



## ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE: ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DOS DOENTES DE RIBEIRÃO PRETO/SÃO PAULO

**Laís Mara Caetano da Silva**

laismara@eerp.usp.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Monalise Lemos**

monalemos@yahoo.com.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Iramildes Souza Silva**

iramildessouza@hotmail.com

Universidade Paulista – UNIP - Araraquara

**Anneliese Domingues Wysocki**

lilisew@yahoo.com.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Simone Terezinha Protti**

simoneprotti@yahoo.com.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Rubia Laine de Paula Andrade**

rubia@eerp.usp.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Tereza Cristina Scatena Villa**

tite@eerp.usp.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Pedro Fredemir Palha**

palha@eerp.usp.br

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

### RESUMO

A Tuberculose se configura como um dos grandes problemas de Saúde Pública em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento. O Brasil ocupa o 18º lugar dentre os 22 países com a maior carga de Tuberculose notificada no mundo. Apesar de prevenível e curável, seu tratamento é complexo e muitas vezes é motivo de abandono deste. O presente estudo objetivou analisar a satisfação dos doentes de Tuberculose com relação aos serviços de saúde. Para a coleta foi utilizado um questionário semi-estruturado, elaborado por Villa e Ruffino-Netto (2008), e esta ocorreu mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento, sendo que os dados foram analisados pelo programa *Statistica 8.0*, da *Statsoft*, bem como pela Análise de Conteúdo – Modalidade Temática. Participaram da pesquisa 77 doentes de Tuberculose, sendo a maioria dos entrevistados (54 – 77%) do sexo masculino. Sessenta e seis (85,7%) faziam o Tratamento Supervisionado. No que tange à distância da residência aos serviços de saúde que prestam ações de controle da tuberculose, esta é considerada como boa por 35 (45,5%) dos usuários, e por 19 (24,5%) como regular. Quanto ao tempo gasto no deslocamento da residência ao serviço, para 37 (48,05%) este foi considerado como bom, para 15 (19,5%) muito bom, e para 13 (16,8%) regular. O tempo de espera considerado bom para 35 (45,5%) dos usuários e como muito bom e regular para o mesmo número de doentes (15 – 19,5%), para cada opção. Sete (9,1%) o consideram ruim e 5 (6,5%) como muito ruim. Pôde se identificar por meio do estudo avaliação positiva e regular na parte quantitativa da pesquisa, tendo os dados qualitativos se constituído como importante fonte de informações

para a compreensão dos doentes sobre a realidade vivenciada pela busca de assistência à Tuberculose.

**Palavras-Chave:** Acesso, Tuberculose, Serviços de Saúde.

---

## INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) persiste como doença negligenciada (RUFFINO-NETTO, 2002) e se apresenta como um problema de saúde pública no âmbito nacional e mundial. Estima-se que atualmente ocorram 1,9 milhões de mortes por Tuberculose ao ano, sendo 98% delas em países em desenvolvimento, e cerca de 350.000 decorrentes da associação da Tuberculose com a AIDS (GAZETTA et al., 2006). Em 2007 ocorreram 9,27 milhões de casos novos de TB em 2007, incluindo 1,37 milhões de casos co-infectados TB/HIV e 0,5 milhões de casos multirresistentes, dos quais 0,2 milhões ocorreram em pessoas já tratadas anteriormente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Com relação ao Brasil, o país ocupa a 18ª posição dentre os 22 países com a maior carga da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), apresentando uma prevalência estimada pelo Ministério da Saúde de 58/100.000 casos/habitantes, com cerca de 50 milhões de infectados, 110.000 casos novos e 6.000 óbitos anuais (GAZETTA et al., 2006). No estado de São Paulo 21.000 casos de tuberculose são notificados por ano, representando taxas de incidência de 43,9/100.000 habitantes, taxas de cura próximas a 75% e de abandono próximo a 10%, tendo um coeficiente de mortalidade com a tuberculose como causa básica de 2,5/100.000 habitantes em 2004 (MONROE et al., 2008).

Políticas contemporâneas adotadas pelo Ministério da Saúde reconhecem a descentralização e a integração das ações dos Programas de Controle da Tuberculose (PCTs) como competência da Atenção Básica à Saúde (ABS) visando a melhoria do acesso às ações de diagnóstico e tratamento da doença e de viabilização e sustentabilidade da estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) (MONROE et al., 2008). Tal estratégia visa produzir um impacto epidemiológico na incidência e, principalmente, na mortalidade da doença (HIJAR et al., 2007).

