

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

KEIDI VIANNA BENETTI

**O Acesso dos Usuários ao Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Sob a
Perspectiva da Equipe de Saúde da Estratégia Saúde da Família**

Rio de Janeiro
2016.



KEIDI VIANNA BENETTI

**O Acesso dos Usuários ao Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Sob a
Perspectiva da Equipe de Saúde da Estratégia Saúde da Família**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias

Rio de Janeiro

2016.

BENETTI, Keidi Vianna.

O Acesso dos Usuários ao Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Sob a
Perspectiva da Equipe da Estratégia Saúde da Família. P105.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias

1. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

2. Acesso aos serviços de saúde. 2. Enfermagem. 3. Tuberculose. I. Sheila Nascimento Pereira de Farias. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Sheila Nascimento Pereira de Farias

Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro

(Presidente da Banca Examinadora)

Prof^a. Dra. Maria Yvone Chaves Mauro

Docente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

(Membro efetivo da Banca Examinadora)

Prof^a. Dra. Ana Inês Sousa

Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro

(Membro efetivo da Banca Examinadora)

Prof^a. Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Docente da Universidade Estado do Rio de Janeiro

(Membro suplente da Banca Examinadora)

Prof^a. Dra. Maria Helena Nascimento Souza

Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro

(Membro suplente da Banca Examinadora)

Defendido e aprovado no dia 31 de maio de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação de Mestrado exclusivamente a Deus que com seu imenso amor proporcionou-me atravessar por todos os obstáculos em minha vida. Toda a honra e toda a glória são dadas a Deus.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a construção desse estudo, especialmente:

- À Deus por derramar sobre minha vida todas as bênçãos possíveis para o desempenho enquanto enfermeira.
- Aos meus pais Benetti e Monica por terem me criado da forma como sou e por toda sua dedicação em relação a minha educação.
- Ao meu amado marido Isaias Gonçalves Ribeiro que me apoiou em todos os momentos da realização da pesquisa e mostrou-se muito compreensivo, sempre esteve ao meu lado dando apoio, que não me deixou esmorecer, mesmo quando tudo parecia perdido.
- A minha querida Orientadora Prof^ª Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias que aceitou o desafio de me orientar, participando de todo o processo do trabalho, sou muito grata por seus ensinamentos profissionais.
- Aos meus irmãos que são meus companheiros para todos os momentos.
- A todo o corpo docente da Escola de Enfermagem Anna Nery que proporcionaram que minha formação fosse completa.
- A todos os meus amigos da graduação e pós graduação que contribuíram para finalização desse estudo.
- Aos professores do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva que passaram seus conhecimentos, possibilitando um melhor empenho do estudo.
- A Prof^ª. Dra. Maria Yvone Chaves Mauro pela participação nas bancas e por transferir seus conhecimentos em prol desse estudo.
- As Amigas Maureen Borges, Tatiana Pimentel, Patrícia Ferreira e Mabel Fraga muito especiais, que tanto me incentivaram quando esta caminhada era apenas um sonho e que tantos esforços fizeram para que eu assistisse as aulas do mestrado.

“Combati o bom combate, acabei a carreira, guardei a fé”.

[2 Timóteo 4:7](#)

LISTA DE TABELAS

Tabela I: Quantitativo de profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro.

Tabela II. Distribuição da titulação dos profissionais de Equipe da Estratégia Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela III. Média de Tempo de permanência na função dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família entrevistados da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro.

Tabela IV: Variável porta de entrada prioritária para os usuários com tuberculose, segundo a equipe da Estratégia Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela V: Variável tempo em dias para: conseguir a primeira consulta e realizar o diagnóstico de TB, segundo a equipe da Estratégia Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela VI: Variáveis quantas vezes o usuário com sinais/sintomas de TB precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento, segundo a equipe da Estratégia Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela VII: Variável quantas vezes o usuário com sinais/sintomas de TB precisam procurar a unidade de saúde para conseguir realizar o diagnóstico de TB, segundo a equipe de saúde da família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela VIII- Variável acesso dos usuários ao diagnóstico de tuberculose, segundo a equipe de saúde da família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela IX- Variável acesso dos usuários ao Tratamento de tuberculose, segundo a equipe de saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

LISTA DE ABREVIATURA

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIS- Ações Integradas de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

BCG- Bacilo Calmetti e Guérin

BK- Bacilo de Koch

CNCT- Campanha Nacional de Controle de Tuberculose

DOTS- Directly Observed Therapy Shortcourse

EEAN- Escola de Enfermagem Anna Nery

ESF- Estratégia Saúde da Família

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

NUPENSC- Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCATool- Primary Care Assentiment Tool

PCNT- Plano Nacional de Controle de Tuberculose

PEP- Polo de Educação Permanente

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SINAN- Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SMS-DC-RJ- Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SNT- Serviço Nacional de Tuberculose

SUS- Sistema Único de Saúde

TB- Tuberculose

RESUMO

BENETTI, Keidi Vianna. O acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose sob perspectiva da equipe de Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

Este estudo tem como objeto: O acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Objetivo geral: Avaliar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária a Saúde. Objetivos Específicos: Identificar os fatores interferentes do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde; Discutir os fatores determinantes que facilitam ou dificultam o acesso dos Usuários com tuberculose e Analisar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde. É um estudo Transversal com abordagem quantitativa. Os cenários do estudo foram as Clínicas da Família da Área Planejamento 3.1. do Município do Rio de Janeiro. Utilizou-se na pesquisa o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Tuberculose validado e adaptado por Villa e Ruffino-Neto, 2008. Participaram do estudo 210 profissionais das equipes de saúde. Os dados dos instrumentos foram tratados e analisados pelo programa Epi-info. Resultados: 93,8% dos entrevistados responderam que os usuários buscam a atenção primária quando tem sinais de TB. A mediana de tempo para a primeira consulta foi de 24horas e para concluir o diagnóstico de TB foi de 7 dias em todos os profissionais. Conclusão: De certa forma ainda existe barreiras no acesso do usuário com tuberculose na atenção primária de saúde. Mas de um modo geral os resultados da pesquisa foram significativos e mostram que não se esgotaram as fontes para se estudar as questões da tuberculose no Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

BENETTI, Keidi Vianna. The user access to diagnosis and treatment of tuberculosis in primary health care under the health professional perspective. Rio de Janeiro, 2016. Dissertation (Master of Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, in 2016.

This study has as object:.. The user access to diagnosis and TB treatment in Primary Health Care
General Objective: To evaluate user access to diagnosis and treatment of tuberculosis in Primary Health Care
Specific Objectives:.. Identify interfering factors user access to diagnosis and treatment of tuberculosis in Primary Health Care; Discuss the determining factors that facilitate or hinder the User access to tuberculosis and analyze user access to diagnosis and treatment of tuberculosis in Primary Health Care. It is a Transversal study with a quantitative approach. The study setting was the Clinics of Family Programming Area 3.1. the city of Rio de Janeiro. Was used in the survey instrument Primary Care Assessment Tool (PCATool) validated Tuberculosis and adapted by Villa and Ruffino-Neto, 2008. The sample consisted of 210 professional health teams. Instrument data were processed and analyzed by Epi-info program. Results: 93.8% of respondents answered that users seek primary care when you have TB signals. The median time to diagnosis was 24 hours and to complete the diagnosis of TB was 7 days in all professional. Conclusion: In a way there is still barriers to user access with tuberculosis in primary health care. But in general search results were significant and show that not exhausted the sources to study the issues of tuberculosis in Brazil.

Keywords: Tuberculosis. Primary Health Care. Nursing. Access to Health Services.

RESUMEN

BENETTI, Keidi Vianna. El acceso de los usuarios al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en la atención primaria de la salud bajo la perspectiva profesional de la salud. Río de Janeiro, 2016. Tesis (Maestría en Enfermería). Anna Nery Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro, en 2016.

Este estudio tiene como objeto :. El acceso de los usuarios al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en el Objetivo Salud Cuidados generales primario: Evaluar el acceso del usuario al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en la atención primaria de salud Objetivos específicos :. Identificar factores que interfieren acceso de los usuarios al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en la Atención Primaria de Salud; Discutir los factores determinantes que facilitan o dificultan el acceso de los usuarios a la tuberculosis y analizar el acceso de usuarios al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio transversal, con abordaje cuantitativo. El ámbito del estudio fue la Clínica del Área de Programación de la familia 3.1. la ciudad de Río de Janeiro. Fue utilizado en el instrumento de estudio Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool) validó la Tuberculosis y adaptada por Villa y Ruffino-Neto, 2008. La muestra estuvo constituida por 210 equipos de salud profesionales. Datos instrumento fueron procesados y analizados por el programa Epi-info. Resultados: 93,8% de los encuestados respondieron que los usuarios buscar atención primaria cuando se tiene señales de tuberculosis. La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 24 horas y para completar el diagnóstico de la tuberculosis fue de 7 días en todo profesional. Conclusión: En cierto modo aún hay barreras para el acceso de usuarios a la tuberculosis en la atención primaria de salud. Pero en los resultados de búsqueda generales fueron significativas y muestran que no agota las fuentes para el estudio de los temas de la tuberculosis en Brasil.

Palabras clave: Tuberculosis. Atención Primaria de Salud. Enfermería. El acceso a los Servicios de Salud.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Aproximação com o Problema de Pesquisa.....	21
1.2	Objeto do Estudo	21
1.3	Problema de Pesquisa	21
1.4	Hipótese do Estudo.....	21
1.5	Objetivos.....	22
1.5.1	Objetivo Geral	22
1.5.2	Objetivos Específicos	22
1.6	Justificativa.....	22
1.7	Relevância	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1	A Contextualização histórica da tuberculose	26
2.2	O enfrentamento da tuberculose no contexto dos serviços de saúde.....	28
2.3	O Programa Nacional de Controle de Tuberculose.....	30
2.4	A Estratégia Saúde da Família no contexto da Atenção Primária à Saúde.....	33
2.5	O acesso dos portadores de tuberculose preconizado no controle no contexto da Estratégia Saúde da Família.....	38
3	METODOLOGIA	41
3.1	Tipo de Pesquisa.....	42
3.2	Cenário da Pesquisa.....	42
3.3	Participantes do Estudo.....	43
3.4	Coleta de dados	43
3.5	Instrumento.....	44
3.6	Tratamento dos Dados e Análise dos Resultados.....	46
3.7	Aspectos Éticos.....	47
3.8	Limitações do Estudo.....	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
4.1	Apresentação dos dados e Análise dos resultados.....	49
4.2	Caracterização dos participantes do estudo.....	49
4.2.1	Análise descritiva do tempo de permanência na função dos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família entrevistados, Rio de Janeiro, 2015.....	53
4.3	Fatores interferentes do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose.....	55
4.3.1	Dimensão porta de entrada na Atenção Primária de Saúde sob a perspectiva da equipe da estratégia saúde da família.....	56
4.4	Dimensão acesso ao diagnóstico de tuberculose na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família entrevistados.....	58
4.4.1	Análise das variáveis de acesso ao diagnóstico de tuberculose na Atenção Primária de Saúde sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família entrevistados.....	64
4.4.1.1	Variável I- Procurar a unidade de saúde mais próxima.....	64
4.4.1.2	Variável II- Esperar mais de 60 minutos para serem atendidos.....	65

4.4.1.3 Variável III- dificuldade em obter informação por telefone na unidade de saúde.....	66
4.4.1.4 Variável IV- Dificuldade em marcar consulta por telefone na unidade de saúde.....	66
4.4.1.5 Variável V- Dificuldade em deslocar-se até a unidade de saúde.....	67
4.4.1.6 Variável VI- Utilização de meio transporte motorizado.....	67
4.4.1.7 Variável VII- Gasto com transporte.....	67
4.4.1.8 Variável VIII- Perda de turno de trabalho ou compromisso.	67
4.4.2. Dimensão de acesso ao tratamento de tuberculose na Atenção Primária de Saúde sob a perspectiva da equipe da Estratégia de Saúde da Família.....	69
4.4.2.1 Variável I- Conseguir marcar uma consulta médica no prazo de 24 horas.....	69
4.4.2.2 Variável II- Conseguir obter informação por telefone na unidade de saúde.....	70
4.4.2.3 Variável III- Conseguir marcar uma consulta por telefone na Unidade de Saúde.....	71
4.4.2.4 Variável IV- Visita domiciliar.....	71
4.4.2.5 Variável V- Pertencer a área adstrita	72
4.4.2.6 Variável VI- Perder o turno de trabalho	73
4.4.2.7 Variável VII- Dificuldade de deslocamento.....	74
4.4.2.8 Variável VIII- Utilização de meio de transporte.....	75
4.4.2.9 Variável IX- Gasto com meio de transporte	75
4.4.2.10 Variável X- Falta de medicamento nos últimos 12 meses.....	76
4.4.2.11 Variável XI- Esperar mais de 60 minutos.....	77
4 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
APÊNDICES.....	93
ANEXOS,.....	96

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões. Anualmente são notificados cerca de 6 milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. O surgimento da aids e o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos agravam ainda mais esse cenário (BRASIL, 2015).

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde pública mundial. Sua relevância e magnitude podem ser evidenciadas pelas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) com 8,7 milhões de casos novos de Tuberculose e 1,4 milhões de mortes por ano (BRASIL, 2014).

No Brasil, a tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2015).

Nos últimos 17 anos, a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. A tendência de queda em ambos os indicadores vem-se acelerando ano após ano em um esforço nacional, coordenado pelo próprio ministério, o que pode determinar o efetivo controle da tuberculose em futuro próximo, quando a doença poderá deixar de ser um problema para a saúde pública (BRASIL, 2015).

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu metas desafiadoras para os países em sua estratégia pós-2015, definindo como visão de futuro “Um mundo livre da tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença (A world free of tuberculosis – zero deaths, disease and suffering due to tuberculosis)”. Para o alcance desse compromisso, em alusão ao Dia Mundial de Luta Contra a Tuberculose – 2015, a Stop TB Partnership lançou o tema “Alcançando os 3 milhões de casos não detectados: rastrear, tratar e curar a todos”. A mobilização visa marcar o compromisso político e social em busca da eliminação da tuberculose como um problema de Saúde Pública (OMS, 2015).

Nesse cenário o Brasil iniciou um processo de descentralização das ações de monitoramento e manejo dos casos, colaborando para que os municípios se responsabilizassem pela organização da assistência à TB como uma das ações

prioritárias da Atenção Primária à Saúde (APS), visando, portanto a ampliação do acesso às redes de serviços à saúde (BRASIL, 2012).

Considera-se que a Atenção Básica (AB), em particular a Estratégia de Saúde da Família (ESF), seja, hoje, no Brasil, a grande porta de entrada do paciente com TB. A parceria com a Atenção Básica de Saúde no sentido de integrar às ações de vigilância em saúde deve ser estimulada e priorizada pelos Programas de Controle da Tuberculose locais (BRASIL, 2011).

Dentre os Estados brasileiros, o Rio de Janeiro apresentou em 2014 um coeficiente de mortalidade por tuberculose de 5, sendo a maior taxa em todo o país. Nesse sentido, a região sudeste brasileira apresenta mais de 31 mil novos casos da doença por ano. São Paulo é o Estado com o maior número de casos novos, 16.370, e o Rio de Janeiro ocupa o 2º lugar com 10.056 novos casos de TB (BRASIL, 2015).

A atenção à saúde como um direito de todos e dever do Estado foi garantida pela constituição brasileira em 1988 mediante a criação de políticas sociais e econômicas com a finalidade de proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Para tanto Clementino e Miranda (2010) apontam que a luz do Sistema Único de Saúde (SUS), a discutida relação dos cuidados com o portador da tuberculose, afirmam que a importância de implantação de uma rede de ações e serviços constituída a partir das reais necessidades da população, visando à garantia do acesso a todos os cidadãos brasileiros.

Da mesma forma a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) veio para garantir, através da Saúde da Família, o acesso da população ao serviço de saúde por meio de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, que funciona de acordo com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, se destaca a ESF onde os portadores de tuberculose devem ser acolhidos e tratados (BRASIL, 2012).

Portanto é nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) que a população vai ter seu primeiro contato com o sistema de saúde, ou seja, é a APS a porta de entrada principal do Sistema de Saúde. Visto isso, o Ministério da Saúde (Pág. 9, 2010) descreve como acesso de primeiro momento ao sistema de saúde a *“acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências médicas”*.

Para Nogueira *et al* (2012) um dos desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da tuberculose (TB) consiste em expandir a cobertura das ações e cuidados, por meio de serviços acessíveis, equitativos e de melhor qualidade centrados na família e na comunidade.

