

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



**Tese**

**Acesso à detecção de casos da tuberculose pulmonar no Rio Grande do Sul**

**Jéssica Oliveira Tomberg**

**Orientador: Profa Dra Roxana Isabel Cardozo Gonzales**

**2018**

**JÉSSICA OLIVEIRA TOMBERG**

**Acesso à detecção de casos da tuberculose pulmonar no Rio Grande do Sul**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração, Práticas sociais em Enfermagem e Saúde. Linha 1. Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

**Pelotas, 2018**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

T656a Tomberg, Jessica Oliveira

Acesso à detecção de casos da tuberculose pulmonar no Rio Grande do Sul / Jessica Oliveira Tomberg ; Roxana Isabel Cardozo Gonzales, orientadora. — Pelotas, 2018.

136 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Tuberculose. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Qualidade, acesso e avaliação da assistência. I. Gonzales, Roxana Isabel Cardozo, orient. II. Título.

CDD : 610.73

**Acesso à detecção de casos da tuberculose pulmonar no Rio Grande do  
Sul**

**Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.**

**Data da Defesa: 13 de julho de 2018.**

**Banca examinadora:**

.....  
**Profa. Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzales (Orientador)**

Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil



.....  
**Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio**

Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil



.....  
**Dra Rubia Laine de Paula Andrade**

Doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

.....  
**Profa. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim**

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

---

**Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes**

Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Brasil



---

**Profa. Dra Lílian Moura de Lima Spagnolo**

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, Brasil



---

**Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti**

Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Brasil

---

**Profa. Dra Alitéia Santiago Dilélio**

Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Brasil

## Resumo

TOMBERG, Jéssica Oliveira. **Acesso à detecção de casos da tuberculose pulmonar no Rio Grande do Sul.** 135f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

**Objetivo:** Avaliar o acesso à detecção dos casos de tuberculose pulmonar nos serviços de saúde de municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Método:** estudo descritivo, composto por dados extraídos de pesquisa multicêntrica. A coleta de dados ocorreu nos municípios de Canoas, Pelotas, Santa Cruz do Sul e Sapucaia do Sul localizados no estado do Rio Grande do Sul. Foram entrevistadas pessoas com tuberculose pulmonar entre os anos de 2013 e 2014. Aplicou-se formulário que contemplava questões referente ao acesso geográfico, a utilização dos serviços de saúde e a oferta dos exames essenciais para o diagnóstico da tuberculose. Para análise do acesso geográfico mediu-se as distâncias entre o domicílio da pessoa com tuberculose e os serviços de saúde próximos, utilizados para primeiro atendimento e para o diagnóstico. Considerou-se como acesso facilitado aqueles serviços localizados em até 800 metros e acesso dificultado os localizados a distância superior a 800 metros. Aplicou-se o teste Qui-quadrado para verificar associação entre os serviços de saúde localizados em até 800 metros e os localizados à distância superior a 800 metros. Quanto a análise dos dados referente a utilização e a oferta de exames foram descritas as frequências relativas e absolutas. **Resultados:** nos municípios de Canoas e Pelotas encontrou-se associação estatística significativa entre as distâncias dos serviços de saúde e o primeiro serviço procurado pelas pessoas ( $p=0,001$ ) e ( $p=0,001$ ) respectivamente. As unidades de pronto atendimento localizadas a distância superior à 800 metros são as mais procuradas para o primeiro atendimento, 40,5% (32) em Canoas e 35,9% (24) em Pelotas. Houve associação estatística entre as distâncias dos serviços de saúde e o serviço que diagnosticou em Canoas ( $p=0,004$ ) e Pelotas ( $p=0,001$ ), apontando que os serviços especializados localizados a distância superior a 800 metros são os mais procurados, correspondendo a 87,4% (69) em Canoas e 59,7% (40) em Pelotas. Com relação a utilização dos serviços nos quatro municípios ( $n=290$ ) verificou-se que 37,5% (109) das pessoas foram diagnosticadas no primeiro serviço de saúde procurado e 62,4% (181) tiveram que buscar outros serviços de saúde até obter o diagnóstico da tuberculose. Os serviços especializados foram os mais utilizados para o primeiro atendimento por 39,7% (115) das pessoas e também os que apresentaram melhor desempenho, na oferta de baciloscopia de escarro para 64,1% (186), radiografia de tórax para 57,2% (166) e exame anti-HIV para 62,7% (182). **Conclusão:** o acesso a detecção da tuberculose apresenta entraves nos municípios em estudo quanto a oferta de ações e a utilização dos serviços de saúde, porém os serviços estão distribuídos geograficamente próximos as pessoas com sintomas da tuberculose. As unidades de APS neste processo apresentam os menores resultados quando comparados com os outros serviços de saúde apontando a baixa participação na detecção de casos de tuberculose.

**Palavras-chaves:** Tuberculose; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## Abstract

TOMBERG, Jéssica Oliveira. **Access to the detection of pulmonary tuberculosis cases in Rio Grande do Sul.** 135f. Thesis (Doctorate) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2018.

**Objective:** To evaluate the access to the detection of pulmonary tuberculosis cases in the health services of municipalities in the state of Rio Grande do Sul. **Method:** a descriptive study, composed of data extracted from multicentric research. Data were collected in the municipalities of Canoas, Pelotas, Santa Cruz do Sul and Sapucaia do Sul, located in the state of Rio Grande do Sul. People with pulmonary tuberculosis were interviewed between 2013 and 2014. A questionnaire related to geographical access, the use of health services and the provision of tests essential for the diagnosis of tuberculosis. For the analysis of geographical access, the distances between the domicile of the person with tuberculosis and the nearby health services used for first care and diagnosis were measured. It was considered as facilitated access those services located in up to 800 meters and difficult access those located more than 800 meters. The Chi-square test was applied to verify the association between health services located up to 800 meters and those located at a distance of more than 800 meters. Regarding the analysis of the data regarding the use and the offer of exams, the relative and absolute frequencies were described. **Results:** in the municipalities of Canoas and Pelotas, a statistically significant association was found between the distances of the health services and the first service sought by the people ( $p = 0.001$ ) and ( $p = 0.001$ ) respectively. The units of prompt service located more than 800 meters are the most sought after for the first service, 40.5% (32) in Canoas and 35.9% (24) in Pelotas. There was a statistical association between the distances of the health services and the service diagnosed in Canoas ( $p = 0.004$ ) and Pelotas ( $p = 0.001$ ), pointing out that specialized services located more than 800 meters away are the most sought, corresponding to 87, 4% (69) in Canoas and 59.7% (40) in Pelotas. Regarding the use of services in the four municipalities ( $n = 290$ ), it was verified that 37.5% (109) of the people were diagnosed in the first health service sought and 62.4% (181) had to seek other health services until the diagnosis of tuberculosis. The specialized services were the most used for the first service, with 39.7% (115) of the people and also those who performed better, offering sputum smear microscopy to 64.1% (186), chest X-ray to 57, 2% (166) and anti-HIV examination to 62.7% (182). **Conclusion:** access to tuberculosis detection presents obstacles in the municipalities under study regarding the offer of actions and the use of health services, but the services are distributed geographically close to those with symptoms of tuberculosis. APS units in this process have the lowest results when compared with other health services, indicating the low participation in the detection of tuberculosis