A partir do ano 2000, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (2001-2005) passou a preconizar a descentralização, introduzindo novas possibilidades de intervenção por meio da articulação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), enfatizando a atuação dessas equipes como forma de melhora da adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento, um dos principais entraves para a cura da doença (MUNIZ et al., 2005).

Uma das questões muito discutidas no campo da avaliação dos serviços de saúde no que se refere à aceitação dos serviços pelos usuários está relacionada às características dos próprios usuários (demográficas, geográficas, sócio-econômicas, culturais, religiosas e psíquicas), dos profissionais de saúde (tempo de formação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática), da organização dos Serviços de Saúde (SS) (recursos disponíveis, características da oferta) e quanto à política utilizada pelos SS (tipo de sistema de saúde, financiamento, distribuição dos recursos, quantidade, legislação e regulamentação profissional) (HANE et al., 2007).

Esses aspectos evidenciam que não basta apenas a presença de tecnologias disponíveis e de fácil acesso, outros elementos são necessários: doentes e população em geral bem informados, participação social, disponibilidade de serviços especializados e de qualidade,

sistemas de informações disponíveis, adequada atenção primária, bem como acesso a cuidados e serviços de saúde (PALHA, 2007).

O acesso, a primeira etapa passada pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (LIMA et al, 2007), é definido por Donabedian pelo substantivo “acessibilidade” (caráter ou qualidade do que é acessível) e considerado como um dos componentes principais da qualidade da atenção. Pode ser conceituada como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, de cuidado em saúde de maneira útil e conveniente (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996). Outros autores preferem o substantivo acesso (ato de ingressar ou entrada), ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidado em saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para este estudo, tomamos como base o termo definido por Donabedian, a acessibilidade. Esta é um dos aspectos da oferta dos serviços relacionados à capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população e refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

A acessibilidade pode ainda ser vista por meio de dois aspectos: o sócio-organizacional e o geográfico. Nos aspectos sócio-organizacionais incluem-se os atributos referentes aos recursos e à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do usuário em obter cuidado. A geográfica, por sua vez, se refere ao “isolamento espacial”, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo usuário para a obtenção do cuidado, que pode ser medida por meio da distância linear, do tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros. O conceito de acessibilidade, fator de oferta importante e dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde, inclui também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para satisfazer as necessidades de saúde do usuário (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No contexto atual de luta contra a Tuberculose, um dos principais entraves na eficácia do tratamento e cura da doença (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005) é o abandono do tratamento, que traduz na maioria das vezes a insatisfação do usuário à modalidade do tratamento empregado e também à operacionalização dos serviços de saúde (SÁ et al., 2007), corroborando com a resistência medicamentosa e o impacto negativo no controle da doença (PAIXÃO; GONTIJO, 2007). Embora seja uma doença prevenível e tratável com medicamentos de baixo custo e alta eficácia, vem apresentando aumento no número de casos, com repercussões nos níveis de saúde e mortalidade.

Pesquisas que enfocam a satisfação dos usuários com as ações prestadas pelos serviços de saúde se iniciaram na década de 70, e tem apresentado aumento expressivo desde então (COTTA et al., 2005). A satisfação tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde e se define como um indicador por meio do qual obtemos a opinião dos sujeitos a respeito dos aspectos estruturais, o processo e o resultado (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006). A avaliação do ponto de vista dos usuários é feita tendo em vista a conformidade dos serviços oferecidos, a relação com suas expectativas e aspirações, comportando variáveis por meio das quais os pacientes podem influir de forma direta na definição e avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tais como as condições de acessibilidade, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento e tudo o que é considerado como justo ou equânime (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). A acessibilidade, portanto, consiste em importante determinante na qualidade dos serviços de saúde (LIMA et al., 2007).

Este estudo tem como objetivo avaliar a satisfação do usuário em relação à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde que prestam ações de controle da Tuberculose em um município prioritário de grande porte populacional do interior paulista.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo, de abordagem quanti-qualitativa que tem como eixo a satisfação dos usuários/doentes de Tuberculose em relação aos serviços de saúde que prestam ações de controle da Tuberculose.

