos serviços de saúde está presente e foi considerada resultante de déficit de comprometimento profissional, baixa remuneração e condições precárias de trabalho (CUNHA, CAVALCANTI e COSTA, 2012; OLIVEIRA et al., 2012), baixa manutenção da qualificação das equipes e dificuldade de estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários (MONROE et al., 2008; TRIGUEIRO et al., 2011).

Ainda, um estudo realizado em São José do Rio Preto/SP evidenciou que a baixa suspeição da tuberculose nos serviços de saúde pode estar relacionada com a rotatividade de recursos humanos (PONCE et al., 2013).

O resultado não satisfatório da variável cumprimento adequado de horário pelos profissionais foi semelhante ao estudo realizado por (CUNHA, CAVALCANTI e COSTA, 2012); acarretando pouco comprometimento profissional, desempenho menos eficiente em unidades saúde da família em virtude do cumprimento inadequado de horário pelos médicos (LIMA et al., 2012) e outros profissionais atuantes nos serviços de saúde podendo restringir o acesso as ações de diagnóstico da tuberculose.

Estudos realizados em outras regiões do Brasil, com profissionais de saúde, gestores de unidades de atenção primária à saúde e doentes de tuberculose, mostraram que o horário de funcionamento pode se constituir uma barreira para o acesso das pessoas aos serviços de saúde (MARCOLINO et al., 2009; PROTTI et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011). Dentre as dificuldades citadas pelos autores

supracitados, destacam-se os horários limitados e rígidos, não oferecimentos de atendimento no período do almoço, o horário de funcionamento dos serviços coincidir com o horário de trabalho dos usuários e dias da semana que o serviço oferta atendimento.

A avaliação não satisfatória do cumprimento do horário pode levar a demora em conseguir a consulta médica e ações necessárias ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de atenção primária de saúde, uma vez que alguns profissionais demoram para chegar aos serviços de saúde e ficam um tempo menor conforme responsabilidade contratual (MOTTA; MUNARI; COSTA, 2009), nos diversos cenários da saúde.

Em relação à variável tempo de espera para consulta, um estudo realizado em Campina Grande, Paraíba, mostrou que 30,2% dos usuários doentes aguardavam sempre e quase sempre mais de sessenta minutos para obtenção de consulta médica na unidade de saúde e 38, 7% às vezes. A demora na obtenção de consulta pode estar presente nas diversas etapas da assistência à pessoa com tuberculose (FIGUEIREDO et al., 2009).

No município de Itaboraí, Rio de Janeiro foi observado que 63% dos indivíduos não aguardavam mais de sessenta minutos para receber atendimento. A demora, quando ocorre, pode estar associada com a burocracia que ocasiona filas e horários inflexíveis (LAFAIETE et al.,2011). Situações que podem gerar a desistência do usuário à consulta e contribuir para o agravamento epidemiológico da doença.

Destaca-se que, no processo de atenção ao sintomático respiratório, a demora na obtenção de consulta pode contribuir para a transmissão do bacilo enquanto o usuário aguarda atendimento (ARAKAWA et al., 2009).

A variável disponibilidade de profissionais de saúde para o atendimento dos usuários foi considerada satisfatória, indicando que existe alocação de recursos humanos quantitativos necessários para o desenvolvimento das atividades nas unidades do município estudado. Resultado contrário foi descrito em outros estudos em que a debilidade quantitativa de recursos humanos estava presente, a qual poderia estar acarretando sobrecarga de funções para os trabalhadores (MONROE et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2012) e influenciando no desenvolvimento das ações de saúde relacionadas ao diagnóstico precoce da tuberculose.

No entanto, apesar da disponibilidade suficiente de profissionais de saúde para o atendimento dos usuários, o estudo mostra que existe rotatividade de recursos humanos e não cumprimento de horário pelos profissionais nas unidades de atenção primária no município. Estas situações afetam a organização dos serviços de saúde e podem desfavorecer o acesso às ações de diagnóstico da tuberculose (PONCE et. al, 2013; LAFAIETE et al.,2011)

Em relação à variável tempo médio do atendimento obtido no estudo, quando considerado o calculo do tempo referenciado na portaria 1101/2002 do Ministério da Saúde, referente a capacidade de produção, em consultas, de alguns recursos humanos, esta vai ao encontro da avaliação satisfatória dos profissionais quanto ao tempo destinado ao usuario. A portaría considera três consultas de enfermagem por hora para o profissional enfermeiro com contrato de 30 horas na atenção primária à saúde e para o profissional médico com contrato de 20 horas quatro consultas por hora. Este quantitativo representa um tempo de 20 minutos para a primeira categoría profissional e de 15 minutos para a segunda. O valor de tempo observado no estudo (18,4 minutos) encontra-se entre ambos os valores de tempos citados. Destaca-se que a definição do tempo pode variar de acordo com adoção de políticas de saúde especificas pelo gestor e conveções sindicais.