A tuberculose é percebida como um dos graves problemas de saúde pública que acomete a população, em todo o mundo. O fato de existir tratamento e cura para tal enfermidade não impediu que houvesse expressivo crescimento dos indicadores de morbimortalidade, o que representa grande desafio para as autoridades sanitárias no Brasil e no mundo. Embora tenham sido desenvolvidas políticas e estratégias para o controle da doença, o empobrecimento, a urbanização, a favelização, as intensas migrações e a pandemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm comprometido mundialmente o combate contra a doença (SA ET AL, 2011).

Desta forma a Tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), que afeta principalmente os pulmões, mas, também podem ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (BRASIL, 2015).

Para tanto, a concretização da adesão ao tratamento da tuberculose requer formação de vínculos entre os usuários e os profissionais que deles cuidam. Nesse processo, os doentes, ao aceitarem o diagnóstico, permitem ao profissional o acesso à sua concepção do processo saúde-doença e a construção de estratégias facilitadoras desta adesão. Inserir-se no território, constituindo relações pró-ativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, pois, além de permitir identificar problemas e priorizar intervenções, cria vínculos contínuos com os assistidos, possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado (CLEMENTINO E MIRANDA, 2010).

Figueiredo *et al* (2009) enfatizam um aspecto que os autores intitularam de dimensão organizacional e de desempenho dos serviços de saúde como sendo mais importante do que as formas de detecção e de tratamento dos casos de TB. Desse modo, organizar serviços de acordo com os componentes da APS roga, entre tantos, o cumprimento da dimensão “acesso”.

O acesso é um conceito multidimensional, que é formado por um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando as mesmas tiverem uma necessidade de acesso. Depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas

administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições elas serão realizadas. Deste modo, o acesso está associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão de obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (TRAVASSOS E CASTRO, 2008).

O acesso aos serviços de saúde também pode ser compreendido como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, considerando os limites de espaço e tempo (CLEMENTINO E MIRANDA, 2010).

Para Starfield (2002) o acesso corresponde ao componente organizacional da ABS que visa aperfeiçoar o uso de recursos disponíveis, ordenar o fluxo das pessoas dentro do sistema e promover mais resolutividade aos problemas apresentados, prevendo para isso, a acessibilidade e utilização do serviço a cada nova necessidade de saúde.

Um estudo realizado na Paraíba demonstra que uma dos dificultadores do acesso dos usuários com TB ao tratamento é a demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho que faz com que muitos indivíduos deixem de procurar o serviço de saúde chegando até a abandonar o tratamento, uma vez que os pacientes têm receio de perder o emprego diante da necessidade de faltas e atrasos (FIGUEREDO ET AL, 2009).

Outro estudo em Teresina caracterizou que quase 50% dos portadores de tuberculose não buscam atendimento na ESF, o que pode ser explicado pelo fato dos usuários irem para outro nível de atenção como os hospitais ou simplesmente não querem atendimentos (SANTOS ET AL, 2012).

Entretanto a facilidade de acesso propicia a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço de saúde, estabelecendo frequentemente um bom vínculo (STARFIELD, 2002).

1.1.Aproximação com o problema de pesquisa

Nesse sentido, a inquietação para o desenvolvimento do presente estudo, deu-se durante o curso de graduação na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) onde obtive a oportunidade de aprofundar-me nos conhecimentos científicos nas Unidades de Atenção Primária de Saúde, durante o

Programa Curricular Interdepartamental XIII e assim conhecer a área de atuação do enfermeiro em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Enquanto acadêmica de enfermagem tive a chance de realizar aproximação com os problemas de acesso que os usuários com tuberculose enfrentam nas unidade de saúde.

À medida que eu fui me aprofundando nas áreas cobertas pela ESF, percebi que há necessidade de melhorias no acesso dos usuários com tuberculose na atenção básica, seja pela pacificação da violência das regiões, seja pelo incentivo a capacitação e atualização periódica dos profissionais que estão vinculados ao programa de tuberculose.

1.2.Objeto do estudo

O objeto deste estudo compreende: O acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde na perspectiva da equipe de saúde da família.

1.3.Problema de Pesquisa

Constituiu-se como problema de pesquisa: Como é realizado o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde na perspectiva da equipe de saúde da família?

1.4. Hipótese do estudo

Desse modo, destaca-se como Hipótese da pesquisa: O acesso dos usuários Portadores de tuberculose sofre a influência de fatores intervenientes que facilitam ou dificultam o atendimento na Atenção Primária à Saúde.

1.5. Objetivos

Definiu-se como objetivos do estudo:

1.5.1. Objetivo Geral

Avaliar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva da equipe de saúde da família.

1.5.2. Objetivos Específicos

Identificar os fatores intervenientes do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde;

Discutir os fatores intervenientes do acesso dos Usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde;

Analisar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva da equipe da saúde da família.

1.6. Justificativa

Para a busca da produção científica no desenvolvimento do estado da arte do estudo foi realizado um levantamento de dados nas bases de dados virtuais das Ciências da Saúde como a Biblioteca Virtual em Saúde; o SCIELO; a LILACS (Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Pubmed. Como descritores foram utilizados as seguintes expressões: Tuberculose and equipe de saúde or Acesso aos Serviços de Saúde. Foram encontrados após análise criteriosa, apenas doze artigos relativos a temática, destacando os anos de 2012 e 2013 de maior produção. E uma maior prevalência de estudos quantitativos, com a participação efetiva de pesquisadores de enfermagem.

O estudo se justifica, na evidência da necessidade de múltiplas perspectivas profissionais, acerca da análise da questão, com a participação de todos os profissionais de saúde e em especial o enfermeiro com sua formação gerencial.

Assim, observou-se a necessidade da transdisciplinaridade da análise da temática para lidar com o problema. Segundo Tavares et al (2012) a multidisciplinaridade analisa os elementos individualmente e cada profissional busca explicar o parecer específico de sua especialidade. E a transdisciplinaridade procura identificar na interação e integração de todos os elementos, como há essa integração uns com os outros e como se afetam, buscando um conhecimento totalizante e único daquela realidade particular e dinâmica. Assim, o estudo se justifica através da análise e preenchimento das lacunas existentes diante do atual panorama, em relação ao acesso e

tratamento dos portadores de tuberculose no contexto da ESF. Envidando esforços para análise coletiva do problema.

No contexto da tuberculose, observa-se que existe uma progressão do número de adoecimento por tuberculose no Brasil, destacando-se que há pessoas morrendo por TB mesmo tal enfermidade apresentando tratamento e cura.

O que se pode levar em consideração é que se deve incrementar a busca ativa das pessoas potencialmente vulneráveis a tuberculose, ou a busca da população com sinais e sintomas respiratórios, para precocemente trata-los, nas unidades de atenção básica de saúde. Nesse sentido percebeu-se que o profissional de saúde tem papel relevante e está diretamente ligado ao acesso do usuário com tuberculose na unidade de saúde.

Como os enfermeiros são responsáveis pela gerência do cuidado de enfermagem aos usuários do SUS, entende-se que identificar como está ocorrendo a captação precoce dos portadores de tuberculose, da mesma forma que se analisa o processo de diagnóstico e tratamento, são formas de contribuir para melhoria da qualidade da atenção à saúde dos portadores de tuberculose.

Faz-se necessário destacar ainda, que o presente estudo foi desenvolvido na AP 3.1 onde sete grandes favelas estão localizadas na área, onde as características demográficas, geográficas e de saúde levam ao aumento da disseminação da TB no Rio de Janeiro. Outro fator determinante que justifica o estudo é que a AP 3.1 é o 3º no ranking das áreas com maior incidência de tuberculose no município (RIO DE JANEIRO, 2014).

1.7.Relevância

A tuberculose é um problema de saúde pública e por isso é necessário um esforço coletivo para mudar os seus padrões endêmicos. É necessário investir em ações de diagnóstico e tratamento da doença, implementando atividades específicas com os profissionais de saúde o que gerará a redução da bactéria na população (BRASIL, 2011).

Além disso, o diagnóstico precoce da tuberculose é considerado prioridade nas ações de controle da doença, nas regiões onde a taxa de prevalência da TB são elevadas (BRASIL, 2014).

Entender todo o processo de adoecimento, o itinerário do usuário até o tratamento adequado. É fundamental para a melhoria e aprimoramento das ações voltadas para a saúde dos portadores de tuberculose.

O presente estudo destacou aspectos essenciais, para a realização da promoção do processo do cuidado em saúde, no contexto da ESF. Pois os resultados contribuíram para aprimorar o planejamento das ações em saúde e a gerência do cuidado ao usuário do sistema de saúde com tuberculose.

A pesquisa forneceu subsídios para a inserção da discussão de aspectos como: gerência do cuidado, acesso ao tratamento e diagnóstico precoce, itinerário terapêutico dentre outros, nos currículos de graduação.

Na perspectiva da pesquisa, o estudo contribuiu para fortalecer a produção de conhecimento da enfermagem na área, bem como na produção científica do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva, como um saber agregado aos conhecimentos já existentes sobre o usuário com TB.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.A Contextualização Histórica da Tuberculose

Muitos relatos afirmam que o BK foi trazido para o Brasil através das expedições colonizadoras portuguesas. Através dessas expedições foram-se instalados no país muitos jesuítas e colonos infectados pela doença, que eles na época chamavam de “peste branca”. A partir do contato direto com o povo indígena, que habitava o país, o bacilo espalhou-se em meio à população (MACIEL ET AL, 2012).

Já no período imperial o Brasil vivenciou um momento que a TB teve uma taxa de mortalidade de 1/150 habitantes, em meados de 1855. Tal estimativa somente foi reduzida com medidas sanitárias que foram implantadas ao longo dos anos (RUFFINO-NETO, 2002).

No século XIX a TB representava uma das principais causas de morte no Brasil, cerca de 700 mortes em 100.000 habitantes. Já em meados do século a tuberculose produzia no meio artístico uma visão lírica, romântica. Muitos artistas da época ansiavam por contrair a doença como, por exemplo, Cassimiro de Abreu. No final do século XIX, a morte por tuberculose numa família era estigmatizante, pois a doença era associada a condições financeiras reduzidas, condições sanitárias e as condições de moradia (MACIEL, 2002).

Ao iniciar o século XX, a doença tornou-se um problema de caráter social, sua propagação e ocorrência estavam diretamente relacionadas às condições de vida e trabalho, em decorrência da industrialização (CLEMENTINO ET AL, Pág. 639. 2011).

Ainda no século XX, a TB caracterizou-se por alta taxa de mortalidade. Nesse momento passaram a utilizar medicamentos para combater essa doença. Mas com a falta de participação dos governantes para combater tal enfermidade fez com que os médicos e a sociedade civil se unissem para construir as primeiras instituições, baseado no modelo europeu, para combater a doença. Dessa forma, foram formadas a Liga Brasileira Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, atual Fundação Ataufo de Paiva e a Liga Paulista Contra a Tuberculose (MACIEL, 2002).

Entretanto o poder público só participa da luta contra TB com a atuação de Oswaldo Cruz, que nesse período era o Diretor Geral de Saúde Pública. Um evento importante para a história da TB no século XX foi a Reforma Carlos Chagas, a qual dá início, em 1920, a uma fase de maior comprometimento do Estado no controle da TB. Foi, então, criada a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, cuja finalidade era estabelecer o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB, além de se empenhar na

prevenção da doença. Sob supervisão da Liga Brasileira Contra a Tuberculose iniciou-se, em 1927, a vacinação com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) em recém-nascidos (RUFFINO-NETO, 2000).

No ano de 1941, surgiu o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), com o objetivo de estudar as questões referentes à enfermidade, bem como colaborar para o desenvolvimento de métodos de ação preventiva e assistencial. Mais tarde, em 1946, sob coordenação do Diretor do SNT, Raphael de Paula Sousa, foi criada a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), tendo como escopo coordenar as ações governamentais e privadas de controle da TB desenvolvidas no país (MACIEL, 2002).

Entretanto, Maciel (2002) descreve em seu estudo que o marco do tratamento e do controle da TB ocorreu em 1943, com a descoberta da estreptomicina. Abriram-se, assim, nas décadas seguintes, perspectivas para a busca e a utilização de novos fármacos, incluindo a isoniazida, a pirazinamida, o etambutol e a rifampicina. Além destes medicamentos, até hoje utilizados na primeira linha para o tratamento da doença.

A partir de 1981 aparecem novas estratégias de organização dos serviços de saúde: Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente o Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a OMS apresente o tratamento supervisionado como uma proposta inovadora deve-se ressaltar, contudo que a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), do Brasil, já utilizava o tratamento segundo esta estratégia a partir de 1962, em unidades de todos os níveis de complexidade. O tratamento supervisionado era feito pela enfermagem. Em 1981, o programa conseguiu cobrir todas as unidades da Fundação (RUFFINO-NETO, 2000).

A OMS declarou, em 1993, o estado de urgência da tuberculose, o MS elaborou o Plano Emergencial para o controle da enfermidade que, efetivamente, foi implantado a partir de 1996. Em março de 1998, a imprensa internacional chama a atenção para a calamidade da situação epidemiológica da tuberculose no mundo (RUFFINO-NETO, 2000).

Em outubro de 1998, lançou-se o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com as seguintes diretrizes gerais: 1) o Ministério de Saúde é responsável pelo estabelecimento das normas; 2) a aquisição e abastecimento de medicamentos; 3) referência laboratorial e de tratamento; 4) coordenação do sistema de informações; 5) apoio aos Estados e Municípios; 6) articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas (RUFFINO-NETO, 2000).

Anos se passaram, entretanto Clementino e Miranda (2010) revelam que a situação da tuberculose continua preocupante, especialmente pelas elevadas taxas de incidência da doença no mundo, atingindo, principalmente, os cidadãos socialmente vulneráveis.

Sendo o Brasil o 17º lugar no *ranking* dos 22 países com maior projeção de incidência de tuberculose no mundo. São notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a taxa de incidência da tuberculose no Brasil, de 1999 para 2012, sofreu uma redução, entretanto os índices ainda são elevados, chegando a 36,7 % de pessoas doentes. Ao direcionar nosso olhar para a região sudeste percebe-se que a cidade do Rio de Janeiro é que tem mais casos de tuberculose, e não só isso, mas o Estado com maior mortalidade no País por tuberculose (BRASIL, 2008).

Nos últimos 17 anos, a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. A tendência de queda em ambos os indicadores vem-se acelerando ano após ano em um esforço nacional, coordenado pelo próprio ministério, o que pode determinar o efetivo controle da tuberculose em futuro próximo, quando a doença poderá deixar de ser um problema para a saúde pública (BRASIL 2014).

2.2. O enfrentamento da Tuberculose no contexto dos Serviços de Saúde

Para tanto o Ministério da Saúde (2008) descreve que quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de profissionais capacitados desenvolvendo ações de controle da tuberculose, *“mais abrangente será a busca, maior será a detecção de casos, mais rápido o início do tratamento e mais eficiente a supervisão do tratamento, o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão”*.

Segundo o Ministério da saúde (2008) no caderno de atenção básica em Vigilância a saúde a busca de casos deve ser feita principalmente entre os indivíduos com sintomas respiratórios, como tosse com expectoração há pelo menos três semanas, febre vespertina, suores noturnos, anorexia, escarro hemoptoico e dor torácica.

Para tanto as equipes de saúde devem estimular a comunidade, identificando assim, os indivíduos que apresentam tosse crônica nas famílias, igrejas entre outras, objetivando o encaminhamento para a realização de exames diagnósticos, como o teste de escarro.

Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde, no dia mundial da tuberculose, estima que, globalmente, nove milhões de pessoas por ano ficam doentes com TB. Entretanto todos os anos mais de 3 milhões de pessoas não recebem os cuidados de que necessitam e TB são perdidas pelos sistemas de saúde. O fracasso em alcançar essas pessoas tem devastadoras consequências sanitárias e econômicas para o mundo. (WHO, 2014).

Dessa forma a tuberculose é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. A associação medicamentosa adequada, dose corretas, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos, são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente (BRASIL, Pág. 142, 2008).

No plano político, o Ministério da Saúde tem tido decisiva atuação, elegendo a tuberculose como problema prioritário de saúde pública a ser combatido, começando pelo primeiro elemento, que trata da implementação da estratégia Directly Observed Therapy Shortcourse (DOTS ou Tratamento Supervisionado) (BRASIL, 2011).