O município que constituiu como foco do estudo apresenta uma rede de atenção à saúde constituída por 8 Postos de Saúde, 33 Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde e 6 Policlínicas, subdivididas entre 1 Centro de Saúde Escola, 1 Núcleo de Gestão Assistencial e 4 Unidades Básicas Distritais de Saúde, sendo o atendimento à Tuberculose realizado por 5 das Policlínicas, cada uma inserida em um distrito de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central) (BRASIL, 2009).

Os sujeitos do estudo foram doentes de Tuberculose maiores de 18 anos, com mais de um mês de tratamento nos Programas de Controle da Tuberculose do município e fora do sistema prisional, que aceitaram responder ao instrumento por meio da leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Atendendo a resolução Nº 196/96, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

A coleta de dados foi realizada de Dezembro de 2008 a Janeiro de 2009. Neste período, 113 doentes se encontravam em tratamento, porém apenas 77 participaram do estudo. Foram excluídos da amostra cinco usuários que se recusaram a responder a entrevista, doze que não se enquadraram nos critérios de inclusão, dois por estarem hospitalizados em estado grave, dois por óbito, e quinze por não terem sido localizados. Para a obtenção dos dados utilizou-se um questionário semi-estruturado elaborado por Villa e Ruffino-Netto (2008) que visou avaliar a satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde que desenvolvem ações de controle da Tuberculose. O entrevistado respondeu cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, a Escala de Likert, à qual foi atribuído o valor de zero a cinco. O zero foi atribuído à resposta “não sei”, e os valores de um a cinco registraram o grau de relação de preferência das afirmações (1- Muito ruim; 2-Ruim; 3-Regular; 4-Bom; 5-Muito bom). O questionário também contemplava 3 questões qualitativas: “Como o Sr(a) se sente em relação a experiência com o Tratamento Supervisionado?”; “O Sr(a) indicaria o atendimento do(s) serviço(s) de saúde onde realiza a consulta médica de controle para algum parente ou amigo? Por quê?”; “Quais sugestões o (a) Sr (a) daria para melhorar o atendimento da pessoa com Tuberculose no(s) serviço(s) de saúde onde realiza a consulta médica de controle?”.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: Na primeira foi construído um banco de dados no Software *Statistica 8.0*, da *Statsoft*, e a seguir construídas tabelas de frequência simples e confeccionados médias e gráficos com intervalos de confiança relacionados a cada uma das variáveis “Acesso aos serviços de saúde” que prestam atenção a Tuberculose no município.

Para o tratamento dos dados referentes às questões qualitativas, utilizou-se a Análise de Conteúdo Modalidade Temática, conjunto de técnicas de análise que visam obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 1994).

## **RESULTADOS**

Houve predominância do sexo masculino 54 (77%), idade entre 18 e 59 anos (66 - 85,7%) e Ensino Fundamental incompleto 19 (24,7%). Quanto à ocupação, 18 (23,4%) encontravam-

se desempregados, sendo o mesmo número autônomo e 15 (19,5%) tinham outro tipo de ocupação, sendo apenas 23 (29,9%) empregados. Trinta e quatro (44,2%) possuíam renda maior que um e de até três salários mínimos (entre R\$415,00 e R\$1.245,00).

Trinta e quatro (44,2%) tinham de um até três meses de tratamento, e 29 (37,7%), de três a seis meses. A maioria (66 - 85,7%) recebia Tratamento Supervisionado cinco ou mais vezes na semana, e destes, 57 (74%) o receberam no domicílio, seguidos por 9 (11,7%) que os receberam nos serviços de saúde.

Quanto à forma clínica da doença, 59 (76,62%) dos casos entrevistados era pulmonar e 14 (18,18%) extra-pulmonar, ocorrendo ainda 2 (2,6%) com as duas formas clínicas. Setenta e cinco (97,4%) realizam a consulta médica mensal de controle em serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose (PCT).

No que se relaciona ao acesso, 35 (45,5%) consideram a distância da residência ao serviço de saúde como boa, e 19 (24,5%) a consideram regular. Quanto ao tempo gasto no deslocamento da residência ao serviço que presta ações de controle da Tuberculose, 37 (48,05%) o consideram bom, ao passo que 15 (19,5%) o consideram como muito bom e 13 (16,8%) regular.