**Keywords:** Tuberculosis; Health Services Accessibility; Health Care Quality, Access, and Evaluation; primary health care.

## Sumário

<b>I Projeto de pesquisa.....</b>	<b>9</b>
<b>II Relatório do trabalho de campo.....</b>	<b>91</b>
<b>III Artigos.....</b>	<b>99</b>
<b>IV Considerações finais.....</b>	<b>103</b>

## **I PROJETO DE PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



**Projeto de Tese**

**Acesso à detecção de casos da tuberculose pulmonar no Rio Grande do Sul**

**Jéssica Oliveira Tomberg**

**Orientador: Profa Dra Roxana Isabel Cardozo Gonzales**

**Pelotas, 2017**

**Jéssica Oliveira Tomberg**

**Acesso à detecção de casos da tuberculose pulmonar no Rio Grande do Sul**

Projeto apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração, Práticas sociais em Enfermagem e Saúde. Linha 1. Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

**Pelotas, 2017**

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DECS	Descritores das Ciências da Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma operacional da assistência à saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PUBMED	<i>Public Medical/Literatura internacional em ciências da saúde</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RTRM	Rede de Teste Rápido Molecular
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SE	Serviços Especializados
SF	Saúde da Família
SR	Sintomático respiratório

SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

## Sumário

<b>1</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>Hipóteses.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>Revisão da literatura .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Política de controle da tuberculose no contexto internacional .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Política de controle da tuberculose no contexto nacional.....</b>	<b>24</b>
<b>4.3</b>	<b><i>Scoping Review</i>: detecção da tuberculose e o acesso aos serviços de saúde .....</b>	<b>28</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Acesso à detecção da tuberculose: adequação dos serviços de saúde às necessidades dos sintomáticos respiratórios.....</b>	<b>32</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Acesso geográfico aos serviços de saúde para a detecção da tuberculose .....</b>	<b>34</b>
<b>4.3.3</b>	<b>Conclusão .....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>Referencial Teórico-metodológico.....</b>	<b>36</b>
<b>5.1</b>	<b>A pluralidade do conceito do acesso e/ou acessibilidade .....</b>	<b>36</b>
<b>5.2</b>	<b>Acesso à detecção da tuberculose na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde .....</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>Material e Método .....</b>	<b>45</b>
<b>6.1</b>	<b>Delineamento do estudo .....</b>	<b>45</b>
<b>6.2</b>	<b>Caracterização dos locais do estudo .....</b>	<b>45</b>
<b>6.3</b>	<b>Participantes do estudo .....</b>	<b>46</b>
<b>6.4</b>	<b>Procedimento para coleta de dados .....</b>	<b>46</b>
<b>6.5</b>	<b>Procedimento para análise dos dados .....</b>	<b>48</b>
<b>6.6</b>	<b>Procedimentos éticos .....</b>	<b>48</b>
<b>6.7</b>	<b>Divulgação dos resultados .....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>Cronograma .....</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>Plano de despesas .....</b>	<b>51</b>
	<b>Referências .....</b>	<b>52</b>
	<b>Apêndices.....</b>	<b>61</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>77</b>

## 1 Introdução

A tuberculose (TB) faz parte da agenda de prioridades de políticas públicas de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), por se caracterizar como uma condição crônica, infectocontagiosa, e com altas taxas de mortalidade. O Brasil compõe o grupo de países que concentram 50% dos casos de TB no mundo. Em 2015, o país apresentou uma taxa de incidência de 30,9 casos novo por 100 mil habitantes e taxa de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016; 2017). Para o mesmo ano, o estado do Rio Grande do Sul apresentou taxa de incidência de TB e de mortalidade superiores as taxas nacionais, sendo 41 casos novos de TB por 100 mil habitantes e 2,3 óbitos por 100 mil habitantes (SES, 2018).

No intuito de alcançar o controle da doença, em 2015 a OMS aprovou a estratégia “*End TB*”, que tem como objetivo a eliminação da TB, reduzindo o coeficiente de incidência em 90% e o número de óbitos por TB em 95% comparado com 2015 até 2035 (WHO, 2015). Para alinhar as ações de controle com a proposta da OMS, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) definiu como um dos pilares de ação a prevenção e o cuidado centrado na pessoa com TB, tendo como objetivo diagnosticar precocemente todas as formas de TB (BRASIL, 2017).

Para o alcance desse objetivo é fundamental a detecção precoce dos casos, a qual se constitui como uma ação programática que inclui as etapas organizativas da gestão pública e dos serviços de saúde que garantem o diagnóstico da TB (SILVA, 2004). As ações fundamentam-se na busca ativa do sintomático respiratório (SR), definido como as pessoas com tosse por mais de três semanas e o desenvolvimento dos exames necessários para o diagnóstico (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017).

Nesse sentido, estas ações são priorizadas a serem desenvolvidas pelas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). Isto porque são a principal porta de entrada do sistema de saúde, são o ponto de atenção que ordena e coordena a rede de serviços de saúde e operacionalizam o cuidado às pessoas com ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde (MONROE, GONZALES, PALHA et al, 2008). Ademais, reafirma-se essas características, uma vez que, a TB está na lista de

condições sensíveis à APS, constituindo-se em um evento que pode ser evitado ou reduzido nessas unidades, não necessitando de internações hospitalares para a detecção e o tratamento (BRASIL, 2008). Por isso, o PNCT mantém a recomendação de identificar pelo menos 70% dos casos de TB nas unidades de APS por meio da baciloscopia de escarro (BRASIL, 2011b). Contudo, todos os serviços de saúde na rede pública e privada possuem o compromisso de desempenhar as ações de detecção da TB em tempo hábil.