Como visto os serviços de saúde, historicamente, não têm mostrado resultado satisfatório, oportuno e resolutivo às demandas e necessidades crescentes da população. Tal fato é justificado pela forma como os serviços se organizam para desenvolver ações de saúde, bem como pelo modo como os trabalhadores se articulam na produção dessas ações. Dessa forma, torna-se preocupante, pois forma um barreira que vai reduzindo a credibilidade do usuário para com a estratégia DOTS e a estratégia saúde da família (ESF), dessa maneira vai favorecer ao abandono do tratamento da tuberculose, assim como de qualquer outro que se estenda ao longo do tempo. Portanto, os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do usuário e favoreça o atendimento com presteza, o que certamente facilitaria a adesão do paciente ao tratamento (CLEMENTINO E MIRANDA, 2010).

Como observado à adesão ao tratamento, o compromisso do paciente com o seu tratamento e conseqüentemente a regularidade na tomada dos medicamentos, vão depender, em grande parte, da maneira como o doente é atendido no serviço de saúde. Estabelecer uma relação de confiança com o paciente é um dever do profissional de saúde. Essa é uma atividade de educação para a saúde que deve ser desenvolvida durante as consultas e entrevistas, tanto iniciais como subsequentes (BRASIL, 2008).

O papel do enfermeiro passa a ser na identificação dos sintomáticos respiratórios, na realização da assistência integral às pessoas e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; na orientação da coleta de escarro; na realização do teste tuberculínico; na solicitação de exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde; em orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas; convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento; acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo agente comunitário de saúde (ACS); realizar assistência domiciliar, quando necessário; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças; enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde; notificar os casos confirmados de tuberculose e encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local (BRASIL, Pág. 167, 2008).

2.3.O Programa Nacional de Controle de Tuberculose

A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública, já reconhecido pelos órgãos governamentais. Portanto, em razão de propósitos de suas políticas públicas, assumiu compromissos com seus cidadãos e com a comunidade internacional de controlar sua evolução, procurando reduzir sua prevalência na população (BRASIL, 2011).

O Brasil é um país com maiores níveis endêmico da doença, estando incluído na relação dos 22 países de mais alta carga de doença no mundo. E apesar de possuir taxas de cura abaixo das preconizadas pela OMS, para a quebra da cadeia de transmissão da doença, vem apresentando declínio sustentado e contínuo da tuberculose (BRASIL, 2015).

Diante da atual situação, faz-se necessário investimento na qualificação dos serviços de saúde, na capacitação dos recursos humanos para as atividades de vigilância, avaliação e controle, de modo a ampliar a capacidade de diagnóstico por meio da

baciloscopia, promover a cura, intensificar a busca do sintomático respiratório e dos contatos dos pacientes, nos municípios brasileiros e especialmente nos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (BRASIL, 2011).

Para alcançar seus objetivos e metas o PNCT desenvolve ações voltadas para atender, principalmente a vigilância epidemiológica, que tem como objetivo monitorar a situação e a tendência da doença para recomendar, executar e avaliar as atividades de controle.

Portanto, pode-se dividir a vigilância epidemiológica em categorias como: Descoberta de Casos: o principal objetivo deste subcomponente é a descoberta precoce dos casos novos em especial dos bacilíferos, por serem esses pacientes a principal fonte de infecção de TB na comunidade; tratamento e acompanhamento: o principal objetivo deste subcomponente é tratar corretamente 100% dos casos de tuberculose diagnosticados e curar pelo menos 85% dos mesmos. As estratégias de tratamento e acompanhamento devem, preferencialmente, ser desenvolvidas por equipe multiprofissional e objetivar a inclusão social do paciente; Vigilância de Casos: o SINAN é o sistema nacional adotado para o registro e processamento de dados de notificação e acompanhamento da tuberculose e Diagnóstico Laboratorial: as ações de diagnóstico, acompanhamento e realização de teste de sensibilidade às drogas usadas no tratamento da tuberculose, desenvolvidas pelos laboratórios, são fundamentais para o PNCT.

Ainda como objetivos e metas do PNCT apresenta-se as Medidas de Proteção, a qual tem como principal objetivo prevenir o adoecimento por TB nos infectados e não infectados; Integração com Atenção Básica, a qual tem como objetivo consolidar as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na Atenção Básica, incluindo a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social este componente objetiva o desenvolvimento de ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, nas esferas nacional, estaduais e municipais, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde. Apoiar a elaboração, implantação, acompanhamento; Capacitação e Treinamento, o objetivo deste componente é desenvolver com os Pólos de Educação Permanentes - PEP formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, articulando atores locais, representantes de gestão dos Serviços, da formação e do Controle Social, tendo como

eixo norteador a realidade em saúde em todas as esferas da atenção à saúde. Rever metodologia de conteúdos de capacitação de TB de acordo com as necessidades nacionais estaduais e municipais de cobertura e diretrizes dos Pólos de Educação Permanente; Sustentação Político Social. Este componente tem como objetivo sensibilizar e mobilizar os setores políticos, para assegurar a priorização da luta antituberculose, apoio financeiro e articulação intersetorial para a execução das ações e atividades de vigilância e controle da TB. Cabe a cada organização, governamental ou não, e a população, assumir as suas devidas responsabilidades no tocante a vigilância e controle da doença.

Nesse sentido o Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, contando com o trabalho dos profissionais de Saúde da Família, realiza a descentralização para o nível municipal a responsabilidade relacionada à implementação de algumas ações da atenção básica à saúde, no que concerne à promoção à saúde, diagnóstico e prevenção da tuberculose, contribuindo, deste modo, para a expansão das ações de controle desta doença. O referido plano destaca a atuação dessas equipes como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento (LIMA ET AL, 2001).

Contudo, a coordenação do programa do controle da tuberculose é descentralizada em nível estadual e municipal no Brasil, com responsabilidades específicas para cada esfera de gestão, documentadas no Manual de Recomendações do Programa Nacionais de Controle da Tuberculose. Na esfera nacional, o programa é constituído de sete componentes organizacionais. As áreas de Planejamento e Orçamento, Informação Estratégica, Comunicação e Mobilização Social, Pesquisa, Desenvolvimento Humano e Institucional e Atenção à Saúde se articulam entre si e estão sob a gerência do componente de Gestão (BRASIL, 2011).

Muitos esforços têm sido feitos ao longo dos últimos anos para atingir as metas globais de controle da tuberculose (TB). A política de controle da doença recomendada pela OMS é a STOP TB Strategy, que se constitui num conjunto de recomendações com todos os componentes indispensáveis para o desempenho adequado das ações programáticas no controle da tuberculose. A estratégia inclui: a expansão do tratamento diretamente observado (TDO) com qualidade; o controle da coinfeção TB/HIV, da TB resistente e da infecção em populações vulneráveis; a contribuição para o fortalecimento do sistema da saúde; o envolvimento de todos os profissionais de saúde; o empoderamento dos afetados pela TB e suas comunidades; e o apoio à realização de pesquisas. (OMS, 2006).

2.4 A Estratégia Saúde da Família no Contexto da Atenção Primária à Saúde

O Estado do Rio de Janeiro, hoje, é formado por 92 municípios e tem uma população de 15.993.583 habitantes, de acordo com o último censo demográfico (IBGE, 2010). A cidade do Rio de Janeiro apresenta um índice de Desenvolvimento Humano de 0,799, ocupando o 45º lugar no ranking das melhores cidades do Brasil para se viver (RIO DE JANEIRO, 2015).

O município do Rio de Janeiro que tem como área de unidade territorial de 1.197,463 km² e uma população estimada em 2014 de 6.453.682 habitantes (IBGE, 2014).

Nesse sentido a APS irá atender às necessidades em saúde desses habitantes, à medida que oferece serviços de atenção primária e mantém uma relação de referência e contra-referência para outros serviços do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

O Município do Rio de Janeiro, até o ano de 2009, apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobremente embasada na APS. A cobertura da Estratégia Saúde da Família era em torno de 7%. A partir desse ano, uma mudança radical na gestão da saúde pública foi iniciada. Forte ênfase foi dada para a APS, por meio do estímulo à Estratégia Saúde da Família, chegando ao final do ano de 2012 a uma cobertura de ESF de cerca de 40%. (BRASIL, 2012).

Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP), como se observa na Figura 1.

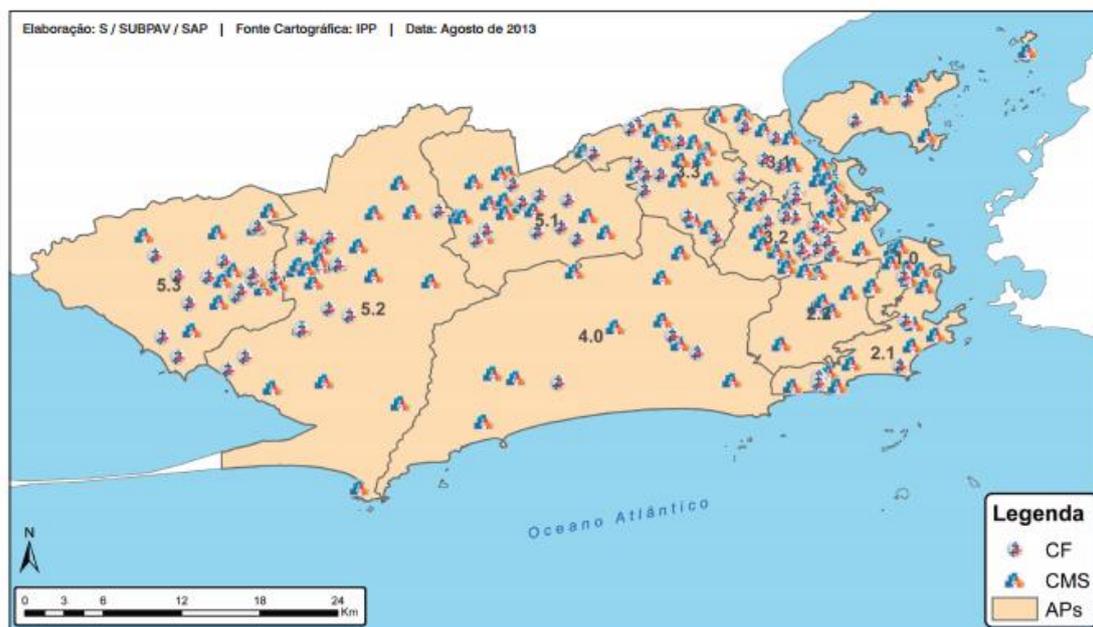
Figura 1 – Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013.

A cidade promove ao longo dos anos muitos avanços no campo da organização dos serviços de saúde, tendo como base a expansão da Atenção Primária em Saúde, como mostra a Figura 2.

Figura 2- Mapa de distribuição das unidades de Atenção Primária por AP, 2013.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013.

A expansão da ESF no Rio de Janeiro iniciou por áreas onde não existia assistência, na tentativa de ampliar a cobertura por adjacência, sempre que possível. Atualmente, a rede de atenção primária é composta por três tipos de unidades: unidades tipo A (unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia de Saúde da Família); unidades tipo B (unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território); e unidades tipo C (unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família) (RIO DE JANEIRO, 2013).

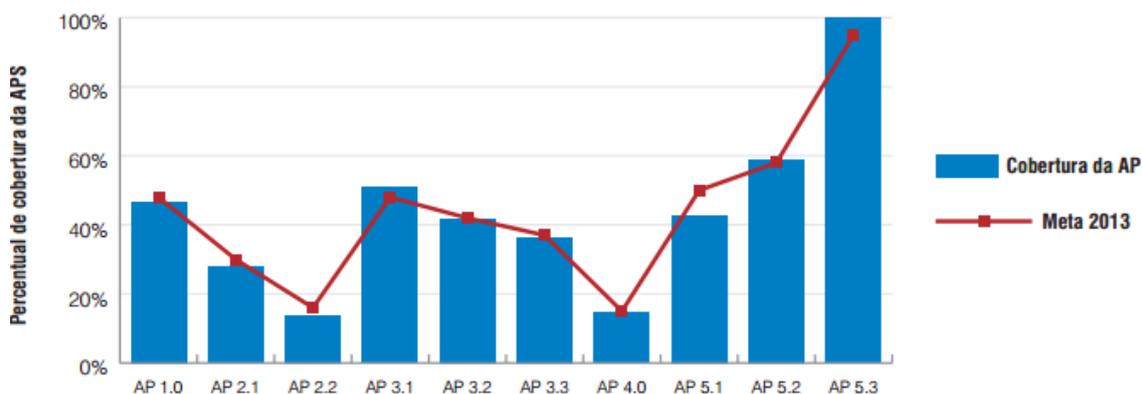
As Clínicas da Família são serviços de saúde implantados pela SMS-Rio, mediante contratos de gestão com organizações sociais. Estas são unidades de saúde com estrutura ideal de atendimento na ESF, equipadas adequadamente, incluindo suporte diagnóstico: raios-x, ultrassom e posto de coleta para exames laboratoriais, e também contém inovações tecnológicas, consultórios informatizados, prontuário eletrônico, e acesso à banda larga, que é um diferencial nessas unidades (RIO DE JANEIRO, 2013).

Essas condições, todavia, não se restringem aos aspectos estruturais, incluem também a valorização dos profissionais de saúde, passando pela forma e pelo valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais especialistas em medicina de família frente ao crescimento das Clínicas da

Família. Essas condições vão desde os aspectos estruturais já citados, passando pela forma e valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais frente ao crescimento das Clínicas da Família.

Os dados destacados evidenciam o crescimento da atenção primária na cidade: a) 115 unidades de saúde tipo A, sendo 71 Clínicas da Família; b) 74 unidades de saúde tipo B; c) 8 unidades de saúde tipo C; 805 equipes de Saúde da Família; d) 642 equipes de Saúde da Família com Programa Saúde na Escola; e) 54 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); f) 299 equipes de Saúde Bucal; g) aumento significativo no volume de procedimentos realizados pelas unidades de atenção primária; e h) cobertura em todas as APs (RIO DE JANEIRO, 2013).

Figura 3 – Gráfico percentual de cobertura da APS, por Área Programática em relação à meta projetada, 2013.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013.

Neste período, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu a Carteira de Serviços da APS, cujo objetivo foi definir ações e serviços de saúde oferecidos. Em versão própria para profissionais e usuários, a carteira tem facilitado a organização do processo de trabalho das equipes e unidades, além de garantir aos usuários o conhecimento dos serviços oferecidos pela atenção primária (RIO DE JANEIRO, 2013).

Nesse sentido cabe destacar a AP 3.1, cenário do seguinte estudo. Área Programática 3.1 (AP 3.1) abrange do bairro de Bonsucesso até Jardim América, incluindo a Ilha do Governador, na Zona Norte da cidade. As unidades de saúde realizam a cobertura assistencial do Complexo do Alemão, Complexo da Maré, Complexo da Penha, Parque Royal, Dendê, Morro do Barbante, Vigário Geral e Parada de Lucas.

da população apresenta a faixa etária entre 20-39 anos de idade (33,59%). Cabe ressaltar que sete grandes favelas do Rio de Janeiro estão localizada nessa AP (RIO DE JANEIRO, 2010).

Nesse sentido, faz-se necessário estudar as questões de saúde nessa AP, a medida que as características demográficas, geográficas e de saúde levam ao aumento da disseminação da TB no Rio de Janeiro.

O Rio de Janeiro apresenta 7.699 notificações de tuberculose pelas áreas de planejamentos e taxa de incidência da doença de 94,5%. Outro, porém é que a AP 3.1 é a 3ª no ranking das áreas com maior incidência de tuberculose no município (RIO DE JANEIRO 2014).

2.5 O acesso dos portadores de tuberculose preconizado no controle no contexto da Estratégia Saúde da Família

Nesse sentido, no SUS, o acesso aos serviços de saúde passa a ser universal desde a Constituição Federal, sendo garantido em seu artigo 196. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vai favorecer a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, além de ampliar o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ao adoecimento por tuberculose. Pode ser ressaltado que uma das condições básicas para o êxito do tratamento de TB é o acesso fácil do paciente ao serviço de saúde. Essa descentralização implica o reconhecimento da atenção básica como protagonista na organização do sistema de atenção à saúde por meio da atribuição e da organização de mecanismos organizacionais e materiais que possam garantir a longitudinalidade do cuidado (SANTOS ET AL, 2012).

Nesse contexto, espera-se que as equipes da ESF realizem busca ativa dos sintomáticos respiratórios na comunidade, detectem casos infectantes da tuberculose, pela baciloscopia direta do escarro, anulem essas fontes de infecção mediante tratamento padronizado e executem ações de vigilância epidemiológica dos focos (SANTOS ET AL, 2012).

O acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como "porta de entrada", como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, aos caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução desta. Nessa perspectiva, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de

porta de entrada, configura-se como um "dispositivo" transformador da realidade (LAUREIRO, 2014).

Starfield (2002) descreve o acesso como uma característica que favorece o alcance das ações e dos serviços de saúde pelo usuário. É influenciada por um conjunto de fatores: localização do estabelecimento, horário e dias de atendimento, capacidade de atendimento de demanda espontânea, entre outros. Isso significa que na instalação e organização dos serviços da atenção básica é preciso pensar em sua localização e distribuição no território, bem como em todos os outros aspectos da organização que facilitarão o alcance das ações pela comunidade.

Donabedian (1973) opta pelo termo *acessibilidade* e o define como um dos aspectos do serviço relativo à capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Nesse sentido, discute as características dos serviços que facilitam ou dificultam o acesso da população.

No entanto, Frenk (1985) caracteriza a acessibilidade como a relação funcional entre a *resistência*, isto é, o conjunto de obstáculos (ecológicos, financeiros, organizacionais) para procurar e obter cuidados, e o *poder de utilização*, ou seja, a capacidade da população de superar tais obstáculos de forma a melhor utilizar os serviços oferecidos, o que caracteriza sua capacidade de resposta.

Dessa forma percebe-se que na literatura há variação no uso da terminologia e conceito de acesso e acessibilidade. Embora haja divergências, em uma concepção ampla, a acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características da oferta/disponibilidade dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção da assistência à saúde, resultando da combinação de diversos fatores de dimensões distintas, que podem ser classificados como de ordem sociocultural, organizacional, geográfica, e econômica (LAUREIRO, 2014).

Neste estudo, o acesso na avaliação da estrutura dos serviços será utilizado como sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde e o conceito de Donabedian, Frenk e Starfield será utilizado como referencial para a análise de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam o acesso ao diagnóstico e tratamento de TB.

Dessarte Clementino e Miranda (2010) observaram que a satisfação do usuário está associada ao relacionamento que é formado entre o profissional e o usuário frente à resolução objetiva e rápida da demanda trazida pelo mesmo, que, no caso, se evidenciou na forma de ter a consulta (médica, odontológica) assegurada e sem longa espera, além

do acesso ao medicamento. Nesse sentido os usuários apontaram dificuldades no agendamento das consultas. Eles relatam ser preciso “*madrugar*” para garantir o atendimento.

Todavia, recomenda-se que os programas de controle de tuberculose, mais do que reduzir o tempo de demora do cliente na busca do diagnóstico e maximizar o início do tratamento, devam acolher os usuários de forma integrativa e participante. Dessa forma, os profissionais da ESF devem ter uma escuta ativa para as queixas do cliente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo (CLEMENTINO E MIRANDA, 2010).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo de pesquisa

O presente estudo transversal é Exploratório de abordagem quantitativa. O estudo quantitativo consiste em realizar pesquisa empírica, cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fenômenos, avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. Possuem a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo, organizações ou outras coletividades específicas. Geralmente contém um grande número de variáveis e utilizam técnicas de amostragem para que apresentem caráter representativo (MARCONE E LAKATOS, 2005).

3.2. Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro que tem como área de unidade territorial de 1.197,463 km² e uma população estimada em 2014 de 6.453.682 habitantes (IBGE, 2014).

Foi eleita a Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1) para realização da pesquisa, onde foram selecionados os participantes.

Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1) abrange desde Bonsucesso até Jardim América, incluindo a Ilha do Governador, na Zona Norte da cidade. As unidades de saúde realizam a cobertura assistencial do Complexo do Alemão, Complexo da Maré, Complexo da Penha, Parque Royal, Dendê, Morro do Barbante, Vigário Geral e Parada de Lucas.

A opção por essa área de planejamento deu-se, pois possui elevada taxa de incidência de tuberculose no Rio de Janeiro em 2013, com 6,77%, perde para a Área de Planejamento 1.0. Nesse sentido, se justifica a realização do estudo nessa área já que as taxas de incidência da doença são elevadas, sendo necessário investigar o acesso desses usuários ao sistema de saúde na área descrita.

Destaca-se que, apresentado o projeto de pesquisa aos gerentes das clínicas da família da AP 3.1, das dez clínicas dessa área, apenas 6 assinaram a carta de autorização para a pesquisa da AP 3.1. Indica-se que uma das unidades no momento da coleta de dados não apresentou interesse de participar da pesquisa. Dessa forma tal unidade foi retirada da pesquisa.

Nestas unidades, em relação ao fluxo de atendimento, o Programa de Controle de Tuberculose funciona com o seguinte fluxo: os usuários que apresentam sintomas de TB são atendidos por livre demanda, momento em que o profissional de enfermagem, solicita a baciloscopia direta do escarro em duas amostras. O usuário é orientado a

retornar assim que tiver o resultado da primeira baciloscopia. Em caso de resultado positivo, é marcada a consulta médica, nesse sentido a responsável pelo programa inicia a consulta, na qual o usuário recebe o primeiro atendimento, e inscrito no programa de tuberculose e lhe são dadas as medicações que dão início ao tratamento, assim como todas as orientações.

A responsabilidade para a notificação e anotação no livro de controle de TB é da enfermeira e dos médicos, da mesma forma que a busca de faltosos. O usuário em tratamento de TB não recebe nenhuma ajuda financeira para o deslocamento para unidade de saúde.

3.3. Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais que constituíram as equipes de saúde, de ambos os sexos, funcionários das clínicas da família da AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão foram profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; ambos os sexos, acima de 18 anos e fossem contratados e/ou concursados nas unidades de saúde participantes. Os critérios de exclusão foram os trabalhadores de outras áreas; profissionais que se recusaram a participar da pesquisa e indivíduos que estivessem de férias ou licença.

Dessa forma, a população desse estudo foi de 387 profissionais que formam o corpo de trabalhadores da AP 3.1, na ocasião, sendo 43 enfermeiros, 43 médicos, 43 técnicos de enfermagem e 258 agentes comunitários de saúde.

Em relação à amostra de profissionais de saúde, do total de 387 sujeitos, foi considerada a amostragem simples; aleatória simples utilizou-se a seguinte equação:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)} \quad 1 \quad (\text{MEDRONHO, 2012})$$

Considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A amostra total foi de 194 profissionais das equipes de saúde da A.P.3.1.

3.4. Coleta de dados

Para coleta de dados, primeiro foi realizada uma apresentação da temática nas Clínicas para os profissionais de saúde da AP 3.1. Em seguida, foi realizada a coleta de

1 Legenda da amostra aleatória simples: n= amostra calculada; N=População; Z= Variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p= verdadeira probabilidade do evento; e= Erro amostral.

dados pela autora. Sendo utilizada a seguinte dinâmica, foi agendado horário com os profissionais de saúde, que optaram pelo melhor período para apresentação da pesquisa e aplicação do questionário. Foi agendado, nos dias de reunião de equipe, onde era cedido o período inicial da mesma, para a apresentação da pesquisa pela autora e em seguida a aplicação dos questionários. Desta forma, não foi interrompido o funcionamento das unidades, onde se alcançou um maior número de instrumentos preenchidos.

O entrevistado respondeu cada item segundo uma escala Likert de zero a cinco. O valor zero foi atribuído para resposta “não sei” ou “não se aplica”; os valores de 1 a 5 registram o grau de relação de preferência das afirmações. O menor escore (escore 1) representa indicador ruim, ou seja, remete a ideia de que o acesso “nunca” acontece. O escore de maior valor (escore 5) representa um indicador positivo, uma vez que concebe a ideia de que “sempre” tal indicador se encontra acessível ao usuário.

3.5. Instrumento

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool(PCATool)*, formulado e validado para avaliar aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, Starfield (2002) .

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).

Dessa forma, para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006).

No Brasil o instrumento foi validado e adaptado em Petrópolis (MUCINKO, 2007). As versões do instrumento para aplicação aos usuários dos serviços de saúde foram traduzidos e validados no Brasil pelo grupo de Pesquisa de atenção primária de Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Harzheim et al, 2006).

No que concerne ao contexto de da tuberculose, o mesmo foi adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Neto (2007).

Nesse sentido, é composto por 97 variáveis divididos em 10 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da Atenção Primária de Saúde. Distribuídos da seguinte forma:

- A. Informações Gerais – Constituído por 10 variáveis.
- B. Porta de Entrada. Constituída por 2 variáveis.
- C. Acesso ao Diagnóstico-Constituído por 12 variáveis.
- D. Acesso ao Tratamento - Constituído por 11 variáveis.
- E. Vínculo–Constituído por 13 variáveis.
- F. Elenco de Serviços- Constituído por 14 variáveis.
- G. Coordenação-Constituído por 12 variáveis.
- H. Enfoque na Família- Constituído por 8 variáveis.
- I. Orientação para Comunidade - Constituído por 5 variáveis.
- J. Formação Profissional- Constituído por 8 variáveis.

No que se refere ao estudo, foram utilizados apenas os itens A, B, C, e D do questionário PCA-Tool tuberculose para responder aos objetivos da pesquisa.

O questionário contém questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e incluiu questões referentes às dimensões da Atenção Básica: porta de entrada, acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade.

Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal. Cada pergunta contém cinco possibilidades de resposta tipo Likert (nunca, quase nunca, algumas vezes, quase sempre, sempre) e sua aferição se dá por meio de um escore médio, na qual menor que 2,49 não satisfatório, de 2,50 a 3,49 regular e maior que 3,50 satisfatório. Esse escore foi o mesmo utilizado nas pesquisas operacionais de Villa e Ruffino-Neto, 2009.

3.6. Tratamento dos dados e análise dos resultados

Os dados foram tratados, no programa EpiInfo versão 7.1.5. As variáveis independentes analisadas relativas ao acesso ao diagnóstico de tuberculose foram: o tempo que leva para conseguir uma consulta; se os usuários vão à unidade de saúde mais próxima de sua casa; se esperam mais de 60 minutos para serem atendidos; se precisam utilizar algum meio de transporte motorizado para deslocarem até a unidade; perdem o turno de trabalho e se consegue informação por telefone. E para as variáveis relativas ao acesso do ao tratamento foram analisadas: se conseguem consulta em 24 horas; se o profissional que acompanha o tratamento faz visitas domiciliares; se perdem o turno de trabalho; se tem dificuldade de se deslocarem até a unidade; se precisam de transporte motorizado; se houve falta de medicamento nos últimos 12 meses e se esperam mais de 60 minutos para serem atendidos.

Assim, a análise dos dados foi feita à luz do referencial teórico, a partir das evidências, de acordo com as frequências obtidas. Quanto ao desempenho das unidades de saúde participantes da área de planejamento 3.1, em relação ao acesso ao diagnóstico e tratamento de tuberculose, foi calculado e o somatório o valor médio das dimensões do PCATool. Para isso foi apontado aos valores menores de 2,49 corresponderam a “não satisfatório”, próximos de 2,50 a 3.49, “regular”, e maiores que 3.50, “satisfatório”

3.7. Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Município do Rio de Janeiro, protocolo de aprovação 1.141.398 e após o aceite e aprovação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, protocolo de aprovação 1.035.492, para atender a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram informados que suas respostas seriam tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento seria divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando foi necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade foi assegurada uma vez que seu nome foi substituído por números. Os dados coletados foram utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A participação na pesquisa foi voluntária, isto é, a qualquer momento o participante pôde recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa, do sujeito, não traria nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Da mesma forma, não houve nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Os sujeitos, portanto, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) redigido para este fim, concordando em participar da pesquisa.

3.8. Limitações do Estudo

No estudo foram surgindo algumas limitações. Tais como: viés de memória dos entrevistados e não foram abordadas questões mais específicas que explicassem possíveis fatores que influenciam no acesso do usuário com TB e a exclusão de unidade de saúde da A.P. 3.1 em função de ausência anuência na realização do estudo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.4. Apresentação dos dados e Análise dos resultados

A seguir, os dados e os resultados referentes aos objetivos do estudo, foram apresentados da seguinte forma: identificação dos fatores interferentes do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde, discussão dos fatores determinantes que facilitam ou dificultam o acesso do usuário com tuberculose e análise do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde.

Foi realizada uma descrição da equipe de saúde da A.P.3.1 para melhor discussão dos resultados encontrados na pesquisa. Para tanto, foi realizado uma discriminação do quantitativo de profissionais, uma análise de acordo com o tempo de permanência na função de cada categoria profissional e da qualificação profissional dos entrevistados.

4.5. Caracterização dos participantes da pesquisa

A seguir foi realizada a caracterização dos profissionais das equipes da ESF que participaram do estudo. Para tanto os dados estudados foram a categoria profissional, a titulação e o tempo de permanência na função dos 210 entrevistados. Esses dados foram dispostos em tabelas e discutidos a luz do referencial teórico.

Tabela I: Quantitativo de profissionais da equipe de Estratégia de Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro.

Unidade de Saúde	Agente Comunitário de Saúde	Enfermeiro	Médico	Técnico de Enfermagem	Total
A	33	8	7	7	55
B	28	7	9	7	51
C	30	6	3	2	41
D	23	4	2	4	33
E	20	3	2	2	20
Total	137	28	23	22	210

Vale a pena destacar na tabela I é que a grande maioria dos participantes foram ACS (137), enfermeiro (28), médico (23) e técnico de enfermagem (22). Pode-se perceber que a unidade de saúde que teve mais aderência na pesquisa foi à Clínica da Família A (55 profissionais) e a unidade que menos teve sua equipe participando foi à Clínica da Família E (20 profissionais).

De acordo com a PNAB é responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e também desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade (BRASIL, 2013).

O enfermeiro por sua vez realiza atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realiza consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames

complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; Contribui, participa e realiza atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e por fim participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2013).

O médico realiza atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; realiza consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; encaminha, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles; Indica, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; Contribui, realiza e participa das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2013).

Por fim o técnico de enfermagem enquanto profissional da APS atua participando das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; realiza ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e contribui, participa e realiza atividades de educação permanente (BRASIL, 2013).

Tabela II. Distribuição da titulação dos profissionais de Equipe da Estratégia de Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Titulação Cargo	Especialização	Mestrado	Residência	Graduação	Ensino Médio	Total
ACS	0	0	0	15	122	137
Enfermeiro	8	0	2	18	0	28
Médico	5	2	4	12	0	23
Téc Enfermagem	0	0	0	10	12	22
Total	13	2	6	55	134	210

Outro fato importante é que na tabela II observa-se que somente dos 21 profissionais que responderam ao questionário relataram ter alguma outra titulação tais como mestrado, residência ou especialização. Também se evidenciou que dos 23 médicos entrevistados 5 apresentaram especialização, 4 residência e 2 mestrado. Já os 28 enfermeiros que responderam ao questionário, 8 tinham especialização e 2 residência. Não teve enfermeiro com mestrado nas unidades de coleta.

Já os 137 ACS das unidades entrevistadas responderam que 15 tinham graduação e 122 ensino médio. E dos 22 técnicos de enfermagem entrevistados 10 responderam ter graduação e 12 ensino médio.

Destaca-se que, a formação para o trabalho na ESF é ampla e abrange vários segmentos. No campo da saúde, por exemplo, são buscadas alternativas para que os profissionais possam estar em constante processo de formação, seja no trabalho ou nas instituições acadêmicas. A formação, capacitação e a atualização para o trabalho em saúde é de extrema relevância, principalmente no contexto da tuberculose. Para a compreensão dos diversos fenômenos em saúde e iniciativas como a inovação para a solução de problemas. A importância da inovação está sempre associada às necessidades de saúde das pessoas e às indicações das políticas da área. Portanto, os campos da atenção, da educação e da gestão em saúde articulam-se para que mais propostas surjam e, conseqüentemente, que os especialistas estejam preparados para enfrentar sempre novas realidades.

De acordo com Mourão (2009) fenômenos como a globalização, a terceirização, os novos modelos de gestão, os avanços tecnológicos, o crescimento do desemprego e a automação têm provocado significativas mudanças para as organizações e para o trabalho e exigido qualificação constante dos profissionais. Mediante a isso, as pressões competitivas realçam ainda mais o interesse na aprendizagem, como determinante do desempenho e como fator de sobrevivência das organizações.

A qualificação profissional nas organizações permite obter resultados para os indivíduos, para suas equipes de trabalho e também para as instituições. Essa qualificação pode ocorrer de diversas formas, desde a contratação de estagiários e pessoas em primeiro emprego até ações de capacitação, como treinamentos em serviço ou investimentos em cursos realizados dentro ou fora da organização.