Quanto ao meio de transporte, 26 (33,8%) consideram bom, e 13 (16,8%) regular. Gastos com o transporte são considerados como bom por 16 (20,8%), e 8 (10,4%) o consideram regular. A disponibilidade dos serviços para consultas eventuais ou de urgência é considerada boa para 24 (31,1%) dos entrevistados e muito boa para 20 (26%), ao passo que 12 (16%) dos usuários não souberam responder a questão.

O tempo de espera é considerado bom para 35 (45,5%) dos usuários e como muito bom e regular para o mesmo número de doentes (15 - 19,5%), para cada opção. Sete (9,1%) o consideram e 5 (6,5%) muito ruim.

O tempo gasto na consulta médica de controle é considerado bom por 41 (53,2%) dos usuários e muito bom por 30 (39%) desses. Já o tempo gasto na consulta de enfermagem é visto como bom por 35 (45%) dos usuários, muito bom para 32 (41,6%) deles e regular para 6 (7,7%) destes.

O tempo de espera para a realização de exames (Baciloscopia, Coleta de sangue ou Raio-X) é tido como bom para 33 (42,9%), muito bom para 16 (20,8%), regular para 14 (18,2%), e ruim para 8 (10,4%) dos usuários. O horário de funcionamento do serviço se enquadra como bom para 45 (58,4%), muito bom para 19 (24,5%), e regular para 7 (9,1%) dos usuários.

Por meio dos resultados apresentados, percebe-se que a variável com o menor nível de satisfação é a relacionada aos gastos com o transporte para a realização da consulta médica, com uma avaliação mediana (variável 48). Já as variáveis relacionadas distância da residência com relação ao serviço de saúde, o tempo de deslocamento e o meio de transporte utilizado (45 a 47), o tempo de espera pela consulta (50) e o tempo de espera para os exames diagnósticos (Baciloscopia e Raio-X) (53), não apresentaram diferenças estatisticamente significantes (3,62-3,73), evidenciando assim uma satisfação mediana e um pouco mais positiva frente a relacionada com os gastos com transporte.

A disponibilidade do serviço para consultas eventuais ou de urgência (variável 49) e o horário de atendimento para os doentes de TB (variável 54) apresentaram também médias semelhantes (4,09-4,10), resultado que as colocam entre as variáveis melhor avaliadas. Por fim, o horário para realização do Tratamento Supervisionado (variável 55), o local em que realiza o Tratamento Supervisionado (variável 56), o tempo da Consulta Médica de controle

(variável 51) e o tempo da Consulta de Enfermagem (variável 52) foram as variáveis com relação as quais os usuários apresentaram maior nível de satisfação (4,22-4,32).