Entende-se que para detectar os casos de TB há o envolvimento de uma rede de serviços integrada, com fluxos preestabelecidos e apoio laboratorial. Para diagnosticar a TB espera-se no mínimo três encontros entre usuários e profissionais de saúde. O primeiro para identificar o SR e solicitar a primeira amostra de escarro para realizar a baciloscopia e o segundo para coletar a segunda amostra de escarro no período da manhã (o material biológico é encaminhado para o laboratório de referência) e o terceiro para informar os resultados dos exames e, caso positivo, iniciar imediatamente o tratamento (BRASIL, 2011b).

Com o intuito de minimizar o quantitativo de encontros até o diagnóstico e otimizar o tempo de início do tratamento existem incentivos recentes do PNCT e do Ministério da Saúde (MS) com avanços tecnológicos que favorecem o diagnóstico da TB. Entre 2014 e 2015 foi implantado nas capitais brasileiras e municípios com alta carga da doença, a Rede de Teste Rápido Molecular (RTRM). O teste molecular permite que seja verificado em apenas duas horas a identificação, a tipagem do bacilo de *Koch* e a resistência à rifampicina (BRASIL, 2015). Resultados iniciais demonstraram identificação de altos percentuais de casos positivos para TB e de resistência a rifampicina, porém, segundo coordenadores estaduais a detecção alcançou menos de 40% dos SR esperados no ano de 2014 (BRASIL, 2015), não atingindo o recomendado de 70%.

Nessa conjuntura, entende-se que a efetivação da detecção da TB vai além da questão de inovação tecnológica. Requer que a gestão dos municípios valorizem às ações de diagnóstico da doença (identificação do caso e realização de exame laboratorial), promovendo condições viáveis para que as unidades de APS consigam realizarem as ações de controle da TB e que estabeleçam fluxos de atenção bem definidos na rede de serviços de saúde.

As pesquisas científicas operacionais, voltadas para a temática, vêm evidenciando fragilidades para a detecção da TB em diversas regiões do país. Essas

relacionam-se com insuficiências estruturais nos serviços de saúde, processos dificultosos, baixo desempenho das unidades de APS na detecção, serviços de saúde distantes da comunidade assistida, não resolutividade do caso no primeiro serviço procurado, profissionais de saúde despreparados para identificação e manejo da doença, causando atraso considerável até o diagnóstico (MOTTA et al, 2009; SOUZA et al, 2015; LOUREIRO et al, 2014; PONCE et al, 2013; PAIVA et al, 2014; DANTAS et al, 2014; RIBEIRO et al, 2016; SÁ; SCATENA et al, 2015; CECILIO; TESTON; MARCON, 2017). Essas situações implicam na demora do início do tratamento podendo agravar o quadro clínico do usuário e ampliar o risco de transmissão da doença para outros indivíduos.

Quando analisadas as produções que avaliam os serviços de saúde para à detecção da TB percebe-se que alguns aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde são avaliados, mesmo que não haja o apontamento da dimensão avaliada do acesso. Isto demonstra a potencialidade que a avaliação do acesso aos serviços de saúde tem para as políticas públicas de controle da TB, para conhecer dificuldades e potencialidades existentes e assim promover estratégias colaborando para o planejamento de ações, organização dos serviços de saúde.

O acesso é um conceito multidimensional, havendo divergências teóricas e das dimensões avaliativas entre autores. Segundo os autores Thiede, Akweongo e McIntyre (2014), estas inviabilizam o uso do conceito de acesso para a avaliação dos serviços de saúde porque distanciam-se da realidade e não permitem comparação entre os sistemas. Nos estudos que se propõem avaliar o acesso aos serviços de saúde para a detecção da TB observa-se que os referenciais teóricos utilizados são variados (CECÍLIO; TESTON; MARCON, 2017; LOUREIRO et al, 2014; DANTAS et al, 2014; SANTOS et al, 2012; PAIVA et al, 2011).

Nesse sentido, os autores Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) propuseram um modelo teórico (Modelo da Estrutura Triangular para a Avaliação do Acesso) de avaliação do acesso aos serviços de saúde que tem a potencialidade de adequar-se a diferentes contextos de sistemas de saúde, possibilitando a comparação. Nesse modelo teórico, o acesso é estabelecido como a adequação entre a oferta dos serviços e as necessidades em saúde dos indivíduos, ou seja, os serviços de saúde proporcionam circunstâncias favoráveis para que determinada ação em saúde seja realizada (THIEDE; AKWENGO; MCLNTYRE, 2014)

Nessa conjuntura, a presente proposta de pesquisa propõe a utilização deste referencial teórico para avaliar o acesso à detecção dos casos de TB, com a intenção de contribuir na padronização da avaliação do acesso. É válido mencionar que o acesso para a detecção da TB requer serviços de saúde minimamente disponíveis em aspectos estruturais, processuais e geográficos, e coerentes com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PNCT, ofertando assistência resolutiva para atenção à TB.

Ademais, cabe considerar que pouco se sabe dos aspectos atuais do acesso à detecção de casos de TB no estado do Rio Grande do Sul. Foram verificados dois estudos desenvolvidos no município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul que verificaram que as unidades de APS não apresentam indicadores favoráveis para a identificação dos sintomas da doença no primeiro contato, para a solicitação de exames (SCATENA-VILLA et al, 2009) e que não há entraves referente a utilização de transporte, deslocamento até a unidade de saúde, conforme percepção dos profissionais de saúde (REIS et al, 2017).

Desse modo, urge a necessidade realizar estudos relacionados ao acesso aos serviços de saúde quanto aos aspectos geográficos do acesso na rede de serviços de saúde, coerência entre a oferta das ações e a utilização dos serviços. É premente o conhecimento de tais aspectos para promover mudanças favoráveis ao controle da TB, colaborando para o planejamento de ações e com a organização dos serviços de saúde para a atenção a TB. A execução desta proposta de pesquisa tem a intenção de contribuir para esta área do conhecimento podendo melhorar a qualidade dos sistemas de serviços de saúde no tocante ao controle e eliminação da TB.