Conclusões

O estudo mostrou que os aspectos geográficos obtiveram resultados satisfatórios. Apenas a variável utilização de transporte motorizado foi avaliada como regular. Os aspectos organizacionais cumprimento adequado de horário pelos profissionais, rotatividade de recursos humanos foram avaliados como não satisfatórios. A demora maior que sessenta minutos para obtenção de consulta médica foi regular. O horário de funcionamento, a disponibilidade de profissionais e o tempo destinado para atender cada usuário foram avaliados como satisfatórios.

Considera-se a necessidade de ampliar o debate em relação à qualificação da gestão dos recursos humanos e a gerência dos serviços de saúde, visando uma maior sensibilização dos envolvidos no cuidado à saúde das pessoas. Assim é fundamental a mobilização e participação da população para a real incorporação das ações de controle da tuberculose pelos gestores e profissionais atuantes nas unidades de atenção primária à saúde.

Referências

ARAKAWA, T.; ARCENCIO, R. A.; SCATOLIN, B. E.; SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.19, n.4, p. pp. 994-1002, 2011.

ARAKAWA, T.; VILLA, T. C. S.; ARCENCIO, R. A.; CAROZO-GONZALES, R. I.; SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A. Acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde no município de Ribeirão Preto –São Paulo (2006- 2007). In: Tuberculose: Pesquisas operacionais. Funpec, p 48-55, 2009.

ARCENCIO; R. A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M. F.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; SCATENA, L. M. S.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo. **Rev Esc Enferm USP,** v.45, n.5, p.1121-7, 2011.

BERALDO, A. A.; ARAKAWA, A.; PINTO, E. S. G.; ANDRADE, R. L. P.; WYSOCKI, A. D.; SOBRINHO, R. A. S.; SCATOLIN B. E.; ORFÃO, N. H.; PONCE, M. A. Z.; MONROE, A. A.; SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). ***Ciênc. saúde coletiva* [online],** v.17, n.11, p. 3079-3086, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196 de 10 de Outubro de 1996.** Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm> Acesso em: 02 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Estabelecimentos de Saúde no município de Pelotas.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431440>. Acesso em 07 fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano nacional de controle da tuberculose.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Histórico da cobertura da Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 07 fev 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1101 de 12 de junho de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em 17 fev 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde; 2012b.

CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.2, p. 68-84, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/207/pdf_22> Acesso em: 10 out 2013.

CUNHA, N. V.; CAVALCANTI, M. L. T.; COSTA, A. J. L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em

Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad. Saúde Colet.,** v. 20, n. 2, p. 177-87, 2012.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Bibliografia básica do grupo GERUS. **Texto de apoio unidade I**, p114-119, 1997.

FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VILLA, T. C. S.; SCATENA, L. M.; CARDOZO-GONZELES, R. I.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J. A.; OLIVEIRA, A. R.; ALMEIDA, S. A. A. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública,** v.43, n.5, p. 825-31, 2009.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M. ; FAUSTO, M. C. R. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 783-94, 2009.

HINO, P. H.; SANTOS, C. B.; VILLA, T. C. S.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F. O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. **Esc. Anna Nery,** v.15, n.2, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - cidades. **População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2009.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 30 jun 2012.

LAFAIETE, R. S.; MOTTA, M. C. S.; SILVA, C. B. S.;; VILLA, T. C. S.; OLIVEIRA, M. G. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí/RJ. **Esc Anna Nery**, v.15, n.1, p. 47-53, 2011.

LIMA, R. M.; JUNIOR, M. E. M.; MARTINS, J. S.; SANTOS, E. P.; BOURGET, M. M. M. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. **Rev bras med fam comunidade.** Florianópolis, v. 7, n. 24, p. 164-70, 2012.