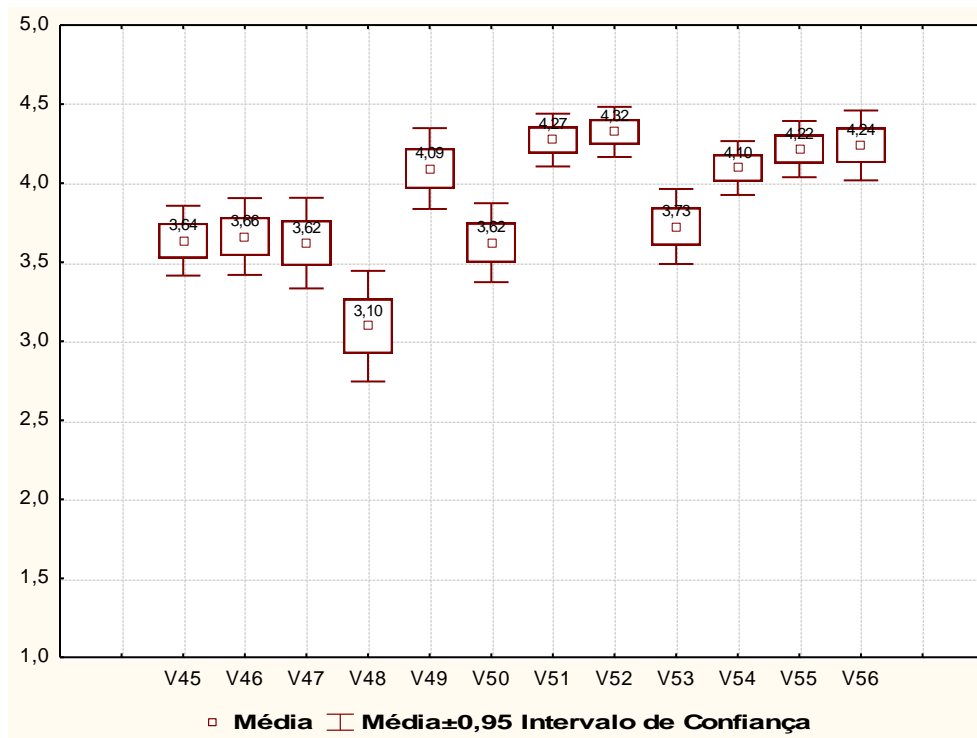


Gráfico 1. Médias e Intervalos de Confiança das Variáveis estudadas.

## DISCUSSÃO

Assim como em outras pesquisas que abordam a temática da Tuberculose, esta também apresenta a maioria dos entrevistados do sexo masculino, gênero que apresenta maior incidência da doença. Quanto à idade, os resultados evidenciam maior incidência da doença entre pessoas de 18 a 59 anos, que se apresentam em idade economicamente ativa, afetando assim as camadas populacionais que atendem as necessidades do mercado de trabalho (BRASIL, 2002).

No que se relaciona a renda, o estudo evidenciou também a uma renda relativamente baixa, corroborando assim com estudos que relacionam a Tuberculose como um problema de Saúde Pública por incidir principalmente na idade mais produtiva das pessoas e prejudicar a vida de cidadãos mais frágeis socialmente (SANTOS et al., 2007).

Embora as variáveis quantitativas tenham apresentado indicadores relativamente bons, alguns dos relatos apresentados pelos doentes de Tuberculose se contrapõem aos resultados, por meio da exposição de uma série de dificuldades vivenciadas no processo de descoberta da doença e a forma como ocorreu o acesso aos serviços de saúde que, neste, evidenciou a demora e o despreparo em diagnosticar o doente de Tuberculose. **“A gente tá doente, tá precisando dos médicos, do posto do bairro da gente e ninguém dá socorro. Fui lá três vezes (...) nesse postinho, aí não virou nada eu fui pro (...) que descobriram e me mandaram pro... que tô fazendo o tratamento” (E7).**

O alto índice de doentes de Tuberculose que recebem o Tratamento Supervisionado na residência (66 – 85,7%) reflete um dos objetivos do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, baseado na estratégia *Direct Observed Therapy Short-Course* (DOTS), que possui potencial para contribuir com a redução das taxas de abandono ao tratamento da tuberculose (PAIXÃO; GONTIJO, 2007). Este resultado demonstra que, apesar da assistência prestada aos doentes de Tuberculose no município ser centralizada em cinco Programas de Controle da Tuberculose localizados em cada distrito de saúde (Central, Leste, Oeste, Norte e Sul), as equipes apresentam comprometimento com a realização do Tratamento Supervisionado e atendem, em termos, o que traz o Plano de Controle da Tuberculose, visto que este propõe a descentralização das ações de controle da doença para serviços de atenção básica e a inserção de equipes da Estratégia de Saúde da Família como meio para atingir o controle da doença. Apesar da cobertura expressiva, alguns aspectos com relação ao Tratamento Supervisionado foram evidenciados. Quanto ao horário de realização do Tratamento Supervisionado, um dos usuários relata: **“Antes vinham mais cedo, aí mudaram algumas coisa lá do pessoal, mas tá bom(...) se agente tem algum compromisso agente adianta” (E5)**, demonstrando a mudança de sua dinâmica de vida devido ao Tratamento Supervisionado. O estigma com relação à Tuberculose e o receio em receber o Tratamento Supervisionado na residência são apresentados pela seguinte fala: **“O único ruim disso, deles “vir”, é a vizinhança... que é muito ignorante, tudo cheio de preconceito... Agora eu acho ruim , deles querer vir aqui todo dia” ( E7)**, revelando também obstáculos para a realização do tratamento de forma adequada e a necessidade de articulação com meios de divulgação para a diminuição do estigma relacionado à doença e conscientização da população.