Segundo Bastos (2006), a qualificação profissional pode ser compreendida como poderosa explicação para o êxito ou as restrições das pessoas e mesmo dos países em transitarem por esse cenário turbulento de reestruturação produtiva e da globalização. O autor defende a ideia de que Indivíduo, Escola, Empresa e Estado estão implicados no diagnóstico e equacionamento dos desafios de qualificação que emergem na contemporaneidade.

Segundo Mourão (2009) um aspecto que merece destaque do ponto de vista conceitual é que a qualificação profissional envolve pelo menos três atores sociais: o governo, os trabalhadores e as empresas. Para o governo, a qualificação profissional representa uma forma de assegurar a produtividade e competitividade do país; para os trabalhadores, representa autonomia e auto-valorização; e para as empresas a qualificação profissional está associada à própria sobrevivência e à produtividade e à qualidade dos produtos e serviços prestados. Assim, para uma adequada atuação no ambiente da estratégia de saúde da família, é importante destacar a necessidade de constante capacitação e atualização. Para fomentar estratégias para a resolução de desafios em saúde para garantir melhor acesso aos usuários às unidades de saúde e ao tratamento em um tempo exíguo.

4.5.1. Análise descritiva do tempo de permanência na função dos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família entrevistados, Rio de Janeiro, 2015.

Essa categoria buscou analisar a variável tempo de permanência que os profissionais da equipe da ESF da A.P.3.1 que participaram do estudo têm na função.

A princípio o que se buscou foi realizar uma análise baseando-se no tempo de exercício da função dos profissionais nas cinco Unidades de Saúde e o tempo de permanência de acordo com cada categoria profissional.

Tabela III. Média de Tempo de permanência na função dos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família entrevistados da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro.

Unidade de Saúde	Média	P (valor)
CF A	2,58	
CF B	2,45	
CF C	3,02	0,59155
CF D	2,33	
CF E	2,85	
Categoria Profissional		
ACS	2,71	
Enfermeiro	2,52	0,98156
Médico	2,78	
Técnico de enfermagem	2,80	

***Tempo em Anos**

Observa-se na Tabela III que o tempo de permanência na função dos profissionais, em anos, de acordo com cada unidade de saúde que participou da pesquisa. Nesse sentido na CF D a média de permanências na função dos profissionais entrevistados foi a menor (2,33) e a maior média de tempo de permanência na função foi da CF C (3,02). A amplitude, ou seja o tempo de exercício variou de 1 a 7 anos.

E também a média de tempo de permanência por categoria profissional. Destaca-se que os Técnicos de enfermagem têm o maior tempo de permanência (2,80) e os enfermeiros tem o menor (2,71) dentro da equipe de saúde nas Clínicas da Família entrevistadas.

Sarathy e Barbosa (1981) partem do princípio de que permanência é importante, e pode-se aumentar a produtividade, retendo-se o indivíduo no emprego. Assim, ele vai produzir mais unidades no mesmo espaço de tempo e, conseqüentemente, a empresa pode obter mais lucros.

Além disso, destaca que permanecendo mais tempo em determinada empresa, o indivíduo adquire experiência e habilidade no desempenho de suas tarefas, alcançando produtividade mais elevada que a inicial. Se, porém, esse indivíduo deixar o emprego e, em seu lugar, assumir outro, para o qual não possua experiência no ramo, a produtividade tenderá a decrescer e voltar ao estágio inicial. Além disso, há as despesas com o treinamento do recém-admitido (SARATHY E BARBOSA, 1981).

Por outro lado, um fator vem comprovando a importância da permanência de pessoal no emprego. É o aspecto social. Uma empresa que fixar seu pessoal estará contribuindo para a formação de um corpo de mão-de-obra qualificada. Esse aspecto é de suma importância, se for considerada a escassez de mão-de-obra qualificada no país (SARATHY E BARBOSA, 1981).

4.6.Fatores interferentes do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose.

Nesse tópico buscou a identificação dos fatores interferentes do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose. Destaca-se que os fatores socioeconômicos interferem também no acesso aos serviços de saúde, levando as pessoas mais vulneráveis a terem mais dificuldade no acesso, o que por sua vez contribui para o retardo do diagnóstico e tratamento da TB, aumentando as possibilidades de abandono do tratamento, um dos principais obstáculos para o controle desta doença (PRADO JUNIOR, VIRGÍLIO E MEDRONHO, 2016).

4.6.1. Dimensão porta de entrada na Atenção Primária de Saúde sob a perspectiva da equipe da estratégia de saúde da família.

Nesse momento foi realizado uma discussão da dimensão porta de entrada que pontua duas variáveis que contemplam o questionário PCATool, utilizado na pesquisa. A primeira variável a ser discutida foi a variável porta de entrada prioritária para cuidados preventivos e a segunda é busca por atendimento quando apresentam sinais/sintomas de TB na APS, sob a perspectiva da equipe da área programática 3.1 que participaram do estudo.

Tabela IV: Variável porta de entrada prioritária para os usuários com tuberculose, segundo a equipe da Estratégia de Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Indicadores	Unidade	N	%
Quando os usuários precisam de cuidados preventivos buscam qual serviço de saúde	APS	198	94,3
	Posto de saúde	7	3,4
	Ambulatório	5	2,3
Qual o primeiro serviço de saúde que os usuários buscam quando têm sinais/ sintomas de TB	APS	196	93,3
	Posto de saúde	10	4,9
	Ambulatório	3	1,4
	Hospital	1	0,
Total		210	100

Na tabela IV pode-se perceber que há um padrão nas respostas dos entrevistados 94,3% responderam que tanto para a procura de atendimento preventivo como vacina BCG ou exame de escarro procuram a APS, já 93,3% dos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família, responderam que para atendimento dos primeiros sinais e sintomas de TB os usuários procuram a atenção primária de saúde como primeiro atendimento.

De acordo com o Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, as regiões de saúde são espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Por outro lado, entende-se que as organizações de sistemas integrados de serviços de saúde acabam proporcionando um serviço de melhor qualidade e menos deprimente e que responda às necessidades da população, construindo uma definição da porta de entrada para os serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Para tanto, fez-se necessário repensar o modelo assistencial, pois ocorreu muita mudança, principalmente demográfica e epidemiológica. Antes, o que se pensava como porta de entrada era o modelo médico clínico geral que atuava como o primeiro contato

do paciente com o serviço de saúde, mas esse modelo é conhecido como menos oneroso e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, foram-se instituídas as unidades de atenção primária de saúde na Brasil, tendo como requisito central ser acessível à população adstrita, eliminando assim as barreiras geográficas, financeiras, temporais, culturais e administrativas (GIOVANELLA E FLEURY, 1996).

Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas (Giovanela, Mendonça, 2008). Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica (Brasil, 2006), assumindo esta a função de porta de entrada do SUS

O acesso assumido aqui parte do entendimento de que a existência de um serviço em um determinado local, apesar de constituir um aspecto importante, não garante sua efetiva utilização (Viera da Silva, 2005).

Portanto, ao se examinar o discurso dos sujeitos, seu modo de ver e experimentar o acesso aos serviços de saúde de que necessitam, muito provavelmente ver-se-á que a população constrói seus próprios conceitos e estratégias de acesso; que reage em face das inúmeras vezes em que se cogita induzi-la a aceitar certos modelos de organização do sistema de saúde de cuja criação não participou.

Neste sentido, a experimentação de acesso dos indivíduos no contato direto ou indireto com os serviços de saúde diz muito a respeito da eficácia do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes um direito humano e social - o direito a ter saúde - que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária (AZEVEDO E COSTA, 2010).

De modo geral, o que foi observado nas unidades que foram entrevistadas que a maioria da população busca o primeiro atendimento para as questões de tuberculose nas unidades de atenção básica de saúde. O que pode ser explicado pela proximidade dessas unidades com suas residências ou até mesmo a criação de vínculo pela equipe de saúde e pela própria clínica.

4.4. Dimensão acesso ao diagnóstico de tuberculose na Atenção Primária de Saúde sob a perspectiva das equipes da Estratégia de Saúde da Família entrevistados.

Destaca-se nessa dimensão a variável tempo em dias para conseguir uma primeira consulta para diagnóstico de TB e o tempo para realização do diagnóstico da doença. Para tanto foi feita a análise estatística, de acordo com cada categoria profissional nas unidades da Estratégia de Saúde da Família estudadas.

Tabela V: Variável tempo em dias para: conseguir a primeira consulta e realizar o diagnóstico de TB, segundo a equipe da Estratégia de Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Variáveis	ACS	ENF	MÉD	TÉC	P
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana	
	Média	Média	Média	Média	
	DP	DP	DP	DP	
Tempo para conseguir a primeira consulta*	1	1	1	1	0,987
	1,65	1,71	1,54	1,50	
	0,94	0,81	0,38	1,22	
Tempo para o diagnóstico da TB**	1	1	1	1	0,892
	1,66	1,78	1,73	1,68	
	0,78	0,49	0,54	0,56	

Score *5 (5 ou mais dias) , 4(4 dias),3(3 dias,) 2(2 dias) e 1(1 dia) e ** 5 (5 semanas) , 4(4 semanas),3(3 semanas,) 2(2 semanas) e 1(1 semana).

Aplicado teste de Kruskal Wallis -, Aplicado o teste Anova *de classificação* - * $p < 0,05$ - DP – desvio padrão. ACS: Agente Comunitário de Saúde; ENF: Enfermeiro; MÉD: Médico e TEC: Técnico de enfermagem.

Na tabela V visualizou-se o tempo, em dias, para conseguir a primeira consulta no serviço de saúde e o tempo para conseguir o diagnóstico de TB na APS, segundo informações dos profissionais da ESF.

De acordo com a tabela pode-se destacar os resultados através das variáveis 14 e 15 do atributo C do questionário PCATool. Para tanto para a variável tempo para conseguir a primeira consulta foi atribuído o tempo em dias para cada item do questionário. E para variável tempo para realizar o diagnóstico de TB foi atribuído o tempo em semanas.

A mediana de tempo que foi identificada para conseguir a primeira consulta no serviço de saúde foi de 1 dia. A grande maioria dos profissionais durante a entrevista relatou que o usuário com sintomatologia para TB consegue consulta para o mesmo dia ou no máximo para o dia seguinte.

Outrossim é que a mediana de tempo para conseguir o diagnóstico de TB nas Unidades de Saúde entrevistadas mostrou como resultado 1 semana para o usuário receber o diagnóstico.

A principal estratégia para o diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar recomendada pelo manual de tuberculose do Programa Nacional de Controle

da Tuberculose no Brasil é a realização da baciloscopia direta do escarro para a pesquisa de BAAR em paciente "sintomático respiratório", definido como o indivíduo com tosse por três semanas ou mais (BRASIL, 2011).

Estudos realizados em diferentes cenários epidemiológicos já referiram que certos fatores, como a desinformação dos pacientes, a deficiência no conhecimento sobre a tuberculose dos profissionais da área de saúde, a falta de investimento em uma política de saúde pública organizada e a dificuldade dos pacientes no acesso aos serviços de saúde e na realização de exames, podem se associar ao retardo no diagnóstico da tuberculose (GOLUB ET AL, 2005).

De acordo com as pesquisas de Maior et al (2012) a média do tempo referido pelos pacientes entre a primeira consulta em uma unidade de saúde e o diagnóstico de tuberculose foi de 2 semanas, com até 25% dos casos sendo diagnosticados e tendo o tratamento iniciado em um intervalo de tempo total de 8 semanas (1-8 semanas).

Assim, nesse estudo tal resultado demonstra que se está caminhando para grandes avanços na redução do tempo de conseguir-se uma consulta e de obter-se o diagnóstico de TB no serviço de APS. É importante destacar que em muitos casos há demora em obter a consulta em função da demora do paciente em procurar os serviços de saúde.

Na amostra estudada por Maior et al (2012), a demora pela procura de uma unidade de saúde foi o principal fator associado ao retardo no diagnóstico e, conseqüentemente, ao retardo no início do tratamento da tuberculose pulmonar. Os fatores referidos pelos pacientes como justificativa para a demora em procurar o serviço de saúde sugerem que a dificuldade no reconhecimento de sintomas que sugerissem a doença foi o principal fator.

Tabela VI: Variáveis quantas vezes o usuário com sinais/sintomas de TB precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento, segundo a equipe da Estratégia de Saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

INDICADORES	5 ou mais vezes		4 vezes		3 vezes		2 vezes		1 vez		Não se Aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quando os usuários apresentam sinais e sintomas de TB quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?	10	4,8	0	0	2	0,9	14	6,8	182	86,6	2	0,9

Na tabela VI, observa-se que 86,6% dos entrevistados responderam que os usuários com sinais e sintomas de TB procuram a unidade de saúde por uma vez para conseguir atendimento.

Para tanto Maior et al (2012) identificou que a causa de demora na procura pelo serviço de saúde foi a dificuldade de acesso à unidade de saúde. O fato de que 70% dos pacientes do presente estudo tenham procurado serviços de emergência inicialmente ao invés da APS parece corroborar a ideia de que fatores associados ao acesso e à receptividade nas APS possam ter uma influência no tempo prolongado até o diagnóstico da tuberculose.

Nesse sentido, um dos motivos pelos quais alguns usuários não frequentavam a unidade, e, conseqüentemente, não utilizavam os serviços da equipe, é a dificuldade de marcar a consulta. Esta dificuldade permanece como um importante problema de acesso na atenção básica, como demonstraram Araújo et al. (2008), constituindo, ainda hoje, um desafio para o SUS. Ainda persiste uma situação na qual os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas em momentos de dor e sofrimento agudo.

Percebe-se nessa pesquisa que a grande maioria dos entrevistados revelou que os usuários buscam o serviço de saúde pelo menos 1 vez para serem atendidos, esse fato demonstra que nas unidades estudadas o acesso no âmbito organizacional aos serviços é adequado. No entanto, pode melhorar, uma vez que houveram casos, de usuários procurarem 2 ou mais vezes.

Tabela VII: Variável quantas vezes o usuário com sinais/sintomas de TB precisam procurar a unidade de saúde para conseguir realizar o diagnóstico de TB, segundo a equipe de saúde da família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro,

INDICADORES	5 ou mais vezes		4 vezes		3 vezes		2 vezes		1 vez		Não se Aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quando os usuários apresentam sinais e sintomas de TB quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir realizar o diagnóstico de TB?	7	3,4	1	0,4	11	5,3	50	24,3	140	66,2	1	0,4

Na Tabela VII observa-se 66,2% dos entrevistados relataram que os usuários com sinais e sintomas de TB precisam ir à unidade de saúde 1 vez para conseguir o diagnóstico de TB.

Quando os usuários buscam atendimento no sistema de saúde a obtenção do acesso é algo a ser vencido, para conseguir ser assistido pelo profissional de saúde. O acesso por sua vez é uma categoria potente e estratégica para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde, sendo um dos elementos primordiais para a qualificação da atenção à saúde (SOUZA ET AL, 2008).

A atenção adequada à saúde poderá ser obtida ou ser adiada, se a rede de atenção primária não apresentar-se acessível aos usuários, o que leva o mesmo a procurar serviços especializados ou hospitais para casos que não há necessidade. Essa situação gera um aumento na morbi-mortalidade completamente evitável e de gastos para os serviços de saúde (LOPES, VIEIRA-DA-SILVA E HARTZ, 2004).

Vale ressaltar que uma unidade de saúde que facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde, gera satisfação do mesmo com o atendimento, determinando a escolha pelo serviço e criando vínculo com a unidade (RAMOS E LIMA, 2003).

Portanto a criação de vínculo com a unidade de saúde que o usuário para parte é um fator interferente do acesso, pois a medida que o usuário se vincula a equipe e a unidade de saúde ele vai preferir buscar a unidade de referência para os primeiros sinais/sintomas de tuberculose e assim seu diagnóstico e tratamento pode ser identificado mais rápido possível.

Dessa forma Dall’Agnol, Lima e Ramos (2009) estabeleceram em seu estudos os fatores interferentes do acesso como, por exemplo, a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento; dificuldades enfrentadas para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera); tratamento recebido pelo usuário; priorização de situações de risco; respostas obtidas para demandas individuais e coletivas; e, a possibilidade de agendamento prévio.