MACHADO, A. C. F. T.; STEFFEN, R. E.; OXLADE, O.; MENZIES, D.; KRITSKI, A.; TRAJMAN, A. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol.,** v.37, n.4, p. 512-520, 2011.

MARCOLINO, A. B. L.; NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO-NETTO, A.; MORAES, R. M.; SÁ, L. D.; VILLA,T. C. S.; ROLIM, F. J. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Rev Bras Epidemiol, v.**12, n.2, p. 144-57, 2009.

MARQUIEVIZ, J.; ALVES, I. S.; NEVES, E. B.; ULBRICHT, L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 265-271, 2013.

MONROE, A. A. M.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; PALHA, P. F.; SASSAKI, C. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p. 262-7, 2008.

MOTTA, K. A. M. B.; MUNAR, D. B.; COSTA, F. N. Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas, v.1, n.1, p. 73 – 99, 2009.

NOGUEIRA, J. A.; OLIVEIRA, L. C. S.; SÁ, L. D.; SILVA, C. A.; SILVA, D. M.; VILLA, T. C. S. Vínculo e acesso na estratégia de saúde da família: percepção do usuário com tuberculose. **Rev Rene**, v. 13, n.4, p.784-93, 2012.

OLIVEIRA, A. A. V.; SÁ, L. D.; NOGUEIRA, J. A.; ANDRADE, S. L. E.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP,** v. 47, n. 1, p.145-51, 2013.

OLIVEIRA, I. C.; JESUS, G. J.; PINTO, P. F. P. S.; BALDERRAMA, P.; CURY, M. R. C. O.; VENDRAMINI, S. H. F. Controle da tuberculose: avaliação da equipe de enfermagem sobre a estrutura de serviços de saúde. **J Nurs UFPE** [on line], v.6, n.9, p. 2145-53, 2012.

OLIVEIRA, M. F.; ARCENCIO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A., SCATENA, L. M.; PALHA, Pedro F.; VILLA, T. C. S. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p. 898-904, 2011.

OLIVEIRA, M.F. **Acesso ao diagnostico de tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007)**. 2009. 137f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PESUT, D. P.; GLEDOVIĆ, Z. B.; GRGUREVIĆ, A.D.; NAGORNI-OBRADOVIĆ, L. M.; ADZIĆ, T. N. Tuberculosis incidence in elderly in Serbia: key trends in socioeconomic transition. **Croat Med J**, v.49, n.6, p. 807-12, 2008.

PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; SCATOLIN, B. E.; ANDRADE, R. L. P.; ARAKAWA, T.; RUFFINO-NETTO, A.; MONROE, A. A.; SCATENA, L. M. S.; VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** v. 29, n. 5, p.945-954, 2013.

PROTTI, S.T.; SILVA, L. M. C.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETO A.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev Esc Enferm USP,** v. 44, n. 3, p. 665-70, 2010.

REVISTA RADIS. Antigo e atual problema de saúde pública. n.106, p. 20-1. 2011. Disponível em: < http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/106>. Acesso em: 10 out 2013.

SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L. T.; SANTOS, L. N. M.; COSTA, C. M. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. **Rev. enferm. UERJ**, v.20, n.3, p.300-5, 2012.

TRIGUEIRO, J. V. S.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v.19, n.6, 2011.

VILLA, T. C. S.; ANDRADE, R. L. P.; ARAKAWA, T.; MAGNABOSCO, G. T.; BERALDO, A. A.; MONROE, A. A.; PONCE, M. A. Z.; BRUNELLO, M. E. F.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; RUFFINO-NETTO, A. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. **Cad. Saúde Colet**., v.20, n.2, p. 234-43, 2012.

VILLA, T.C.S; PONCE M.A.Z.; WYSOCK, A.D.; ANDRADE, R.L.P.; ARAKAWA T.; SCATOLIN, B.E.; BRUNELLO, M. E. F. B.; BERALDO, A. A.; SCATENA, L. M. S.; MONROE, A. A.; SOBRINHO, R. A. S.; SÁ, L. D.; NOGUEIRA, J. A.; ASSIS, M. M. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; PALHA, P. F. Diagnóstico oportuno da tuberculose

nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21 n. esp., p. 190-198, 2013.