Quanto à disponibilidade de medicamentos para o tratamento da Tuberculose, este não se constitui como um problema, mas sim a forma como os Serviços de Saúde se organizam para atender a essa necessidade, conforme evidenciado no relato: **“(...) fiquei muito chateada.(...) No feriado que emenda e para o final de semana ,eu levo o remédio pra casa. Houve um feriado que emendou e não me comunicaram. (...) Vim aqui e tava tudo fechado. Aí, cadê a medicação pra eu tomar? (...) Foi falta de comunicação, poderiam ter me ligado. Fui atrás pra conseguir. Fui no Ipiranga, no Cuiabá, expliquei toda a situação... uma burocracia danada, foi um ponto negativo” (E14)**, demonstrando assim a necessidade de reorganização da assistência ao doente de Tuberculose, principalmente em momentos nos quais ocorrem mudanças na dinâmica de atendimento dos serviços de saúde, como em finais de semana e feriados. O tratamento para esta doença é complexo e exige que o doente receba a medicação diariamente, para que não ocorra principalmente o abandono à doença, grande desafio para o controle Tuberculose.

No que se relaciona à acessibilidade geográfica, a avaliação dos usuários foi positiva, o que não a demonstrou como fator determinante na limitação de sua ida as consultas de controle. O tempo gasto no deslocamento, por sua vez, apresentou avaliação mais heterogênea, o que reflete na importância da descentralização como forma de melhorar a proximidade entre usuário e serviços de saúde. Apesar da distância geográfica não ser limitante para a maioria dos usuários, a condição crônica e o cansaço produzido pelas manifestações clínicas da Tuberculose faz com que sua ida ao serviço de saúde seja dificultada, com a necessidade de contar com o transporte público ou com favores de terceiros. A condição sócioeconômica apresentada pela grande maioria dos portadores de Tuberculose, de grande dificuldade social e marginalização da sociedade, e representa um grande obstáculo inclusive para o pagamento pelo transporte utilizado para acessar os SS. Apesar da distribuição de vale-transporte, os Programas de Controle da Tuberculose (PCT) contam com uma quota reduzida e pré-determinada de vales-transporte que são concedidos aos pacientes pelos

profissionais de saúde (lê-se auxiliares de enfermagem e visitantes sanitários), apenas em condições especiais. Além do vale-transporte fornecido pelo PCT existe, no município, a possibilidade de obtenção de vale-transporte gratuito para o período completo de tratamento, mas se constata grande dificuldade para conseguir este benefício pelo fato da lei priorizar pacientes portadores de deficiência física (MAZZEI et al., 2003). Esta realidade pode ser evidenciada pelo relato: **“(...) tem que ter uma assistência econômica, o apoio de transporte deveria ser mais, com certeza. (...)Veio uma Assistente Social aqui, mas nunca mais voltou para dar resposta. Lamentavelmente o apoio é pouco” (E9)**, refletindo assim a falta de vínculo e continuidade da assistência prestada, que deveria ocorrer ao menos de modo a dar retorno sobre a avaliação sócio-econômica realizada.

Meios de transporte (carro, ônibus, motocicleta), em geral apresentaram avaliação entre regular e boa. Este resultado se justifica pelo fato de alguns dos usuários possuírem condução própria, e as avaliações regulares podem ter se concentrado entre aqueles que dependem do transporte coletivo para acessar o serviço de saúde. Cabe ressaltar que alguns dos doentes de Tuberculose precisam de mais de uma condução para chegar ao serviço que presta assistência à Tuberculose, e que nem sempre os passes de ônibus são fornecidos. Unida à fragilidade econômica imposta pelo afastamento do trabalho, esta se apresenta como um fator que pode limitar o acompanhamento. Entretanto, apesar da disponibilidade de condução própria para a maioria dos doentes, percalços relacionados à distância da residência aos serviços de saúde consistem como fatores limitadores do acesso adequado à assistência, principalmente pelo fato deste, no município estudado, ser prestado de forma centralizada: **“É difícil pra mim porque meu filho vem correndo(...) me levar (...) vai pro serviço de novo trabalha a noite, de dia , é complicado, porque tem um (posto) aqui perto de casa, na porta... E não tive, não tenho...(atendimento perto de casa) (E7)”** o que demonstra as dificuldades encontradas para acessar o serviço de saúde e realizar as consultas de controle da Tuberculose.