Nesse sentido questiona-se **"Os sintomáticos respiratórios de tuberculose tem acesso às ações de detecção em serviços de saúde do Rio Grande do Sul?"**

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar o acesso à detecção dos casos de tuberculose pulmonar nos serviços de saúde do Rio Grande do Sul.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Mapear as distâncias entre os domicílios dos sintomáticos respiratórios de tuberculose e os serviços de saúde utilizados para a detecção de casos;

Descrever o comportamento de busca dos sintomáticos respiratório de tuberculose por atendimento em serviços de saúde para a detecção de casos;

Investigar a oferta de exames aos sintomáticos respiratórios da tuberculose durante a detecção de casos.

### **3 Hipóteses**

Os sintomáticos respiratórios de tuberculose encontram dificuldades de acesso geográfico na detecção de casos (REIS et al, 2017).

A busca pelo primeiro atendimento em ambulatórios e unidades de urgência e emergência é superior à busca pelas unidades de Atenção Primária à Saúde pelos sintomáticos respiratórios de tuberculose (PONCE et al, 2013; SOUZA et al, 2015).

Os sintomáticos respiratórios de tuberculose não são diagnosticados no primeiro serviço de saúde procurado (LOUREIRO et al, 2014; DANTAS et al, 2014; SÁ et al, 2015), há necessidade de buscar diversos serviços até obter o diagnóstico da tuberculose pulmonar (BRUNELLO et al, 2013)

Há predominância da realização do diagnóstico da tuberculose pulmonar nos ambulatórios (LOUREIRO et al, 2014; PAIVA et al, 2014).

A oferta de radiografia de tórax é superior nas unidades de urgência e emergência, enquanto que nas unidades de Atenção Primária a Saúde é a baciloscopia de escarro (RIBEIRO et al, 2016).

## **4 Revisão da literatura**

A construção da revisão da literatura deste estudo inicia-se com a discussão dos avanços das políticas de atenção ao controle da TB ao longo do tempo no contexto internacional e no âmbito nacional. Subsequentemente apresenta-se a *Scoping Review* a qual identifica as produções científicas relacionadas ao acesso a detecção dos casos de TB.

### **4.1 Política de controle da tuberculose no contexto internacional**

Em 23 de abril de 1993 a TB foi declarada como emergência de saúde pública pela OMS (WHO, 2002) devido a falta de investimento político no controle da doença, aliados a pobreza e crescimento da população, aos movimentos migratórios de urbanização, a favelização e a pandemia do HIV (KRITSKI et al, 2007). Na década de 90 cerca de um terço da população estava infectada com o bacilo de *Koch* (bactéria causadora da doença). Em relatório publicado pela OMS, no ano de 1994, eram estimados que 1,9 milhões de pessoas morreriam por causa da TB, principalmente a população dos países em desenvolvimento (WHO, 1994).

Nesse mesmo ano, foi recomendado a implantação do *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) – Tratamento Diretamente Observado como principal estratégia de controle da TB nos países. O DOTS era composto por cinco pilares, considerados essenciais para guiar os países no controle da TB: compromisso político, detecção de casos com diagnóstico bacteriológico da TB, tratamento padronizado com administração diretamente observada, fornecimento e gestão eficaz dos medicamentos e um sistema de monitoramento de casos que abrange desde a notificação da doença até o encerramento do tratamento (WHO, 2009). Os países que aderiram ao DOTS apresentaram avanços inegáveis na redução da taxa de incidência e cura da doença (WHO, 1999). Contudo, diversos países com altos índices de TB apresentaram dificuldades em operacionalizar as

ações nos serviços de saúde, devido a insuficiente investimento de recursos e a necessidade de reorganizar os sistemas de saúde (WHO, 1998, 2001, 2002).

No ano de 2000 foi feito um acordo internacional estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), com compromissos fixados para garantir um destino melhor para a humanidade até o ano de 2015, esse resultou nas Metas de Desenvolvimento do Milênio (2000 a 2015). A redução drástica da TB é uma das prioridades coletivas das metas: “Deter e começar a reverter a incidência da TB até 2015”. Os indicadores fixados para atender esse objetivo foram: detectar com a baciloscopia de escarro pelo menos 70% dos novos casos da doença, curar pelo menos 85% dos casos, reduzir em 50% a prevalência e as mortes decorrentes por TB em relação a 1990 até 2050 (WHO, 2006; ONU, 2015).

Desse modo, a OMS, juntamente com outras instituições de apoio à nível científico e econômico criaram a parceria “*STOP TB*” (RUFFINO-NETTO, 2002), o qual mantêm-se até os dias atuais, planejando ações mundiais para eliminar a doença como um problema prioritário de saúde pública, por meio de metas e objetivos estabelecidos em um Plano Global (WHO, 2015). O primeiro Plano Global foi instituído entre os anos de 2001 a 2005, o qual reforçou os parâmetros estabelecidos pelas Metas do Desenvolvimento do Milênio. O plano tinha como objetivo expandir o DOTS adaptando-o para o enfrentamento da associação da TB e o HIV e para as novas formas de TB resistente a medicamentos, desenvolver novos métodos de diagnósticos, drogas e vacinas; e fortalecer as parcerias estabelecidas pelo programa (WHO, 2001).

Tais ações de controle foram estabelecidas pela OMS a serem desenvolvidas em 22 países considerados prioritários no controle da TB devido aos altos índices de incidência e mortalidade e que representam 80% da carga da doença no mundo, dentre esses países está o Brasil (WHO, 2001; RUFFINO-NETTO, 2002). O compromisso assumido por esses países, parte da formulação de programas nacionais que estejam em consonância com as recomendações mundiais e que se mantenham atualizados a cada direcionamento. Os Planos Globais do *STOP TB* são lançados com abrangência de cinco e 10 anos e fornecem subsídio para a luta contra a doença.