WEI, X.; LIANG, X.; LIU, F.; WALLEY, J.D.; DONG, B. Decentralising tuberculosis services from county tuberculosis dispensaries to township hospitals in China: an intervention study. **INT J TUBERC LUNG DIS v.**12, n.5, p.538–547, 2008.

APÊNDICES

APENDICE A

SÍNTESE DAS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS

Identificação	Objetivo do estudo	Delineamento	Principais Resultados
A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP/ OLIVEIRA, MF; ARCÊNCIORA; NETTO AR; SCATENA LM; PALHA PF VILLA TCS LILACS, 2011. Brasil	Identificar e analisar a porta de entrada no sistema de saúde de Ribeirão Preto para o diagnóstico da TB.	Estudo prospectivo, realizado com 100 doentes de TB diagnosticados entre junho de 2006 a julho de 2007, através de um inquérito epidemiológico.	A maioria dos sujeitos chegaram ao local do diagnóstico através de encaminhamento (61%) e apenas 29% se apresentaram espontaneamente.A busca de sintomáticos respiratórios foi pouco enfatizada, pois somente 3% dos doentes foram diagnosticados dessa forma.Quanto a procura por serviços de saúde, a maioria dos doentes procuraram os serviços de atenção primária (66%) enquanto que 34% por serviços de nível secundário e terciário.A grande parte dos sujeitos foram diagnosticados em serviços públicos (89%) e destes, 44% foram diagnosticados nos pronto-atendimentos.O diagnóstico dos doentes foi realizado principalmente em unidades de nível secundário e terciário (UBDS-PA, Ambulatórios de referência e hospitais), somando-se 73% do total dos diagnósticos realizados. A atenção básica foi menos representativa no diagnóstico dos casos de TB estudados, com um total de apenas 16% dos casos.Além disso, 88% foram diagnosticados fora de sua área de abrangência. Apesar dos doentes terem procurado atendimento na atenção primária e mais próximo de suas residências, o diagnóstico se deu na atenção secundária e terciária. Dos doentes entrevistados, 59% sempre procuraram por serviços de saúde de sua área de abrangência, ou seja, os mais próximos de sua residência, e 38%, uma porcentagem

			considerável, nunca procurou pelos serviços mais próximos de sua residência.
Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil SCATENA LM; VILLA TCS; NETTO AR; KRITSKI AL; FIGUEIRERO TMM; VENDRAMINI SHF; ASSIS I MMA; MOTTA M CS LILACS, 2009, Brasil	Avaliar as dificuldades de acesso para diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde no Brasil	Estudo quantitativo com pacientes em tratamento para TB em unidades de saúde que desenvolvem ações do Programa de Controle da Tuberculose, em cinco municípios (Ribeirão Preto (SP), Campina Grande (PB), Feira de Santana (BA), São José do Rio Preto (SP), Itaboraí (RJ)). Para a coleta de dados os pesquisadores utilizaram questionário e escala Likert de zero a cinco.	As características organizacionais para o acesso ao diagnóstico da TB variam entre diferentes municípios As diferentes formas de organização (PSF ou ambulatório) para o atendimento a TB não demonstraram ampliação no acesso ao diagnostico. Assim, a descentralização das ações de TB para o PSF não apresentou desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico. A forma de organização da atenção a TB não foi fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da TB.Nas duas regiões que foram avaliadas percebeu-se redução das desigualdades geográficas na utilização de serviços de saúde após a implantação do Sistema único de Saúde (SUS) nas duas regiões avaliadas. A posição desfavorável de acesso aos serviços de saúde em alguns municípios pode estar ainda relacionada a questão cultural presente na população, que tende a procurar primeiramente os serviços de atendimento de urgência para consulta médica, independente da gravidade do caso. Frente a implantação da descentralização do SUS, o estudo mostrou que a maioria dos municipios estudados apresentam dificuldade para a organização de uma rede de atenção primária. Existe a necessidade de Instrumentos e