Quanto à acessibilidade sócio-organizacional, a disponibilidade dos serviços de saúde para consultas eventuais ou de urgência apresentaram avaliação positiva, demonstrando ações dos serviços em casos como indisposição quanto à terapêutica medicamentosa ou piora dos sintomas da doença. O tempo de espera, forma de acesso funcional e fator importante na satisfação dos usuários com as ações prestadas nos serviços de saúde<sup>(6)</sup>, apresentou avaliação heterogênea, e evidenciou que fatores que afetam a dinâmica de vida podem receber avaliação mais crítica, visto que o tempo de espera prolongado pode refletir em perda da jornada de trabalho e de outros compromissos. Apesar de, na maioria dos serviços, a espera ser longa e apresentar-se como dificultador para a continuidade das atividades diárias do doente, um dos usuários se referiu a esta espera de forma positiva: **“Eu tenho convênio (...), às vezes fico (no Convênio) 40 minutos, uma hora esperando minha vez, no postinho eu chegava às 8h00 e ela (a médica) me atendia pontualíssima!” (E12)**. Esta fala, além de demonstrar satisfação quanto à acessibilidade organizacional, revela um contexto relativamente comum nos serviços de saúde: a inserção de doentes que têm convênio, mas que são incluídos no sistema público de saúde para o tratamento e acompanhamento da doença. Os SS, com frequência, apresentam uma série de obstáculos que dificultam o contato inicial, tais como o horário de trabalho, o acesso às consultas e tempo gasto na sala de espera. Em estudo realizado no mesmo município, mas com outro tipo de SS (Unidades de Saúde da Família), a avaliação do horário de funcionamento também foi positiva quantitativamente, mas no discurso evidenciou-se a expectativa de alargar o horário de trabalho, inclusive para outros turnos (GAIOSO; MISHIMA, 2007).



A eficiência dos serviços que prestam ações de controle da TB com relação à espera pelo atendimento apresentou avaliação positiva, evidenciada pela fala: Além de mostrar satisfação com relação à acessibilidade organizacional, a fala demonstra ainda um contexto relativamente comum nos serviços de saúde: a inserção de doentes que têm convênio, mas que são incluídos no sistema público de saúde para o tratamento e acompanhamento da doença.

Merece destaque um estudo realizado no mesmo município, no qual 50% dos entrevistados mencionaram que o atendimento aos casos de Tuberculose deveriam ser descentralizados para as unidades de saúde com base em aspectos como a acessibilidade geográfica, melhor controle do caso, estabelecimento de vínculo e melhor adesão terapêutica. Entretanto, considera-se o fato de que a descentralização relacionada a um evento crônico como a Tuberculose exige repensar a organização do sistema de serviços de saúde por meio de uma lógica que ultrapasse o cuidado individual, tomando como base o envolvimento, interesse e compromisso com o trabalho e comunidade (SILVA et al., 2007).

O tempo gasto na consulta médica e na consulta de enfermagem apresentou altos índices de satisfação. Nas entrevistas, a maioria dos usuários referiram-se positivamente às consultas pelo fato destas durarem mais de dez minutos e serem feitas perguntas sobre sua dinâmica de vida e evolução dos sinais e sintomas da doença durante o tratamento. Esta realidade corrobora com estudos que trazem a duração da consulta como fator que diminui a insatisfação dos usuários com o serviço prestado (COTTA et al., 2005).

No contexto do estudo, exames como Baciloscopia e Raio-X são realizados em Unidades Básicas Distritais de Saúde, que comportam grande demanda de usuários em busca de atendimento às mais diversas necessidades de saúde, realidade que contribui na demora referida por alguns dos entrevistados, visto que 22 (28,57%) avaliam a espera por estes procedimentos entre regular e ruim. Quanto ao horário de funcionamento do Programas de Controle da Tuberculose a avaliação ocorreu de forma positiva.

Em sua maioria, as avaliações relacionadas à acessibilidade aos serviços foram positivas. Em outros estudos em que avaliavam a satisfação dos usuários, a baixa escolaridade e o pertencimento a classes sociais menos favorecidas foram vistas como fatores limitantes para um juízo crítico das ações de saúde prestadas (COTTA et al., 2005).