Entre o período de 2006 a 2015 foram lançados dois Planos Globais *STOP TB*. O Primeiro com abrangência de 10 anos (2006 a 2015), fornecendo subsídio para acelerar o processo de controle da TB e reduzir drasticamente até 2015 em

consonância com as Metas do Desenvolvimento do Milênio. Os objetivos são: conseguir acesso universal à atenção de alta qualidade para todas as pessoas com TB; reduzir o sofrimento humano e a carga socioeconômica associada à TB; dar suporte ao desenvolvimento de novas ferramentas e possibilitar o uso oportuno e efetivo; proteger e promover os direitos humanos na prevenção, na atenção e no controle da TB (WHO, 2006). O segundo, com abrangência de cinco anos (2011 a 2015) foi construído diante da necessidade de reformulação de algumas metas, objetivos e planos do plano lançado em 2006. Apresenta algumas particularidades, como investimentos em reforço laboratorial, em pesquisas operacionais, atualiza as projeções epidemiológicas (WHO, 2011).

Com o fim de 2015, a ONU publicou uma análise dos indicadores que correspondem ao alcance das metas propostas, e ainda reforçou a potencialidade do planejamento de intervenções específicas com adequados recursos e vontade política. No que tange a redução da TB, entre 2000 e 2013 as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento salvou cerca de 37 milhões de vidas. A taxa de incidência teve um declínio discreto, apresentando redução anual de 1,5% em média, refletindo a necessidade de potencializar as ações de detecção da doença. A taxa de prevalência reduziu em 41% e a de mortalidade em 45% entre 1990 e 2013, o que corresponde a 1,1 milhões de mortes por TB em 2013 (ONU, 2015). No relatório a ONU (2015) analisa que o declínio é lento e que em parte é devido à falta de ações estratégicas eficazes pelos países.

A partir de 2015 havia necessidade de assumir novos compromissos, estabelecer novas metas em busca de um destino melhor para a humanidade. Então os "Objetivos de Desenvolvimento Sustentável" (ODS) foram firmados pela ONU, como uma nova agenda que se estende até o ano de 2030, com 17 objetivos e 169 metas. No objetivo número três: "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades", dentre outras metas, prioriza-se acabar com a epidemia da TB até o ano de 2030 (ONU, 2014).

Com o intuito de alcançar tal objetivo a parceria *STOP TB* operacionalizou a "Estratégia pelo Fim da Tuberculose" em vigor nos anos de 2016 a 2020. De forma gradativa a redução da doença é idealizada por objetivos e metas, comparando com os indicadores produzidos em 2015. Os objetivos são: reduzir o número de morte devido a TB em 35% até o ano de 2020 e 75% para 2025, reduzir a taxa de incidência em 20% (<85/100.000 hab.) em 2020 e 50% (<55/100.000 hab.) em 2025.

As metas são postas em dois momentos, a primeira para o alcance do ODS em 2030, reduzindo em 90% os casos de morte da doença, 80% (<20/100.000 hab.) dos casos de incidência. O segundo momento configura-se o fim da TB (2035), dessa forma a redução dos casos de óbito é de 95% e a incidência de 90% (<10/100.000 hab.). Nesse período planeja-se que as famílias não possuam gastos no que envolve o diagnóstico e tratamento da TB (WHO, 2015).

A estratégia de controle se assenta em três pilares de ação. O primeiro centra-se na prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente atribuindo ações para o diagnóstico precoce, incluindo o rastreamento do SR, de contatos, de grupos de risco e o teste de sensibilidade para droga resistente; tratamento para todas as pessoas com TB; o manejo e gestão das co-morbidades TB e HIV e tratamento preventivo para pessoas com alto risco e vacinação contra a TB. O segundo refere-se a políticas arrojadas e sistemas de apoio, disponibilizando recursos adequados para a atenção a TB, com comunidades, organizações da sociedade civil e prestadores de cuidados de saúde engajados com a causa, políticas de saúde universais, com estruturas regulamentadas para notificação dos casos e qualidade da atenção e o uso racional dos recursos e que permitam a proteção social, diminuição da pobreza. O terceiro pilar compreende a intensificação da pesquisa e inovação com descobertas de novas estratégias de intervenção que possibilitem otimizar a implementação das ações, promovendo o impacto esperado no controle de TB (WHO, 2015).

Além disso, o plano sugere o agrupamento dos países prioritários para a formulação de planos regionais coerentes com a realidade para a formulação de estratégias. Esse deve ocorrer por semelhanças históricas, socioeconômicas, epidemiológicas da TB apresentada (WHO, 2015).

#### **4.2 Política de controle da tuberculose no contexto nacional**

A atenção para a problemática da TB era uma realidade no Brasil desde o início do século XX com o Programa de Controle da TB. Contudo, com a instituição do SUS, em 1990, os municípios tiveram que se adequar para atender os princípios e diretrizes do SUS e com os recursos financeiros limitados, o Programa foi desestruturado, reduzindo a força governamental do combate à doença (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2000; RUFFINO-NETTO, 1999, 2002; HIJJAR et al, 2007).

No entanto, após a declaração da TB como emergência de saúde pública pela OMS, em 1993, e a inclusão do Brasil, pelo Plano Global *STOP TB*, no grupo dos países prioritários para o desenvolvimento das ações de controle da TB, o MS brasileiro, em 1994, elaborou o Plano Emergencial para o Controle da doença, seguindo as recomendações internacionais pautando-se no princípio da descentralização do SUS.

Para tanto, 230 municípios foram elencados como prioritários para o desenvolvimento das ações de controle da doença, pois apresentavam taxas elevadas de incidência, mortalidade e coinfeção com HIV (RUFFINO-NETTO, 1999, 2002; BRASIL, 2004; HIJJAR et al, 2007). Os municípios eram responsáveis pelo planejamento, execução, ações de vigilância e prevenção da doença em seus territórios. Posteriormente, foram incluídos mais 85 municípios, totalizando 315 (SANTOS, 2007). No estado do Rio Grande do Sul 15 municípios foram elencados como prioritários: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana, Viamão (BRASIL, 2004), os quais permaneceram até 2017.

Diversas estratégias foram aprimoradas visando avançar no controle da doença e acompanhar os próprios avanços do SUS. Em 1998 foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, com o objetivo de implementar o Programa de Controle da Tuberculose em todos os municípios brasileiros; fortalecer a execução de diagnóstico e a estratégia de tratamento diretamente observado (TDO); e reduzir as taxas de incidência e mortalidade da doença (TEIXEIRA, 1999).