Ao analisar os resultados encontrados, observa-se que, segundo os profissionais da equipe de saúde da família, os usuários não têm dificuldades para marcar a primeira consulta, nas unidades de saúde que participaram do estudo. Tal fato pode ser evidenciado na tabela IV, mostrando uma mediana de valor 5 que equivale à 1 dia ou 24 horas, para que o usuário que apresente sinais/sintomas de TB possa conseguir atendimento. E para concluir seu diagnóstico mediana de valor 5 que equivale a 7 dias no mínimo, devido ao resultado do exame de escarro, Raio X e o retorno do atendimento.

Nesse sentido quanto mais rápido o usuário com sinais/sintomas de TB buscar a unidade de saúde, mais rápido ele será atendido e diagnosticado e iniciará seu tratamento. Todavia irá diminuir a disseminação da doença em meio a comunidade em que vive, trabalha e circula.

Segundo Van der Werf et al (2006) o diagnóstico precoce é a principal ação para controlar a doença, podendo ser influenciado por aspectos do doente e do sistema de saúde. Até o momento, esclarecimentos sobre o retardo no diagnóstico da TB são escassos no Brasil, especialmente nos municípios de fronteira internacional, sendo fundamental a investigação desse evento, visto que retardos na procura pelo serviço de saúde e na obtenção do diagnóstico comprometem a cura aumentam a gravidade da doença e potencializam a disseminação da infecção na comunidade, elevando a mortalidade.

Para tanto o desenvolvimento das ações de detecção está atrelado à capacidade técnica, ao envolvimento da equipe de saúde, à oferta de acesso, aos aspectos emocionais, às crenças e aos valores dos doentes. Na prática, o desempenho no diagnóstico depende da interação profissional/comunidade (VILLA E RUFFINO-NETTO, 2011).

Um estudo em Foz do Iguaçu mostrou que o tempo que o serviço de saúde demora a realizar a consulta de diagnóstico de foi de 10 dias. A não obtenção da

primeira consulta em 24 horas fez com que o diagnóstico da TB fosse realizado num prazo maior ou igual a 10 dias. Quando o profissional de saúde suspeitou de TB na primeira consulta e solicitou o exame de baciloscopia ou encaminhou o doente para realizá-lo em outros serviços, o tempo do retardo foi reduzido. Além de que muitos usuários relataram que tiveram que ir diversas vezes à unidade de saúde para obter o diagnóstico (SILVA-SOBRINHO ET AL, 2012).

Dessa forma, ainda não existe na literatura o tempo ideal para que ocorra o diagnóstico da TB. O que se descobriu no estudo foi que o tempo para se realizar o diagnóstico de TB na APS ficou em torno de 7 dias, podendo chegar a 35 dias. Que é o mesmo tempo registrado na Síria, Ucrânia, Tailândia e países da América do Sul e menor que em Bangladesh e no Nepal, que apresentaram mediana de 50 dias (BASNET ET AL, 2009).

Já no Estado do Rio de Janeiro o tempo para a procura do primeiro serviço teve mediana de oito semanas e os principais motivos descritos pelos pacientes para a demora em procurar atendimento médico foram: achar que os sintomas não indicavam nenhuma doença; custo para o deslocamento até uma unidade de saúde; dificuldade em conseguir atendimento; falta de tempo disponível para procurar uma unidade de saúde e achar que melhorariam espontaneamente (MAIOR, 2012).

Tabela VIII- Variável acesso dos usuários ao diagnóstico de tuberculose, segundo a equipe de saúde da família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Categoria de Análise	*Média	DP	**Classificação
Acesso ao diagnóstico de tuberculose	3,32	1,35	Razoável
Unidades de Saúde			
CF A	3,49	1,40	Razoável
CF B	3,01	1,43	Razoável
CF C	3,60	1,41	Satisfatório
CF D	3,40	1,27	Razoável
CF E	3,01	1,43	Razoável
Variáveis			
I- Procurar a unidade de saúde mais próxima	4,58	0,62	Satisfatório
II- Esperar mais de 60 minutos	3,60	1,36	Satisfatório
III- Dificuldade de obter informação por telefone	2,47	1,76	Não Satisfatório
IV- Dificuldade de marcar consulta por telefone	2,30	1,71	Não Satisfatório
V- Dificuldade de deslocamento	3,45	1,20	Razoável
VI- Utilização de meio de transporte	3,39	1,48	Razoável
VII- Gasto com meio de transporte	3,49	1,46	Razoável
VIII- Perda de turno de trabalho	3,08	1,28	Razoável

*Média de acordo com a escala likert: sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca.

**Escore para classificação dos resultados: Menor que 2,49- Não satisfatório, De 2,50 até 3,49 Razoável e Maior que 3,50 Satisfatório. DP-Desvio Padrão

No tabela VIII observa-se a média de respostas que os 210 entrevistados responderam, quanto a variáveis da dimensão acesso ao diagnóstico de TB. Os dados comprovam, em sua maioria, que o acesso ao diagnóstico de tuberculose é razoável nas Unidades de Saúde entrevistadas.

4.4.1 Análise das variáveis de acesso ao diagnóstico de tuberculose na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva da equipe de Estratégia de Saúde da Família entrevistados.

As análises identificam de forma eficaz e objetiva cada uma das variáveis estudadas no questionário de avaliação utilizado na pesquisa e por conclusão atende aos objetivos específicos do estudo, analisar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de TB na ESF.

4.4.1.1 Variável I- Procurar a unidade de saúde mais próxima

Em relação a variável procurar a Unidade de Saúde mais próxima quando os usuários apresentam sinais e sintomas de tuberculose, os entrevistados responderam que em média (4,58) os usuários buscam sempre unidade mais próxima de sua residência

para realizar o diagnóstico da doença. O que classifica esse dado como satisfatório para avaliação do acesso.

Para Azevedo e Costa (2010) é amplamente sabido que barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços: quanto menos especializados, mais próximos localizam-se da população, e o inverso é verdadeiro. Nesse sentido em seu estudo, os autores identificam que o acesso não sofreu críticas por parte dos usuários, pelo contrario, os relatos eram que a distância era perto e daria para ir caminhando.

Tal fato das pessoas com TB realizarem o tratamento perto de sua residência pode estar relacionado a aspectos de organização interna das unidades de saúde e não aos especificamente aos geográficos. Também pode estar relacionado com a compatibilidade do horário de atendimento da unidade, com a disponibilidade de horário e tempo de algumas pessoas, qualidade no acolhimento desta pessoa, estigma da doença e inclusive o vínculo entre os profissional (VILLA E RUFFINO-NETTO, 2009).

Villa e Ruffino-Neto discutem acerca dos resultados encontrados na pesquisa, que comprovam que os profissionais revelam que os usuários preferem buscar atendimento mais próximo de suas casas.

4.4.1.2 Variável II- Esperar mais de 60 minutos para serem atendidos.

Em relação a variável esperar mais de 60 minutos para receber atendido, os entrevistados responderam que em média (3,60) os usuários não esperam mais de 60 minutos para receberem atendimento. O que classifica esse dado como satisfatório para avaliação do acesso

Alguns autores revelam que um dos grandes indicadores de abandono na adesão do usuário com TB ao programa de controle de Tuberculose é o tempo de espera das consultas na APS (BERGEL E GOUVEIA, 2005).

Outro estudo importante revelou que um tempo prolongado de espera para a consulta médica pode desestimular o paciente a retornar ao serviço, principalmente nos casos onde o doente encontra-se assintomático. Além disso, um paciente em fase de diagnóstico ou no início do tratamento pode disseminar aerossóis e transmitir o bacilo se apresentar tosse enquanto aguarda a consulta médica (VILLA E RUFFINO-NETTO, 2009).

Quanto mais o usuário espera para ser atendido, maior será o tempo para realizar o diagnóstico de tuberculose, e assim também maior a disseminação da doença em meio

a sociedade. Para tanto é necessário que os profissionais priorizem esses usuários e diminuam o tempo de espera para esse tipo de consulta.

4.4.1.3 Variável III- dificuldade em obter informação por telefone na unidade de saúde.

Em relação a variável dificuldade em obter informação por telefone na unidade de saúde, os entrevistados responderam que em média (2,47) os usuários não conseguem informação por telefone nas unidades. O que classifica esse dado como não satisfatório para avaliação do acesso

A comunicação por telefone pode ser um meio muito atrativo aos usuários com sinais e sintomas de TB, para melhor o seu acesso à unidade de saúde. O que alguns entrevistados relatam é que existe a presença de um telefone na administração da clínica só que os funcionários não têm informação da doença e direcionam para buscar atendimento na unidade.

Na Inglaterra existe um programa de atendimento telefônico, onde as pessoas ligam e são atendidas por enfermeiros que vão dando informação acerca do problema revelado. A população procura o atendido em caso de urgências ou no de aparecimento de sinais e sintomas diversos e são acolhidos pelo profissional, que resolvem o problema deles (JONES, 2007).

O mesmo ocorre no Brasil, que têm serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Serviço proposto pelo governo para prestar atenção à população em casos de urgência. O socorro é feito por atendimento telefônico, gratuitamente, que primeiramente é atendido pelo um técnico que vai identificar o problema e direcionar para um médico que começa o diagnóstico e o atendimento na ligação (SALVADOR, 2015).

Nesse sentido por que não implantar na Atenção Primária de Saúde um modelo de atendimento telefônico para aproximar o cuidado dos profissionais de saúde da comunidade que necessita de atenção integral de saúde. Além de que tal veículo pode ser um facilitador no acesso do usuário na APS.

4.4.1.4 Variável IV- Dificuldade em marcar consulta por telefone na unidade de saúde.

Em relação a variável dificuldade em marcar consulta por telefone na unidade de saúde, os entrevistados responderam que em média (2,30) os usuários não conseguem marcar consulta por telefone nas unidades. O que classifica esse dado como não satisfatório para avaliação do acesso.

4.4.1.5 Variável V- Dificuldade em deslocar-se até a unidade de saúde.

Em relação a variável dificuldade em deslocar-se até a unidade de saúde, os entrevistados responderam que em média (3,45) os usuários apresentam alguma dificuldade de deslocamento. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

Uma pesquisa realizada em Natal/RN, identificou que a satisfação do usuário quanto ao acesso ao atendimento pode decorrer devido ao simples fato de ter sido atendido, independente dos esforços para consegui-lo. Em relação à distância da residência foram fatores importantes para determinação da classificação dos doentes quanto à facilidade ou dificuldade do acesso ao atendimento à saúde (DANTAS ET AL, 2014).

4.4.1.6 Variável VI- Utilização de meio transporte motorizado.

Em relação a variável utilização de meio transporte motorizado, os entrevistados responderam que em média (3,39) os usuários utilizam algum meio de transporte para deslocar-se até a unidade. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

Um estudo feito em Itaboraí/ RJ diverge dos resultados encontrados na pesquisa, com resultado de que em média os usuários quase sempre utilizam transporte motorizado para ir à unidade de Saúde (MOTTA ET AL, 2007).

Já o estudo realizado por Scatena et al (2009) mostrou que os indicadores relacionados à necessidade de transporte motorizado, pagamento pelo transporte e realizar o tratamento na unidade de saúde mais próximo de sua casa não atingiram as qualificações desejáveis em nenhum dos municípios estudados.

4.4.1.7 Variável VII- Gasto com transporte.

Em relação a variável gasto com meio transporte motorizado, os entrevistados responderam que em média (3,49) os usuários gastam algum dinheiro com meio de transporte para deslocar-se até a unidade. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

Motta et al (2007), descreve em seu estudo, em Itaboraí/ RJ, que quase sempre os usuários dessa região gastam dinheiro com meio de transporte motorizado, esse dado difere um pouco dos dados obtidos no estudo.

Nesse sentido também se evidenciou que na região citada, as unidades de saúde disponibilizavam vale transporte e cesta básica para os usuários com tuberculose que frequentam a unidade de saúde (MOTTA ET AL, 2007).

Villa e Ruffino-Neto (2009) apontam que há maior necessidade de utilização e pagamento por transporte motorizado nos ambulatorios Oeste e Central que apresentam baixa frequência de oferecimento de vale transporte (elenco de serviços) em relação aos ambulatorios da região Sul e Norte.

No estudo identificou-se que nas unidades da AP 3.1 que participaram da pesquisa não há disponibilidade de vale transporte para os usuários com tuberculose. O relato dos profissionais entrevistados foi de que os usuários tinham que arcar com os custos de deslocamento até a unidade de saúde onde buscam o diagnóstico.

4.4.1.8 Variável VIII- Perda de turno de trabalho ou compromisso.

Em relação a variável utilização perda de turno de trabalho, os entrevistados responderam que em média (3,08) os usuários utilizam algum meio de transporte para deslocar-se até a unidade. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

No estudo de Motta et al (2007) o resultado encontrado foi que em média quase sempre os usuários perdem o turno de trabalho, tal dado é diferente da pesquisa que mostrou que às vezes os usuários perdem o turno de trabalho.

Outro estudo mostrou que quanto à perda de turno de trabalho para ir ao serviço de saúde, observou-se que apenas 56,4% não foram prejudicados em seu turno de trabalho ou compromisso (LOUREIRO ET AL, 2015).

Nesse sentido, atenção especial deve ser dada a frequência regular com que os doentes perdem o dia de trabalho para consultar.

4.4.2. Dimensão de acesso ao tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva da equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Tabela IX- Variável acesso dos usuários ao Tratamento de tuberculose, segundo a equipe de saúde da Família entrevistada da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Categoria de Análise	*Média	DP	**Classificação
Acesso ao Tratamento de tuberculose	3,79	1,21	Satisfatório
Unidades de Saúde			
CF A	3,80	1,29	Satisfatório
CF B	3,70	1,33	Satisfatório
CF C	4,00	1,32	Satisfatório
CF D	3,75	1,17	Satisfatório
CF E	3,96	1,19	Satisfatório
Dimensões			
I- Conseguir consulta em 24 h	4,68	0,60	Satisfatório
II- Conseguir obter informação 'por telefone	3,48	1,61	Razoável
III- Conseguir marcar consulta por telefone	2,12	1,61	Não Satisfatório
IV- Visita Domiciliar	4,79	0,61	Satisfatório
V- Pertencer a área adstrita	4,50	1,03	Satisfatório
VI- Perder o turno de trabalho	3,45	1,17	Razoável
VII- Dificuldade de deslocamento	3,27	1,46	Razoável
VIII- Utilização de meio de transporte	3,36	1,33	Razoável
IX- Gasto com meio de transporte	3,42	1,38	Razoável
X- Falta de medicamento nos últimos 12 meses	4,26	1,28	Satisfatório
XI- Esperar mais de 60 minutos	3,83	1,32	Satisfatório

*Média de acordo com a escala likert: sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca.

**Escore para classificação dos resultados: Menor que 2,49- Não satisfatório, De 2,50 até 3,49 Razoável e Maior que 3,50 Satisfatório. DP-Desvio Padrão

A tabela a seguir destaca as variáveis passar mal e conseguir consulta em 24 horas, conseguir informação por telefone, conseguir marcar consulta por telefone, visita domiciliar, pertencer a área adstrita, perda do turno de trabalho, dificuldade de deslocamento, utilização de meio de transporte motorizado, gasto com meio transporte motorizado, falta de medicamento e esperar mais de 60 minutos para ser atendido. Para tanto foi feita a análise estatística, de acordo com cada unidade da Estratégia de Saúde da Família estudadas.

4.4.2.1 Variável I- Conseguir marcar uma consulta médica no prazo de 24 horas.

Em relação a variável conseguir marcar uma consulta em 24 horas, os entrevistados responderam que em média (4,68) os usuários em tratamento de TB conseguem marcar uma consulta médica em 24 horas. O que classifica esse dado como satisfatório para avaliação do acesso.

Segundo Villa e Ruffino-Netto (2011) é muito comum no início do tratamento o usuário com TB apresentar efeitos colaterais em decorrência da terapia medicamentosa

como epigastria, artralgia entre outros. Nesse sentido são de vital importância as consultas de urgência frente à possibilidade de interrupção medicamentosa no período crítico do tratamento, em que há elevado risco de transmissibilidade do bacilo. Verifica-se, portanto, agilidade do serviço na atenção a esse evento, o que contribui para a acessibilidade do doente ao tratamento. Os doentes referiram que quase sempre ou sempre conseguem consultas médicas em um prazo de até 24 horas.

Esse fato é muito importante para garantia do acesso ao tratamento na APS. Visto que se o usuário tem a certeza que se ele passa mal ele consegue ser atendido na unidade que ele faz tratamento, é essa unidade que ele vai buscar no momento que ele sente-se mal. Mas tal fato só vai ocorrer se ele vincular-se a unidade de saúde.