			processos para avaliar o acesso ao diagnóstico dos pacientes de TB a fim de criar mecanismos de orientação às ações dos serviços de saúde para satisfazer às necessidades e demandas de populações.
Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view MOTTA MC S; VILLA TC S; GOLUB J; KRISTI A L; RUFINNO-NETTO A; SILVA DF; HARTER RG; scatena L M PUBMED, 2009. Brasil	Avaliar o acesso ao diagnóstico de TB para os usuários do Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades de Referência Ambulatorial (RAUs).	Estudo transversal. Realizado em uma amostra de 100 pacientes com TB registrados consecutivamente com o Programa de Controle da TB. Utilizou-se como ferramenta a avaliação da atenção primária. Ocorreu no período de julho a outubro 2007.	Pacientes do PSF eram mais velhos e com menos educação do que os da unidade de referencia ambulatorial. Sexo e a superlotação não diferiram entre os dois grupos. Os grupos de pacientes não diferiram no que diz respeito ao número de vezes de procurada por cuidados de saúde, os problemas de transporte, o custo das unidades presentes e disponibilidade de consulta dentro de 24 h. O acesso adequado ao diagnóstico foi identificadas por 62% dos pacientes do PSF e 53% dos pacientes com UAR (P = 0,01). Acreditamos que as unidades do PSF fornecer maior acesso ao TB diagnóstico do que as unidade de referencia ambulatorial.
Decentralising tuberculosis services from county tuberculosis dispensaries to township hospitals in China: an intervention study WEI X; LIANG X; LIU F; WALLEY JD; DONG B PUBMED, 2008, China.	Avaliar se a descentralização poderia resultar em melhorias no acesso dos doentes aos serviços de TB, mantendo a qualidade da estratégia DOTS.	Estudo de intervenção Inquérito realizado por questionário com um total de 171 novos doentes de TB matriculados a partir de 1 de abril de 2005 a 31 de Julho de 2006.	Os pacientes do grupo descentralizada gastaram menos em viagens e tratamento para TB.As taxas de notificação de casos de tuberculose aumentou significativamente no grupo descentralizado, mas manteve-se inalterada nos grupos de controle. Comparado com os grupos de controle, o grupo descentralizada tinha melhorado os resultados do tratamento após 16 meses. Uma maior qualidade da assistência foi também observada no grupo descentralizada. O modelo descentralizado mostrou um melhor acesso do paciente e na qualidade do

			atendimento. O estudo demonstrou que a descentralização dos serviços de TB para o nível municipal, especialmente vitais em áreas pouco acessíveis da China, era viável.

Figura 5: Síntese das publicações selecionadas

ANEXOS

ANEXO I

I. Profissionais De Saúde

Número do questionário: _____ (**Preenchido pelo Supervisor**) Município:_____ Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: _____/_____/_____ Digitador: _____ (Não preencher) Data da digitação: _____/_____/_____ (Não preencher)	1. Nome da Unidade de Saúde que o profissional trabalha:_____ 2. Tipo de Unidade no CNES: _____ **(Preenchido pelo Supervisor)**
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____ Recusa da entrevista 1-□ S 2-□ N Justifique_____	

A. INFORMAÇÕES GERAIS.					
3.	Iniciais do Profissional:		4.	Sexo	1 □ Feminino 2 □ Masculino
5.	Formação Profissional	1 □ Médico 2 □ Enfermeiro 3 □ Técnico/Auxiliar de Enfermagem			5a. Pós-Graduação: 1- Sim 2- Não 3-Em andamento 99- Não se aplica (Se técnico/auxiliar de enfermagem) Área: _____ Ano: _____
6.	Tipo de Unidade Básica de Saúde	6.a. Possui Agente Comunitário de Saúde? □ 1-sim □ 2-não 6. b. Quantas equipes de saúde têm na Unidade: _____ 6. c. Possui equipe da Estratégia de Saúde da Família? □ 1-sim □ 2-não 6.d. Quantas? _____			
7 8.	Função/cargo que exerce na Unidade de Saúde:_____ 7.a. Tipo de vínculo empregatício: _____ Número de anos que trabalha na atenção básica do município: _____anos				
9.	Número de anos que trabalha nesta unidade de saúde: ____ anos				
10	O (a) Sr. (a) julga sua remuneração:	5- □ muito boa 4- □ boa 3-□ regular 2- □ ruim 1- □ muito ruim			
11.	Para o (a) Sr.(a) como é trabalhar neste local/ Unidade de saúde?	5-□ muito bom 4-□ bom 3-□ regular 2-□ ruim 1-□ muito ruim			