Em 2001, o contexto político foi favorável ao processo de ampliação das ações de detecção e tratamento de casos para o enfrentamento da doença, por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001). Tais ações passam a ser responsabilidade das unidades de APS integrando o conjunto das ações em saúde sob responsabilidade das equipes de saúde atuantes nesse setor. Portanto os municípios começam a se organizar de forma a atender essa população em todas as unidades de APS.

Em 2004, o PNCT horizontalizou as ações de controle no intuito de buscar sinergismo destas, por meio da integração do conjunto de ações desenvolvidas pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2004). Tal

estratégia possibilita ter a família e o domicílio como instrumento de trabalho, aproximando das ações de saúde com a realidade de cada território (BRASIL, 2000).

Para a atenção à TB, este fato configurou-se como um marco importante, pois permitiu a aproximação dos profissionais com as pessoas com sintomas respiratórios e doentes, minimizando o estigma da doença, atribuindo responsabilidades a ambos personagens, caracterizando um cuidar ampliado pois passa a considerar o contexto social dos sujeitos. Ademais, favorece o acesso dos usuários aos serviços de saúde e conseqüentemente as ações de detecção de casos e tratamento da doença (BRASIL, 2011b). Pondera-se que atualmente a descentralização das ações de controle não ocorre plenamente em todos os municípios, sendo, por vezes, centralizadas nos ambulatórios de referência (SPAGNOLO et al, 2018).

Para acompanhar as estratégias lançadas pelos Planos Globais *STOP TB* 2006-2015 e 2011-2015, o PNCT, traz as diretrizes para o controle da TB baseadas no fortalecimento das ações de detecção de SR, pessoas com tosse a mais de três semanas, por busca ativa e/ou passiva; no diagnóstico precoce, prioritariamente por meio da baciloscopia de escarro; no tratamento medicamentoso, com ênfase no TDO. Além de ações específicas para grupos de pessoas especiais como os casos de tabagismo, coinfeção TB/HIV e pessoas institucionalizadas (BRASIL, 2011b).

O MS lança planos nacionais para o controle da TB mantendo as diretrizes técnicas e as metas de diagnóstico e cura, associando a implantação de ações de controle da TB conforme o cenário internacional e as produções científicas da área (HIJJAR et al., 2007). Ademais, em 2009, o MS, por meio do PNCT, redefiniu critérios para o estabelecimento de municípios prioritários para a intensificação das ações de controle da TB.

Os critérios adotados foram os seguintes: ser capital ou apresentar população igual ou superior do que 100 mil habitantes e possuir coeficiente de incidência superior a 80% do coeficiente nacional, e/ou coeficiente de mortalidade por TB superior ao coeficiente nacional. Desse modo, totalizaram-se 181 municípios prioritários que atenderam a pelo menos um dos critérios. No estado do Rio Grande do Sul permaneceram os mesmos 15 municípios prioritários (BRASIL, 2014a).

Ao fazer uma análise do controle da TB com o fim da vigência das Metas do Desenvolvimento do Milênio, no Brasil, verificou-se que as taxas de prevalência e mortalidade, no ano de 2012 já haviam superado as Metas. A taxa de incidência

segue a tendência mundial, em 1990 a taxa de incidência foi de 51,8/100 mil hab., (BRASIL, 2014c) e em 2015, 30,9/100 mil hab. No estado do Rio Grande do Sul a taxa de incidência, no ano de 2015, foi de 39,2/100 mil hab., permanecendo superior a taxa nacional do mesmo ano (BRASIL, 2016).

Apesar da redução da incidência da doença esses indicadores não são considerados os ideais frente a magnitude da TB. Condição crônica, infectocontagiosa, que possui íntima relação com os problemas sociais presente no país e no mundo. A desigualdade social e econômica da população associa-se a debilidade imunológica, estabelecendo uma relação bidirecional com a TB. Ademais, a coinfeção por HIV/AIDS e pelo bacilo da TB vem determinando desafios na atenção à saúde, produzindo barreira na redução da incidência. A problemática de ambas doenças se dá pela vulnerabilidade dos indivíduos infectados e pela desarticulação dos programas nacionais (GUIMARÃES et al, 2012).

Os novos compromissos firmados pela ONU ("Objetivos de Desenvolvimento Sustentável") e pela parceria *STOP TB* ("Estratégia pelo Fim da Tuberculose") impulsionaram o governo brasileiro a lançar o "Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública", em 2017, para adequar-se ao desafio da luta pelo fim da TB. Neste novo Plano Nacional não há municípios prioritários para o controle da doença, pois considerou-se que para contemplar as diferenças locais na adoção das estratégias de enfrentamento da doença seriam necessários definir cenários de atuação de acordo com as similaridades socioeconômicas e epidemiológicas operacionais de TB dos municípios (BRASIL, 2017). O plano apresenta como metas reduzir os coeficientes de incidência da doença para menos de 10 casos e de mortalidade para menos de um óbito a cada 100 mil habitantes até 2035 (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, considera-se que as políticas públicas de saúde brasileira apresentam consistentes avanços no cenário internacional em vários indicadores de controle da doença. Ao longo dos anos lentamente vem superando os desafios planejados. Contudo, fica a expectativa de eliminar a TB como problema de saúde pública.

### **4.3 Scoping Review: detecção da tuberculose e o acesso aos serviços de saúde**

A *scoping review* que será apresentada a seguir trata-se de uma metodologia descrita pelos pesquisadores Hilary Arkey e Lisa O'Malley (2005) e posteriormente sistematizada por Levac, Colquoun e O'Brien (2010). A estratégia *Scoping review* tem como objetivo o alcance de resultados amplos e abrangentes e com menor profundidade, consiste em mapear conceitos de uma determinada área da pesquisa para examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade, descrevendo detalhadamente as descobertas e as lacunas de pesquisas existentes (ARKEY; O'MALLEY, 2005; LEVAC; COLQUOUN; O'BRIEN, 2010).

A metodologia proposta por Levac, Colquoun e O'Brien (2010) segue seis passos metodológicos: a identificação da questão de pesquisa, a identificação de estudos relevantes, a seleção de estudos, a extração de dados, a separação, sumarização e relatório de resultados e a divulgação dos resultados.