Cabe ressaltar que este estudo teve como campo de investigação serviços públicos de saúde que prestam atenção a Tuberculose. Dentro das pesquisas de satisfação do usuário, principalmente em países em desenvolvimento, a avaliação é feita por meio de uma interação complexa de elementos. O sentimento de gratidão dificulta uma visão mais crítica do atendimento. Esta avaliação seria evitada pelos usuários devido a este viés devido ao medo de perder o acesso aos serviços de saúde e a relação de dependência aos profissionais de saúde. Em contextos desiguais, com dificuldade para o atendimento às necessidades de saúde, o simples fato de ser atendido, independente dos esforços feitos para conseguí-lo podem resultar em um sentimento de gratidão (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Apesar das entrevistas terem sido realizadas, na maioria, na residência ou em salas reservadas nos próprios serviços de saúde, se faz necessária uma investigação maior acerca dos fatores que influenciam na avaliação crítica ou não crítica à assistência prestada aos doentes de Tuberculose.

## **CONCLUSÕES**

Os resultados expostos evidenciaram a importância no que tange à integração entre dados quantitativos e qualitativos. A análise quantitativa demonstrou uma avaliação extremamente

positiva com relação à assistência prestada pelos serviços que prestam ações de controle da Tuberculose no município, suscitando assim a curiosidade em desenvolver de melhor forma a real avaliação que os usuários fazem quando a rede de atenção à saúde. A análise qualitativa dos dados permitiu ampliar o espectro de avaliação e evidenciou, de forma mais próxima à realidade, a opinião que os doentes de Tuberculose têm com relação ao contexto que vivenciam. Fragilidades dos serviços, como a demora para o diagnóstico da doença, a dependência de terceiros e de meios de transporte para acessar aos serviços devido à distância de sua residência, a deficiência no suporte social (fornecimento de vale-transporte), o estigma da doença, relacionado à ida dos profissionais de saúde até a residência para a realização do Tratamento Supervisionado, gerando sentimento de apreensão perante a vizinhança e, por fim, a disponibilidade de medicações, mas a falta de organização dos serviços para fornecê-las em feriados e finais de semana. Estes fatores dificultam a adesão terapêutica e a efetividade do tratamento. Somente com a abordagem quantitativa, estas informações não teriam sido integradas e se apresentaria um cenário que não seria condizente com a realidade.

Cabe pensar também nos aspectos organizacionais dos serviços de saúde que prestam este tipo de assistência, para que o atendimento seja mais integral e abranja todas as necessidades do doente de Tuberculose (físicas, sociais e psicológicas). Refletir sobre a equipe que presta o atendimento, o tempo de atendimento, os critérios para a realização do Tratamento Supervisionado e proximidade dos SS com relação ao local de moradia do usuário, entre outros aspectos, se apresenta como um exercício de grande contribuição para a melhoria da assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F.A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1996.
- BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Funasa/CRPHF/SBPT, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CNES Web. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 08 abr. 2009.
- COTTA, R.M.M. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.
- FERREIRA, S.M.B.; SILVA, A.M.C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 31, n. 5, p. 427-435, 2005.
- GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M. Users satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 617-625, 2007.
- GAZETTA, C. E. et al. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 6, p. 559-565, 2006.

HANE, F. et al. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. **International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases**, Paris, v. 11, n. 5, p. 539-543, 2007.

HIJAR, M.A. et al Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 50-58, 2007. Suplemento 1.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-7, 2007.

MAZZEI, A.M.A. et al. Suporte Social para portador de Tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 41-46, 2003.

MONROE, A.A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p.262-267, 2008.

MUNIR, J.N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.315-321, 2005.

PAIXÃO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PALHA, P.F. **A sustentabilidade da estratégia do Tratamento Supervisionado no controle da Tuberculose, segundo o contexto geopolítico histórico**. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2007.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 548-551, 2006.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: A calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

SÁ, L.D. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-718, 2007.

SANTOS, M.L.S.G et al. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 762-7, 2007. Número especial.

SILVA, A.C.O. et al. Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n. 2, p. 402-416, 2007.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Epidemiology, strategy, financing**: WHO report 2009. Geneva: WHO. 2009