B. PORTA DE ENTRADA		
12.	Em sua opinião, qual o primeiro local que o usuário procura quando apresenta algum problema de saúde?	1- □ Pronto Atendimento (PA) 2- □ UBS/USF 3- □ Hospital 4-□ farmácia 5- □ Locais religiosos/casa de curandeiros (benzedeiras) 6- □ outros. Especificar:_____
13.	Em sua opinião, com que freqüência o usuário procura o serviço de saúde mais próximo (posto de saúde ou PSF) de sua casa quando apresenta algum problema de saúde?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe

14.	Em sua opinião, com que frequência os usuários que são atendidos no serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha procuram por terapias alternativas/complementares, como rezas, chás e outras?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe
15.	Em sua opinião, com que frequência os itens a seguir motivam o usuário a procurar por um serviço de saúde quando começa a sentir-se doente:	
15.a.	Incentivo dos familiares/ Amigos	1-□ Nunca 2-□ Quase nunca 3-□ Às vezes 4-□ Quase sempre 5-□ Sempre 0-□ não sabe
15.b.	Gravidade dos sintomas	1-□ Nunca 2-□ Quase nunca 3-□ Às vezes 4-□ Quase sempre 5-□ Sempre 0-□ não sabe
15.c.	Amizade/Confiança com os profissionais de saúde	1-□ Nunca 2-□ Quase nunca 3-□ Às vezes 4-□ Quase sempre 5-□ Sempre 0-□ não sabe
15.d.	Resolutividade do serviço de saúde	1-□ Nunca 2-□ Quase nunca 3-□ Às vezes 4-□ Quase sempre 5-□ Sempre 0-□ não sabe
15.e.	Outros_____ (Se não responder marcar 0-Não Sabe)	1-□ Nunca 2-□ Quase nunca 3-□ Às vezes 4-□ Quase sempre 5-□ Sempre 0-□ não sabe
16.	Como o (a) Sr.(a) considera a qualidade do atendimento prestado aos usuários neste serviço de saúde. 1-□ Muito ruim 2–□ Ruim 3–□ Regular 4–□ Bom 5–□ Muito bom	

C. ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

17.	Em sua opinião, com que frequência os usuários tem dificuldade para se deslocarem até o serviço de saúde que o (a) Sr.(a) trabalha?	1- □ sempre 2-□ quase sempre 3-□ às vezes 4- □ quase nunca 5- □ nunca 0 - □ não sabe
18.	Em sua opinião, com que frequência os usuários deste serviço utilizam transporte motorizado? (ônibus, carro, moto, etc)	1- □ sempre 2-□ quase sempre 3-□ às vezes 4-□ quase nunca 5 -□ nunca 0 - □ não sabe
19.	Em sua opinião, com que frequência os usuários tem que pagar pelo transporte para se deslocar até o serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha?	1- □ sempre 2-□ quase sempre 3-□ às vezes 4-□ quase nunca 5 -□ nunca 0 - □ não sabe
20.	Em sua opinião, com que frequência os usuários perdem turno de trabalho e/ ou compromisso para serem atendidos no serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha?	1- □ sempre 2-□ quase sempre 3-□ às vezes 4-□ quase nunca 5 -□ nunca 0 - □ não sabe
21.	Como considera o horário de funcionamento do serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha para o atendimento do usuário?	1-□ Muito ruim 2- □ Ruim 3- □ Regular 4- □ Bom 5- □ Muito bom
22.	a. Quais os Profissionais disponíveis durante o horário de funcionamento da Unidade?	Citar:_____
	b. Os Profissionais da Unidade em que o Sr (a) trabalha cumprem adequadamente seus turnos de trabalho?	1- □ sempre 2-□ quase sempre 3-□ às vezes 4-□ quase nunca 5 -□ nunca 0 - □ não sabe
23.	Com que frequência o serviço de saúde que o (a) Sr.(a)	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □

	trabalha apresenta rotatividade de recursos humanos?	sempre 0 - □ não sabe
24	Em sua opinião, os usuários deste serviço de saúde conhecem os profissionais que atuam aqui?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe
25.	Em sua opinião, há disponibilidade suficiente de profissionais no serviço de saúde que o Sr.(a) trabalha para atender os usuários que o procura?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe
26.	Quando os usuários procuram por consulta médica neste serviço demoram mais de 60 minutos para serem atendidos?	1- □ sempre 2-□ quase sempre 3-□ às vezes 4-□ quase nunca 5 -□ nunca 0 - □ não sabe
27.	Como considera o tempo que o (a) Sr.(a) destina para atender cada usuário?	1-□ Muito ruim 2- □ Ruim 3- □ Regular 4- □ Bom 5- □ Muito bom
28.	Quanto tempo dura em média um atendimento realizado pelo Sr(a)?	_____ minutos
29.	Com que frequência, o atendimento que o(a) Sr(a) realiza, é baseado na investigação de sinais e sintomas?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre
30.	Com que frequência durante os atendimentos o (a) Sr(a) conversa com os usuários sobre outros problemas de saúde além da queixa?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre
31.	Quando o usuário chega ao serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha com tosse, febre e perda de peso, qual a conduta adotada pelo(a) Sr.(a)? _____ _____ _____ _____ _____	

D. Acesso ao diagnóstico da TB – Relacionado especificamente ao diagnóstico da TB

32.	Com que frequência o serviço de saúde em que trabalha recebe usuários com sinais e sintomas de TB?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe
33.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem:		
	33.a	Pote para coleta de escarro disponível?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe
	33.b	Geladeira para acondicionamento de material biológico?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe
	33.c	Formulário de pedido para baciloscopia de escarro?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe
	33.d	Sala de RX?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe
34.	O (a) Sr.(a) solicita estes exames quando o usuário chega ao serviço de saúde apresentando tosse, febre ou perda de peso:		Raio X de tórax 1-□ sim 2-□ não Baciloscopia 1-□ sim 2-□ não (Se não em ambas pular para 36)
35.	Se o Sr.(a) solicita, qual a sua conduta em relação a realização dos exames:		Raio X de tórax 1-□ Apenas solicita 2-□ Solicita e encaminha para a realização em outro serviço 3-□ Solicita e realiza na unidade 99-□ Não se aplica

		Baciloscopia 1-□ Apenas solicita 2-□ Solicita e encaminha para a realização em outro serviço 3-□ Solicita e coleta na unidade 99-□ Não se aplica
36.	Em sua opinião, o local destinado para coleta de escarro neste serviço é:	1- □ muito ruim 2-□ ruim 3-□ regular 4- □ bom 5- □ muito bom 99-□ não se aplica (caso o serviço de saúde não faça a coleta) 0-□ não sabe Especificar local:
37.	Quando o usuário é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais de onde o (a) Sr.(a) trabalha fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica/ não encaminha
38.	Em relação aos fatores que podem dificultar o diagnóstico da tuberculose: (atentar para o entrevistado não inverter a escala da resposta com a justificativa)	
38.a.	Na sua opinião o próprio doente pode ser responsável por dificultar o diagnóstico da TB?	1- □ Sim 2-□ Não 0-□ Não Sabe
	Por quê? GRAVAR_____ _____ _____	
38.b.	Na sua opinião, os profissionais de saúde podem dificultar o diagnóstico da TB?	1- □ Sim 2-□ Não 0-□ Não Sabe
	Por quê? GRAVAR_____ _____	
38.c.	Na sua opinião, o funcionamento do serviço de saúde, que o senhor trabalha, dificulta o diagnóstico da TB?	1- □ Sim 2-□ Não 0-□ Não Sabe
	Por quê? GRAVAR _____ _____	
38.d	Na sua opinião, o estigma/preconceito da doença dificulta o diagnóstico da TB?	1- □ Sim 2-□ Não 0-□ Não Sabe
	Por quê? GRAVAR_____ _____	
38.e	Na sua opinião, a gestão municipal das ações de controle da TB realizada pela secretaria de saúde dificultam o diagnóstico?	1- □ Sim 2-□ Não 0-□ Não Sabe
	Por quê? _____ _____	
39.	Com que freqüência as ações a seguir são realizadas pela equipe do serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha:	

	39.a.	Busca de sintomáticos respiratórios (BSR) (procura de caso suspeito) no serviço de saúde.	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe
	39.b.	Visitas domiciliares para busca de sintomáticos respiratórios	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe
	39.c.	Educação em saúde sobre TB desenvolvida em igrejas, associações de bairro e outros equipamentos da comunidade.	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe
	39.d.	Educação em saúde sobre TB no serviço de saúde em que trabalha durante o ano	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe
	39.e.	Discussão sobre a problemática da TB no serviço de saúde com a participação de líderes da comunidade	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe

E. Qualificação dos profissionais			
40.	Em sua opinião, os profissionais do serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha estão preparados para identificar usuários com suspeita de TB?		1-□ sim 2-□ não 0-□ não sabe
41.	Em sua opinião, no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha, com que freqüência observa as seguintes dificuldades:		
	41.a	Falta de conhecimento sobre a TB pelos profissionais de saúde	5- □ nunca 4-□ quase nunca 3-□ às vezes 2- □ quase sempre 1- □ sempre 0-□ não sabe
	41.b	Dificuldade dos profissionais de saúde de falar sobre a TB com o paciente	5- □ nunca 4-□ quase nunca 3-□ às vezes 2- □ quase sempre 1- □ sempre 0-□ não sabe
	41.c	Convencer o paciente a colher escarro	5- □ nunca 4-□ quase nunca 3-□ às vezes 2- □ quase sempre 1- □ sempre 0-□ não sabe
	41.d	Dificuldade para preencher os impressos (pedido de exame de TB)	5- □ nunca 4-□ quase nunca 3-□ às vezes 2- □ quase sempre 1- □ sempre 0-□ não sabe
	41.e	Sobrecarga de trabalho dificultando as ações sobre TB	5- □ nunca 4-□ quase nunca 3-□ às vezes 2- □ quase sempre 1- □ sempre 0-□ não sabe
42.	Com que frequência o(a) Sr.(a) busca informações/atualizações sobre TB?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre Se a resposta for NUNCA não especificar Especificar a fonte de informação (livros, manuais, internet, cursos)_____
Atualizações sobre tuberculose			
43. Com que freqüência o município disponibiliza atualizações para a TB			1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe
44.	Quando foi a sua última atualização específica para:		
	44.a	Atualização clínica da TB?	1-□ no último ano 2- □ 1 a 2 anos 3- □ 3 a 4 anos 4- □ 5 anos ou mais 5-□ não fez
	44.b	Atualização em relação aos exames para diagnóstico da TB (Rx, baciloscopia, cultura, etc)?	1-□ no último ano 2- □ 1 a 2 anos 3- □ 3 a 4 anos 4- □ 5 anos ou mais 5-□ não fez
45.	O(a) Sr.(a) se sente seguro para identificar um usuário suspeito de TB?		1-□ sim 2-□ não

SÓ PARA MÉDICOS		
46.	O (a) Sr.(a) se sente seguro em realizar o diagnóstico da TB?	1-□ sim 2-□ não 3-□ Não se aplica

Observações do Entrevistador: Considerar observações quanto a particularidades do entrevistado, como casos atípicos de organização do serviço de saúde. Exemplo: Nesta unidade segundo o entrevistado apenas o Enfermeiro é encarregado pela BSR por acordo entre os profissionais.

ANEXO II
AUTORIZAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2009/04

Título do projeto: ***"Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS - Brasil"***

Investigador(a) principal: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 18 de junho de 2009, ata nº 05.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 23 de junho de 2009

Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro
Coordenador CEP/UCPel

ANEXO III
SOLICITAÇÂO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

ANEXO III

SOLICITAÇÂO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS-UFPEL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE -GEOTB

Pelotas, 06 de dezembro de 2012.

Venho através deste autorizar a mestranda Simone Pieren dos Reis utilizar parte dos dados coletados da pesquisa "Retardo do diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS", sob coordenação da Profª Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzáles, para elaboração da dissertação de mestrado intitulada **"Diagnóstico da Tuberculose em Pelotas: análise do acesso aos serviços de atenção primária à saúde na visão dos profissionais de saúde"**

Ressalta-se o compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora do projeto.

Atenciosamente,

Roxana Isabel Cardozo Gónzales
Coordenadora do Grupo GEO-TB Pelotas

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E tem como objetivo avaliar a causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 40 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).

Pelotas/RS, ___, de_____ de 2012.

_____

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

_____

Assinatura do Entrevistador

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 Roxana Isabel Cardozo Gonzales

.....

CONTATO: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.
Rua Gomes Carneiro, nº 1, 1º andar. Fone: 53. 3921.2315
Email: roxanacardozoandre@yahoo.com