Nesta *scoping review* pretende-se avaliar o conhecimento científico sobre a disponibilidade dos serviços de saúde para o acesso dos SR às ações de detecção da TB. Para esse objetivo elaborou-se uma questão de pesquisa que garantiu a amplitude necessária de uma *scoping review*, o alcance das respostas desejadas e a identificação de lacunas existentes na literatura (ARKEY, O'MALLEY, 2005; LEVAC, COLQUOUN, O'BRIEN, 2010). A questão de pesquisa foi: "O que se sabe sobre a disponibilidade dos serviços de saúde para a detecção dos casos de tuberculose?"

A disponibilidade consiste em uma dimensão avaliativa do acesso aos serviços de saúde, referindo-se aos serviços estarem ou não disponíveis apropriadamente, no local e na ocasião em que se fazem necessários. Nesta dimensão inclui-se aspectos referentes a localização entre os estabelecimentos de saúde e os que necessitam dos serviços, bem como os meios de transporte disponíveis; os recursos de transporte dos prestadores de serviços e sua disposição, a adequação entre o horário de funcionamento e a necessidade dos usuários; a relação entre o tipo, abrangência, quantidade, qualidade dos serviços prestados e a natureza e extensão das necessidades de saúde dos usuários (THIEDE, AKWEONGO, MCLNTYRE, 2014).

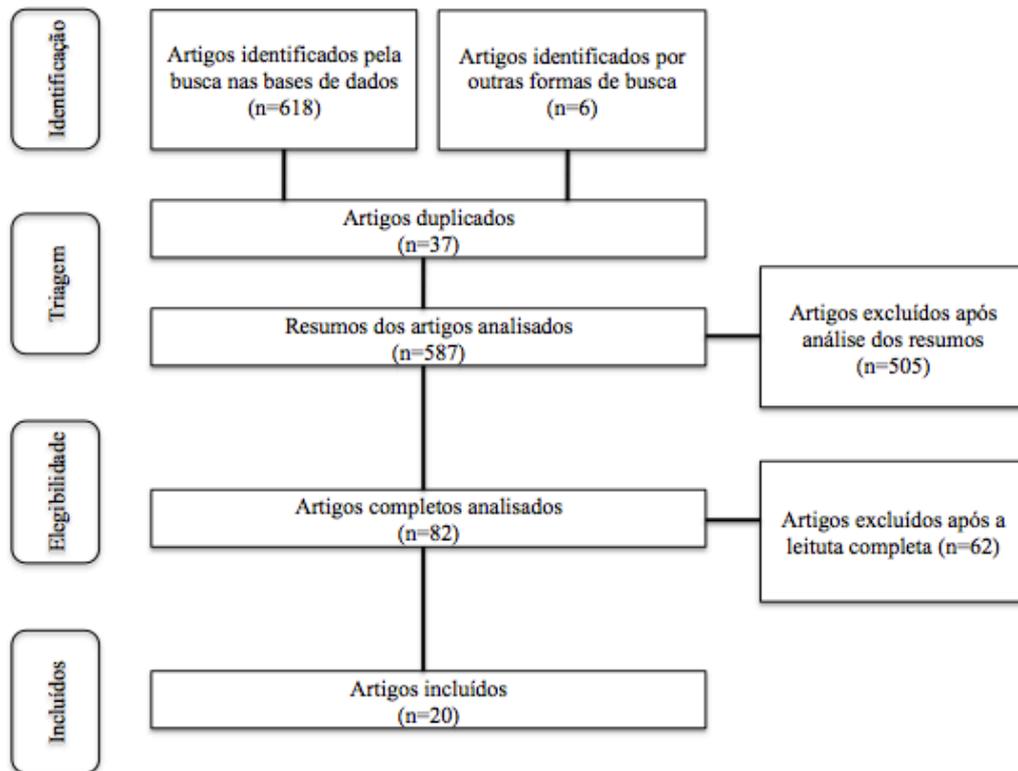
Para a identificação de estudos relevantes foi considerado um espaço temporal, desde 1993, ano em que a TB foi divulgada como uma emergência de

saúde pública pela OMS até março de 2018. Para a busca ser abrangente foram consultadas diferentes fonte de dados, incluindo as bases *Public Medical/Literatura internacional em ciências da saúde (PUBMED/MEDLINE)*, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), a biblioteca *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, além da inclusão de artigos a partir de outras fontes de dados: listas de referência da literatura relevante e procura manual de revistas chaves.

A estratégia utilizou descritores cadastrados no *MeshTerms* para a PUBMED/MEDLINE e no DECS para a LILACS, BDENF e SciELO para a língua inglesa, espanhola e portuguesa. Os descritores utilizados foram: “*Tuberculosis*” e “*Health services accessibility*” para a língua inglesa; “*Tuberculosis*” e “*Accesibilidad a los servicios de salud*”, para a língua espanhola e “*Tuberculose*” e “*Acesso aos serviços de saúde*” para a língua portuguesa. Os resultados foram os mesmos, em ambas as bases de dados, quando foi alterado o idioma. Foi realizada a seguinte combinação: “*Tuberculose*” AND “*Acesso aos Serviços de Saúde*”. As referências bibliográficas dos trabalhos incluídos foram revisadas, a fim de encontrar mais algum artigo de interesse para este estudo.

Para a seleção dos estudos foram definidos critérios de exclusão, previamente, sendo excluídas teses, dissertações, monografias, livros, documentos governamentais, estudos sem resumos ou com resumo sem informações essenciais da pesquisa, que avaliavam tecnologias para o diagnóstico, que avaliam aspectos relacionados ao tratamento da TB e que não se tratavam da TB pulmonar. Para o estudo ser considerado elegível nesta *scoping review* deveria ser um estudo primário e que compreendesse os aspectos referentes à dimensão da disponibilidade do acesso proposto pelos autores Thiede, Akweongo, McIntyre (2014).

As buscas foram realizadas entre os meses de janeiro e março de 2018. A figura 1 apresenta o processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados



**Figura 1 – Fluxograma da seleção de estudos a partir da combinação de Descritores e outras formas de busca.**

A etapa de extração dos dados consiste no mapeamento dos dados, técnica para sintetizar e interpretar os dados, identificando os elementos essenciais dos estudos, gerando a análise numérica básica da extensão, natureza e distribuição dos estudos selecionados. Desse modo, foi construído o formulário de mapeamento dos dados (Apêndice A), contendo informações gerais sobre o estudo e mais específicas quanto aos métodos e resultados das pesquisas.