4.4.2.2 Variável II- Conseguir obter informação por telefone na unidade de saúde.

Em relação a variável conseguir obter informação por telefone, os entrevistados responderam que em média (3,48) os usuários não conseguem obter informação por telefone nas unidades. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

Na discussão dessa variável cabem algumas colocações. A primeira é que os entrevistados revelaram que na unidade de saúde existe um aparelho telefônico, mas este fica localizado mais especificamente na sala da administração das Clínicas da Família. A segunda é que a informação que os usuários têm é que eles precisam procurar a unidade e buscar atendimento com um membro de sua equipe de saúde. E por fim é que os usuários não tem acesso ao número da unidade facilmente.

Mediante ao exposto, conclui-se que as unidades não dão acesso aos usuários a informação por telefone. Mesmo as respostas da equipe, sendo quase sempre.

Nesse sentido o estudo de Villa e Ruffino-Neto (2009) identificou que sobre a comunicação entre o doente e o serviço de saúde, muitos dos doentes relataram nunca ter utilizado o telefone para obter informações (76% dos entrevistados, n= 76).

4.4.2.3 Variável III- Conseguir marcar uma consulta por telefone na Unidade de Saúde.

Na discussão da variável conseguir marcar uma consulta por telefone, os entrevistados responderam que em média (2,12) os usuários não conseguem marcar consulta por telefone na unidade. O que classifica esse dado como não satisfatório para avaliação do acesso.

4.4.2.4 Variável IV- Visita domiciliar

Em relação a variável visita domiciliar, os entrevistados responderam que em média (4,79) os profissionais realizam visita domiciliar para os usuários em tratamento de TB. O que classifica esse dado como satisfatório para avaliação do acesso.

A informação da pesquisa de Villa e Ruffino-Netto (2011) que revela que sobre a visita domiciliar (VD), a média de respostas para a frequência no recebimento de VD foi relatada nos locais estudados como às vezes e quase sempre.

Dessa forma, considera-se que o doente de TB se apresenta vulnerável física, emocional e socialmente, devido ao seu contexto social, na maioria das vezes desfavorável, é necessário conhecer o ambiente no qual esse indivíduo está inserido a fim de que a equipe de saúde realize uma abordagem especial para cada caso, minimizando, assim, os entraves no processo de atenção à TB (FIGUEIREDO, 2008).

Nesse contexto, a ESF prevê a utilização da visita domiciliária (VD) como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos (GIOCOMAZZI E LACERDA, 2006).

Trata-se de uma atividade realizada pelos profissionais de saúde no domicílio, com o objetivo de prestar ações e serviços para a promoção, prevenção, manutenção ou recuperação da saúde.

Assim, torna-se imprescindível que a equipe da saúde da família se disponha a prestar uma assistência adequada à população residente em áreas de maior risco de ocorrência de TB, atuando, portanto, para a melhoria da qualidade de vida e entendendo o doente de tuberculose como um ser único, com peculiaridades, sem perder de vista seu contexto familiar e social (CLEMENTINO E MIRANDA, 2015).

No mesmo estudo foi observado que alguns doentes de tuberculose demonstraram a necessidade de obter mais suportes por parte dos profissionais de saúde, destacando a visita domiciliar como um espaço de promoção da saúde e construção de vínculos entre os sujeitos envolvidos no processo (CLEMENTINO E MIRANDA, 2015).

Visto isso a visita domiciliar é uma ação de extrema importância para Estratégia de Saúde da Família, principalmente quando voltada para as questões da tuberculose. Portanto, os profissionais das equipes de saúde da ESF, devem lançar mão dessa estratégia dentro de suas unidades, para que o cuidado com o usuário em tratamento de TB seja eficiente.

Nessa perspectiva, a Visita Domiciliar emerge como uma estratégia que integra a valorização do cuidado especial e o reconhecimento do doente de tuberculose, ampliando as possibilidades terapêuticas, a partir da adesão e conclusão do tratamento, componentes essenciais para o controle efetivo da tuberculose e a redução de multidroga resistência (CLEMENTINO E MIRANDA, 2015).

4.4.2.5 Variável V- Pertencer a área adstrita

De acordo com a pesquisa, os entrevistados de todas as unidades que participaram do estudo, responderam que em média (4,50) os usuários com TB tratados na unidade de saúde pertencem à área adstrita. O dado é classificado como satisfatório para avaliar o acesso.

A Atenção Básica, em específico, a ESF, para sua consecução, necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GODIM, 2012).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Contudo que os municípios e população ganham com a implantação do PSF, pois um maior número de pessoas passa a ser atendida nas USFs, recebendo assistência contínua e qualificada. Melhoram-se os indicadores de saúde, reorganiza-se o sistema local de saúde, diminui-se o número de exames complementares, de consultas especializadas, de encaminhamentos de urgência e emergência e as internações hospitalares desnecessárias (BRASIL, 2011).

Existem distintas maneiras de organização das UBS e realidades socioepidemiológicas, além de facilidade de acesso, construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais pela continuidade do cuidado dos usuários, foram determinantes decisivos para a determinação do número de habitantes da área adstrita;

assim, cada UBS localizada em grandes centros urbanos e que não adota a ESF deve acolher no máximo 18 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Àquelas com ESF recomenda-se, no máximo, 12 mil habitantes, em que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Nesse sentido é essencial que as unidades de saúde atendam o máximo de pessoas cadastradas em seu território, pois assim haverá um aumento na qualidade de assistência prestada para essas pessoas.

4.4.2.6 Variável VI- Perder o turno de trabalho

De acordo com o resultado encontrado, os entrevistados, responderam que em média (3,45) os usuários com TB tratados na unidade de saúde em alguns casos eles perdem o turno de trabalho. O dado é classificado como razoável para avaliar o acesso.

Perda do dia de trabalho e tempo de espera para consulta médica são elementos fortemente relacionados à barreira econômica, visto sua implicação aos problemas trabalhistas, como atrasos ou faltas que repercutem por vezes em descontos salariais ou mesmo demissões (NEEDHAM ET AL, 2004).

No estudo de Villa e Ruffino-Netto (2011) em quase todos os centros, os doentes perdem o dia de trabalho. As rotinas dos serviços de saúde pública, em que os horários de atendimento são coincidentes com a jornada de trabalho diária dos usuários, colocam o usuário em grande paradoxo na continuidade terapêutica.

Então podemos destacar que se os profissionais de saúde atenderem esses usuários no horário marcado e/ou não acontecer atrasos no atendimento, esse indivíduo pode não ter motivos para abandonar o tratamento, devido à descontos de salários ou medo de demissão.

Em um estudo realizado na Índia, pode-se observar que dentre os fatores predisponentes ao abandono, os prejuízos trabalhistas estiveram fortemente associados. Os sujeitos relataram que seus chefes geralmente preocupavam-se com a queda na produtividade em decorrência da TB, assim alguns pacientes omitiam a doença aos seus empregadores (NAIR, GEORGE E CHAKO, 1997).

Em contra partida, uma investigação sobre o acesso ao tratamento da TB mostrou que uma menor parte dos doentes de TB perde o turno de trabalho para comparecer na unidade de saúde, tanto para as consultas quanto para a realização das

doses supervisionadas, indicando uma boa característica do serviço de saúde (LAFAIETE ET AL, 2011).

Vale ressaltar que o usuário com tuberculose faz o tratamento durante 6 meses, ou seja, ele tem que ir até a unidade durante muito tempo. E lembrando que muitos dos usuários estão locados em trabalhos que não há regimento pelas leis trabalhistas. Muitos são apenas contratados, outros trabalham por conta própria. Então quanto mais ele perde o turno de trabalho para realizar o tratamento, mais aumenta as chances desse usuário abandonar o tratamento.

4.4.2.7 Variável VII- Dificuldade de deslocamento

Em relação a variável dificuldade de deslocamento, os entrevistados responderam que em média (3,27) os usuários que fazem tratamento na unidade têm alguma dificuldade em deslocar-se. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

Um estudo feito na Etiópia mostrou que nas unidades de saúde mais distantes, o percentual de abandono era maior, o que foi verificado foi que nessas localidades as desistências ocorriam já no início do tratamento, representando grande perigo a comunidade, pois nesse período a possibilidade de transmissão é alta (SAGBAKKEN, FRICH E BJNUST, 2008).

Outro estudo proposto por Villa e Ruffino-neto (2011) identificou que um dos centros de saúde estudo, o centro A, era necessário que a coordenação do PCT nesse centro repensasse sobre sua situação atual, posto que os doentes reportaram grande distância a ser percorrida até a unidade e despesas com transportes pode representar grande barreira ao tratamento.

Nesse sentido quando maior a dificuldade de deslocamento que o usuário enfrenta para realizar seu tratamento de TB, mais gasto financeiro ele vai ter proporcionalmente. Visto que ele vai precisar utilizar um meio de transporte motorizado para conseguir chegar até a unidade de saúde.

4.4.2.8 Varável VIII- Utilização de meio de transporte

Em relação a variável utilização de meio de transporte, os entrevistados responderam que em média (3,36) os usuários utilizam algum meio de transporte para realizar o tratamento de TB nas unidades. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

Os profissionais de saúde revelaram que desconhecem que a unidade fornece vale transporte para os usuários com TB. Ou diziam que era só para os usuários com TB multirresistente.

Ainda no estudo de Ribeirão Preto, os autores descrevem que alguns centros de saúde utiliza como “critério social” para a distribuição do vale transporte, o perfil econômico de cada usuário e a situação trabalhista, entretanto, a seleção é feita de forma “assistemática”, sem protocolos. Ainda, o estudo apontou que os gastos com as viagens para o tratamento é um dos elementos contribuintes para o agravamento da pobreza do doente de TB, pois acarreta em subtrações importantes na renda familiar (VILLA E RUFFINO-NETO, 2011).

4.4.2.9 Variável IX- Gasto com meio de transporte

Em relação a variável gasto com meio de transporte, os entrevistados responderam que em média (3,42) os usuários têm algum tipo de gasto com meio de transporte para realizarem o tratamento de TB na unidade. O que classifica esse dado como razoável para avaliação do acesso.

Os resultados encontrados na pesquisa de Villa e Ruffino-Neto (2009) demonstram que os doentes de TB atendidos na UR não fazem o tratamento perto do domicílio, apresentando maior necessidade de transporte motorizado para ir ao serviço de saúde durante o tratamento e de pagar por esse transporte do que os doentes em tratamento no PSF.

Nesse caso, o que se esperar dos usuários que realizam o tratamento de tuberculose é que eles busquem unidades mais próximas de suas casas, e assim não precisem utilizar meio de transporte e até mesmo gastar para utilizá-lo.

Nesse sentido, a renda é um indicador social importante no estabelecimento das condições de vida do indivíduo. Nas nove regiões metropolitanas do Brasil, ter renda menor do que meio salário mínimo por membro da família foi associado ao relato de tuberculose. A privação e as barreiras de acesso a recursos básicos parecem constituir o fator mais importante para a ocorrência da doença, independentemente da escolaridade (PINHEIRO ET AL, 2013).

No Brasil, o tratamento padronizado da tuberculose é custeado pelo Governo, mas nem por isso o índice de alta por abandono tem sido reduzido, indicando que outras questões são mais relevantes para a decisão.

Da mesma forma que os gastos com alimentação e passagens de ônibus são um exemplo. A família que não possui condições econômicas para arcar com tais gastos, especialmente quando o doente é o provedor(a), mobiliza-se para que não seja isto um impedimento para a cura do doente. O investimento (não previsto e pesado no orçamento doméstico) lhes garante a possibilidade de que esta pessoa venha a se curar mais rapidamente e retomar suas atividades produtivas o quanto antes.

Na pesquisa feita por Gonçalves et al (1999) alguns pacientes chegam a atribuir a interrupção do tratamento às dificuldades financeiras. Contudo, hábitos como comprar cigarros ou beber cervejas ou refrigerantes não foram abandonados. A distância da casa e a dependência de transporte para ir a UBS foi comentada várias vezes, mas não como a causa mais relevante.

4.4.2.10 Variável X- Falta de medicamento nos últimos 12 meses

Em relação a variável falta de medicamento nos últimos 12 meses, os entrevistados responderam que em média (4,26) não houve falta de medicamento nos últimos 12 meses. O que classifica esse dado como satisfatório para avaliação do acesso.

Segundo o estudo de Ribeirão Preto, um aspecto importante identificado no foi a debilidade na entrega das medicações ao doente. Apesar de 91% dos pacientes entrevistados terem respondido nunca para esta questão, cerca de 18% dos doentes referiram falta de remédios em algum momento durante o tratamento. Os autores, ainda, destacaram que não se conhece qualquer interrupção no fornecimento de medicamentos pelo Ministério da Saúde (VILLA E RUFFINO-NETO, 2011).

A falta de medicamento é um grave problema do sistema de saúde e dos órgãos responsáveis. Pois facilita a não vinculação do usuário à unidade na qual faz o tratamento, além de propiciar o abandono ao tratamento.

A natureza do regime terapêutico para a TB também constitui um desafio para o profissional de saúde, já que implica na administração e na tomada cotidiana de medicamentos durante no mínimo seis meses.

Segundo Villa e Ruffino-Neto (2009) a disponibilidade e fornecimento gratuito dos medicamentos caracterizaram-se como indicadores facilitadores ao acesso ao tratamento em todos os municípios estudados, mas não atingiu os desejáveis 100%. Eles também mencionam que o fornecimento gratuito do medicamento não garante a adesão ao tratamento quando analisadas as condições sócio-econômicas dos doentes.

4.4.2.11 Variável XI- Esperar mais de 60 minutos

Em relação a variável esperar mais de 60 minutos, os entrevistados responderam que em média (3,83) os usuários não esperam mais de 60 minutos para receberem a consulta de tratamento de TB na unidade. O que classifica esse dado como satisfatório para avaliação do acesso.

Ao contrário do estudo de Ribeirão Preto (SP) que em todos os centros estudados, verificou-se que os respondentes apontaram que esse evento quase nunca ocorre, o que mostra agilidade no atendimento desses centros (VILLA E RUFFINO-NETTO, 2011).

Já em estudo realizado no Vietnã identificou-se que a maioria dos doentes de TB preferia realizar seu tratamento no setor privado em decorrência de se esperar menos para a consulta quando comparado ao setor público, evitando-se atrasos no emprego (LONNROTH ET AL, 2001).

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO

Considerando a magnitude da tuberculose como doença socialmente produzida devido ao impacto da mesma na saúde coletiva é de extrema importância identificar e descrever os fatores interferentes do acesso do usuário com sinais e sintomas de TB na APS, além de analisar como acontece esse acesso.

Através desse estudo, evidenciou-se que no que tange as questões da caracterização dos entrevistados, a pesquisa encontrou que dos 210 participantes, 64,8% eram ACS, 13,2% enfermeiros, 11,3% médicos e 10,7% técnicos de enfermagem. A unidade de saúde com a média de tempo de permanência na função menor foi CF Augusto Boal a média de permanências na função dos profissionais entrevistados foi a menor (2,33) e a maior média de tempo de permanência na função foi da CF Heitor dos Prazeres (3,02). A amplitude variou de 1 a 7 anos. Vale destacar que somente 10% dos profissionais de saúde tem alguma titulação (Mestrado, Especialização e/ou Residência).

Quando discutidos os aspectos porta de entrada para o serviço de saúde, 94,3% dos entrevistados revelaram que os usuários, quando apresentam os primeiros sinais e sintomas de TB buscam a APS para o primeiro atendimento. E 93,3% disseram que para as questões preventivas como exame de escarro ou vacina BCG eles também buscam essa unidade de saúde.

O intervalo de tempo para conseguir uma consulta médica, quando os primeiros sinais e sintomas surgem foram de uma mediana de 24 horas. O que pode ser considerado como um tempo pequeno se comparado a outros estudos. E o tempo para obter o diagnóstico apresentou como mediana 1 semana, segundo dados da equipe de saúde da família da APS. Esse resultado mostra que as unidades de saúde da APS estão tendo um bom controle de TB, mediante as considerações dos profissionais de saúde. Mesmo assim, ainda foram encontrados dados muito discrepantes que mostram que o acesso dos usuários ao diagnóstico de TB pode ter alguns obstáculos em alguns casos.

Para as questões de acesso ao diagnóstico de TB, foram identificados alguns fatores interferentes desse acesso, como: deslocamento até a unidade, gasto com meio de transporte motorizado, dificuldade de receber informação e marcar consulta por telefone e a perda do turno de trabalho.

Nesse sentido a pesquisa teve como resultado que nas unidades entrevistadas da A.P. 3.1 o acesso ao diagnóstico dos usuários com TB é razoável. De acordo com a classificação de cada unidade de saúde, a única que mostrou um resultado satisfatório foi a C.F. Heitor dos Prazeres.

Para as variáveis procurar a unidade mais próxima e esperar mais de 60 minutos os resultados são satisfatórios. Já para a variável utilização de meio de transporte e gasto com meio de transporte não são satisfatórios.

Estes fatos mostram que o acesso do usuário ao diagnóstico de TB na APS é facilitado, em sua maioria, no tange a questão da distância da unidade e esperar mais de 60 minutos. Já a questão do gasto com meio de transporte motorizado, dificuldade de deslocamento e a perda no turno de trabalho pode ser caracterizado como um dificultado no acesso do usuário com sinais e sintomas de TB na APS.

Para as questões de acesso ao tratamento de TB, foram identificados fatores que interferem no acesso dos usuários ao tratamento de TB na APS, como: deslocamento até a unidade, gasto com meio de transporte motorizado, dificuldade de receber informação e marcar consulta por telefone e perda do turno de trabalho.

Os resultados encontrados foram que em média as unidades de saúde da A.P 3.1 participantes da pesquisa têm o acesso dos usuários ao tratamento de TB satisfatório. Em todas as cinco unidades onde foi desenvolvida a pesquisa o resultado foi satisfatório para essa questão.

Para as variáveis do estudo: Marcar consulta em 24 horas, visita domiciliar, pertencer a área adstrita, falta de medicamento e esperar mais de 60 minutos os resultados apontam satisfação no que tange o acesso ao tratamento.

Já para as variáveis da pesquisa: obter informação por telefone, perda de turno de trabalho, dificuldade de deslocamento, utilização de meio de transporte e gasto com meio de transporte os resultados foram razoável par as questões de acesso ao tratamento. E para a variável marcar consulta por telefone o resultado foi não satisfatório.

No que se refere às questões de acesso ao tratamento de TB, o estudo identificou que esse acesso é dificultado no que tange os indicadores dificuldade de obter informação e marcar consulta por telefone, perda de turno de trabalho e dificuldade de deslocamento. Mas nos indicadores conseguir consulta de emergência em 24 horas, falta de medicamento, pertencer a área adstrita, visita domiciliar e esperar mais de 60 minutos o acesso é facilitado. Destaca-se que as respostas variarão de acordo com cada unidade de saúde.

Percebe-se, portanto, que instrumentos de aproximação do serviço com o usuário e seu contexto, como a visita domiciliar e meios de facilitação nesta interação como o uso do telefone para marcar consultas ou esclarecimento de dúvidas, ainda não estão

sendo utilizados para otimizar o acesso ao tratamento, o que constitui uma barreira importante aos doentes de TB.

De certa forma ainda existe barreiras no acesso do usuário com tuberculose na atenção primária de saúde. Mas de um modo geral os resultados da pesquisa foram significativos e mostram que não se esgotaram as fontes para se estudar as questões da tuberculose no Brasil.

Sugere-se a utilização de aplicativos e dispositivos de informática e telefonia celular como whatsapp em saúde, através do cadastramento de celulares dos usuários para facilitar o acesso a informação e o contato com os clientes e unidade de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, M.A.L.; VIEIRA, N.F.C.; SILVA, R.M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. *Cienc. Saude Colet.*, v.13, n.6, p.1899-906, 2008
2. AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. *Interface - Comunic., Saude, Educ*, 2010.
3. BASNET, R, HINDENAKER, SG, ENARSON, D, MALLA. P, MORKVE, O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. *BMC Public Health*. 2009;9:236
4. BASTOS, A. V. B. (2006). Trabalho e qualificação: questões conceituais e desafios postos pelo cenário de reestruturação produtiva. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Orgs.). *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed.
5. BERGEL, Fernando Skazufka; GOUVEIA, Nelson. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 6, p. 898-905, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600005&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600005>.
6. 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, 2012. Disponível em

- <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 02 de Outubro de 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 1 julho. 2014.
 8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
 9. _____. Ministério da Saúde, 2010. Secretaria Executiva. Datasus. Acesso em 2 de outubro de 2013. Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c17.def>>
 10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
 11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em 16 de outubro de 2013.

12. _____. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. 3. Ed. Brasília: Ministério da saúde: Secretaria de Vigilância em saúde; Programa Nacional de Controle de Tuberculose, 2011.
13. _____. Rio de Janeiro. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde Caderno de Estatística e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município de Rio de Janeiro. Contribuições para a construção de uma linha de base para os cadastros das microáreas da estratégia de saúde da família do município do Rio de Janeiro - Área de Planejamento 3.1: vol 5. / Rio de Janeiro. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. - Rio de Janeiro : Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) / Rede OTICS-Rio, 2013.
14. _____. Ministério da Saúde: Portal de Saúde: Tuberculose, 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674. Acesso em 20 de Dezembro de 2015.
15. _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.
16. CLEMENTINO, F.S; MARTINIANO, M.S; CLEMENTINO, M.J.S.M; SOUZA, J.C; MARCOLINO, E.C; MIRANDA, F.A.N. Tuberculose: Desvendando conflitos pessoais e sociais. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):638-43.

17. CLEMENTINO, F.S e MIRANDA, F.A.N. ACESSIBILIDADE: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):584-90. p.584.
18. CLEMENTINO, F.S e MIRANDA, F.A.N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):350-4. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a10.pdf>. Acesso em 22 de fevereiro de 2016.
19. DALL'AGNOLL, C.M, LIMA, M.A.D.S e RAMOS, D,D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):674-80. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>.
20. DONABEDIAN, Avedis. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973
21. FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al . Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 de marco de 2014. Epub Sep 18, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000054>.
22. FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro. Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/ PB, Brasil [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
23. FRENK, Julio. Conceptand measurement of accessibility. Salud Publ. Mex 1985; 27(5):438-453.

24. GIACOMIZZI, Célia Mazara e LACERDA, Maria Ribeiro. Prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto contexto-enferm. 2006; 15: 645-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13>. Acesso em 22 de fevereiro de 2016.
25. GIOVANELLA, LIGIA; FLEURY, SONIA. Universalidade da atenção à saúde: acesso com estratégia de análise. Política de saúde: o pública e privado. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1996, p.177-198.
26. GIOVANELLA, LIGIA.; MENDONÇA, MARIA HELENA .M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
27. GONCALVES, Helen et al . Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 777-787, Oct. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400012>.
28. GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, p. 32. Disponível em: . Acesso em: jan. 2012.
29. GODOY, Arilda S., Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades, In Revista de Administração de Empresas, v.35, n.2, Mar./Abr. 1995^a, p. 57-63. Pesquisa qualitativa. – tipos fundamentais, **In Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.3, Mai./Jun. 1995^b, p. 62.

30. GOLUB, JE ET AL. Patient and health care system delays in pulmonary tuberculosis diagnosis in a low-incidence state. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005 Sep;9(9):992-8. PubMed PMID:16158891.
31. HARZHEIM. E, DUCAM, BB, STEIN, AT et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brasil. *BMC Health Serv Res.* 2006.
32. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Área Territorial Brasileira, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm>. Acesso em: 20/12/2015.
33. LAFAIETE, R.S. et al. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí/RJ. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 15, n. 1, Mar. 2011 a.
34. LIMA, Mary Braga de, MELLO, Dalva A., MORAIS, Ana Patrícia P. e SILVA, Weber, C. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública.* 2001;17(4):877-85.
35. LONNROTH K, TRAN TU, THUONG LM, QUY HT, DIWAN V. Can I afford free treatment?: Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Social Science and Medicine* 2001; 52: 935-48
36. LOUREIRO, Rafaela Borges et al . Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1233-1244, Apr. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000401233&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22/06/2015.

37. MEDRONHA, R.A; BLOCH, K.V. Epidemiologia. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.
38. MAIOR, Marina de Loureiro ET AL. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. V. 38, n. 2, Março/Abril, 2012. Disponível em http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=828. Acesso em 22 de fevereiro, 2016.
39. MARCINKO, J; ALMEIDA, C e OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia, *saúde em debate*. 2003; 27(65):243-256.
40. MARCONI, M.A. LAKATOS, E.M. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed.-São Paulo: Atlas 2003. Disponível em: http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india. Acesso em 03 de outubro de 2013.
41. MELLO, F.C.Q. Modelos Preditivos para o Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar Paucibacilar / Fernanda Carvalho de Queiroz Mello. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2001.
42. MOURÃO, LUCIANE. Oportunidades de Qualificação Profissional no Brasil: Reflexões a eflexões a partir de um Panorama Quantitativo partir de um Panorama Quantitativo Panorama Quantitativo. *RAC*, Curitiba, v. 13, n. 1, art. 8, p. 136-153, Jan./Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v13n1/a09v13n1.pdf>. Acesso em 22 de fevereiro de 2016.

43. NAIR DM, GEORGE A, CHAKO KT. Tuberculosis in Bombay: new insights from poor urban patients. *Health Policy and Planning* 1997; 12 (1): 77-85.
44. NEEDHAM DM, BOWMAN D, FOSTER SD, GODFREY-FAUSSET P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. *Health Policy (London)*, 2004; 67: 93-106.
45. NOGUEIRA, J.A; OLIVEIRA, L.C.S; SÁ, L.D; SILVA, C.A; SILVA, D.M, e VILLA, T.C.S. Vínculo e acesso na estratégia de saúde da família: Percepção de usuários com tuberculos. *Rev Rene*. 2012; 13(4):784-93.OMS
46. PINHEIRO, Rejane Sobrino et al . Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 34, n. 6, p. 446-451, dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 mar. 2016.
47. PRADO JUNIOR, José Carlos; VIRGILIO, Thiago Costa; MEDRONHO, Roberto de Andrade. Comparação da proporção de cura por tuberculose segundo cobertura e tempo de implantação de Saúde da Família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2012. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1491-1498, May 2016 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501491&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.03912016>.
48. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em 13 de Fevereiro de 2016.

49. RUFFINO-NETTO, ANTONIO. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 159-162, Aug. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3586200000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de junho de 2015.
50. SA, Lenilde Duarte de et al . Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 2 de outubro de 2013.
51. SAGBAKKEN M, FRICH JC, BJUNE G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008;8 (11): 1-11.
52. SANTOS, T.M.M.G, NOGEIRA, 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*, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):300-5.
53. SALVADOR. .Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Portal de saúde. Salvador. Bahia, 2015. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 17 de Novembro de 2015.
54. SARATHY, Ravi; BARBOSA, Jenny Dantas. Fatores explicativos da permanência e saída do emprego. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 17-29, Mar. 1981 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901981000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901981000100002>.

55. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Estatísticas vitais. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/analise-situacoes-saude>. Acessado em 19 de abril 2014.
56. SENADO FEDERAL (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
57. SILVA-SOBRINHO RA, ANDRADE RLP, PONCE MAZ, WYSOCKI AD, BRUNELLO ME, SCATENA LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(6):461–8.
58. STARFEILD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. DF: Unesco, 2002.
59. TAVARES, Suyane Oliveira; VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi ; KOSTULSKI, Camila Almeida; GONÇALVES, Camila dos Santos. INTERDISCIPLINARIDADE, MULTIDISCIPLINARIDADE OU TRANSDISCIPLINARIDADE. 5º INTERFACES NO FAZER PSICOLÓGICO, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>. Acesso em: 21 de abril de 2013.
60. THOMAS, Jerry R. e NELSON, Jack K. (1996) Research methods in physical activity. 3.ed. Champaign : Human Kinetics. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/tipos_de_pesquisa.pdf. Acesso em 2 de outubro de 2013.
61. TRAVASSOS, C.M.R e CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato

- LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 215-43.
62. VAN DER WERF, MJ, CHECHULIN, J, YEGOROVA, OB et al. Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(4):390–5. 13.
63. VILLA, T.C.S e RUFFINO-NETO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle de tuberculose no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2009.
64. VILLA, T.C.S e RUFFINO-NETO, A. Diagnóstico da tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil. Ribeirão Preto: Funpec; 2011.
65. World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 Dec. Disponível em: http://www.who.int/tb/post2015_tbstategy.pdf. Acesso em: 20/12/2015.

APÊNDICES

APÊNCICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada:** O ACESSO DOS USUÁRIOS AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE, que tem como **objetivo geral:** Avaliar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na Atenção Primária de Saúde. **Objetivos Específicos:** Identificar os fatores interferentes do acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária de Saúde; Discutir os fatores determinantes que facilitam ou dificultam o acesso dos Usuários com tuberculose e Analisar o acesso dos usuários ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Primária de Saúde. O presente estudo será epidemiológico, inquérito prospectivo de abordagem quantitativa.

A pesquisa terá duração de 2 ano(s), com o término previsto para março de 2016. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário, que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O Risco previsto que poderá ocorrer ao participante durante a realização da pesquisa, será algum desconforto emocional ao responder determinada questão, nesta situação, contará com o apoio do pesquisador imediatamente e poderá interromper a pesquisa se achar necessário.

Mestranda Keidi Vianna Benetti/EEAN-UFRJ

Participante da pesquisa

Os benefícios relacionados à participação na pesquisa, dos profissionais de saúde, será o reconhecimento de uma necessidade de melhorias no acesso da população à APS e a contribuição para fomento de produção científica.

Sr (a) receberá uma via deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ -Comitê de Ética e Pesquisa
– Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze -Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 -
www.eean.ufrj.br

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil -Comitê de Ética em Pesquisa -Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova - Telefone: 3971-1463 -site:
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Enfª Keidi Vianna Benetti
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ
92370163/ keidi.b@globo.com

Drª Sheila Nascimento Pereira de Farias
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ
976581212/ sheilaguadagnini@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2015.

(Assinatura).

ANEXOS

Questionário PCATool-Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose nas Clínicas de Família da A.P. 3.1 no Município do Rio de Janeiro.

- Profissionais de saúde

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

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

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

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

Para as questões 17 responda: 1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana)	
17.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo levam para receber o diagnóstico de TB?
Para as questões 18 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
18.	Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?
Para as questões 19 a 25 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica	
19.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?
20.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?

21.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
22.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	
23.	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?	
24.	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?	
25.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviços de saúde?	

D. ACESSO AO TRATAMENTO

OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB

Para as questões 26 a 30 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

26.	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?	
27.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	
28.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
29.	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?	
30.	Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?	

Para as questões 31 a 36 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca

31.	Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?	
32.	Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?	
33.	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?	
34.	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?	
35.	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?	
36.	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	

E. VÍNCULO

Para as questões 37 a 49 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

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

F. ELENCO DE SERVIÇOS

Para as questões 50 a 63 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

COM QUE FREQUÊNCIA A UNIDADE OFERECE OS SEGUINTE SERVIÇOS:

50.	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?	
51.	Exame para HIV/AIDS?	

52.	Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?		
53.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?		
54.	Cestas básicas ou vale alimentação?		
55.	Vale transporte?		
56. Informação sobre:	56.a	Sintomas da TB?	
	56.b	Transmissão da TB?	
	56.c	Tratamento da TB?	
57.	Informação sobre outros temas de saúde?		
58.	Visitas domiciliares durante o tratamento?		
59.	Visitas domiciliares para realização do TS?		
60.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?		
61.	Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?		
62.	Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?		
63.	Tratamento Supervisionado? *		

* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

G. COORDENAÇÃO

Para as questões 64 a 75 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

64.	Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?	
65.	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?	
66.	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?	
67.	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?	
OBS.: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO DOENTE A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)		
68.	Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?	
69.	Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?	

70.	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	
71.	Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?	
72.	Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	
73.	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?	
74.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
75.	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?	

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões 76 a 83 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

76.	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?	
77.	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?	
78.	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?	
79.	Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?	
80.	Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?	
81.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?	
82.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?	
83.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?	

I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

Para as questões 84 a 88 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

84.	Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?	
85.	Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?	
86.	Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?	
87.	Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?	
88.	Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?	

J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Para a questão 89 responda: 1 – (menos de 1 ano); 2 – (1 a 2 anos); 3 – (2 a 3 anos); 4 – (3 a 4 anos); 5 – (4 anos ou mais)

89. Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle da TB?

Para as questões 90 a 98 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase Nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre

90. Durante a sua formação foi abordado o tema TB?

91. Durante a sua formação teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB ?

92. O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?

93. Os profissionais são qualificados para atender TB?

94. Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?

95. O Sr(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?

96. O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?

QUESTÕES QUALITATIVAS (USO DE GRAVADOR)

97. O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?