Para a sistematização dos dados foram avaliados o ano de publicação, o local do estudo, a abordagem metodológica, período do estudo, a classificação Qualis Capes da revista publicada, a fonte de dados e os resultados relevantes para a disponibilidade.

Das 20 publicações identificadas 5 (25%) ocorreram no ano de 2015, 4 (20%) ocorreram no ano de 2013 e igualmente 4 (20%) no ano de 2014. No ano de 2009, e 2017 ocorreram 2 (10%) publicações em cada ano, já no ano de 2007, 2011, 2012 e 2016 ocorreu 1 (5%) publicação em cada ano. Quando analisado a data da coleta dos dados as publicações apresentaram 26 variações de datas, apresentando predominância de coleta de dados no ano de 2009, com 8 (30,7%), seguido por 5

(19,2%) do ano de 2012 e 4 (15,3%) do ano de 2007 e 2010, 2 (7,6%) no ano de 2011 e 1 (3,8%) nos anos de 2003, 2008 e 2013.

Com relação aos estados em que as pesquisas realizadas em território nacional (80%) foram desenvolvidas, identificou-se 11 estados diferentes, sendo realizados em 35 localizações, destas concentrando-se 11 (31,4%) informações de municípios do estado de São Paulo, 6 (17,1%) de municípios localizados no estado da Paraíba, 4 (11,4%) de cidades do estado da Bahia, 3 (8,5%) de cidades do Paraná e igualmente 3 (8,5%) de cidade do Rio Grande do Sul, 2 (5,7%) de cidades do Espírito Santo e também de cidades do estado do Rio de Janeiro. Nos estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Piau cada um teve 1 (3,8%) município investigado. Em 1 (3,8%) publicação não ocorreu a identificação da cidade, porém sabe-se que foi em um município da região nordeste do Brasil. Com relação as pesquisas realizadas em âmbito internacional (20%), foi observado 1 (5%) realizada na Ethiopia, na China, no Peru e em Uganda.

No que se refere as revistas em que os artigos foram publicados 1 (5%) foi publicado em revista com classificação Qualis Capes A1, 8 (40%) com classificação A2, 5 (25%) com classificação B1 e 2 (10%) com classificação B2 para a área de avaliação da enfermagem. Ademais, 17 (85%) pesquisas foram de caráter quantitativo, enquanto 3 (15%) de caráter qualitativo. A fonte dos dados foi predominantemente (95%) através de dados primários, destes 12 (60%) foram entrevistas com pessoas em tratamento para a TB, 5 (25%) foram entrevistas com profissionais de saúde e 1 (5%) com pessoas com tratamento concluído da TB e 1 (5%) com SR. Apenas 1 (5%) estudo utilizou fonte de dados secundários.

A partir da leitura e da análise dos estudos foi possível identificar alguns aspectos relacionados à disponibilidade dos serviços de saúde para a detecção da TB conforme modalidade de serviço. Assim, os achados foram agrupados e organizados em dois eixos temáticos: Acesso à detecção da tuberculose: adequação dos serviços saúde às necessidades dos SR e Acesso geográfico aos serviços de saúde para a detecção da tuberculose.

#### **4.3.1 Acesso à detecção da tuberculose: adequação dos serviços de saúde às necessidades dos sintomáticos respiratórios**

Nesta categoria verifica-se os aspectos que envolvem a disponibilidade dos serviços de saúde para as ações de detecção da TB. O primeiro serviço procurado pelos SR foi investigado em 9 (45%) das produções selecionadas (MOTTA et al, 2009; LOUREIRO et al, 2014; OLIVEIRA et al, 2011; PONCE et al, 2013; PAIVA et al, 2014; SCATENA-VILLA et al, 2009; DANTAS et al, 2014; RIBEIRO et al, 2016; SÁ et al, 2015). Destas, 4 (20%) encontraram que as unidades de APS foram a primeira opção para atendimento (OLIVEIRA et al, 2011; SCATENA-VILLA et al, 2009; PAIVA et al, 2014; LOUREIRO et al, 2014), 2 (10%) que foram as unidades de urgência e emergência (PONCE et al, 2013; RIBEIRO et al, 2016) e 3 (15%) que foram os serviços de atenção secundária e terciária, dentre eles ambulatórios e hospitais (MOTTA et al, 2009; DANTAS et al, 2014; SÁ et al, 2015).

Diante disso, verifica-se que não há um comportamento padrão de busca por determinada modalidade de atenção para o atendimento em saúde. Porém, são as unidades de APS que apresentam potencial para assegurar o conjunto de ações necessárias para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença, por sua característica na rede de serviços e o processo de trabalho que opera. Contudo, admite-se a premissa de que o acesso, independente do ponto de atenção, deve ser resolutivo para as necessidades em saúde dos usuários, sendo primordial o desempenho das ações com qualidade e integradas a rede de serviços.

Ademais, os artigos evidenciaram fatores que influenciam positivamente e negativamente no acesso à detecção da TB nos serviços de saúde. Do total dos artigos selecionados, 6 (30%) encontraram resultados positivos do acesso a detecção da TB nas unidades de APS. Dentre eles, as unidades de APS possuem estratégia saúde da família (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017), o tempo de espera para atendimento ser reduzido (PONCE et al, 2013; VENDRAMINI, 2014), a busca espontaneamente ao serviço ser facilitada (CECILIO et al 2017), as unidades ofertarem exames para o diagnóstico da doença (RIBEIRO et al, 2016), possuem disponibilidade de recursos humanos e materiais (VENDRAMINI, 2014), realizarem o diagnóstico na própria unidade (SANTOS et al, 2012) foram considerados fatores que influenciam positivamente no acesso a detecção da TB.

Em contrapartida 9 (45%) apresentaram fatores que influenciam negativamente destaca-se a banalização dos sintomas respiratórios pelos

profissionais de saúde (ZHANG et al, 2007; CHIANG et al, 2015; CECILIO; TESTON; MARCON, 2017), a não solicitação de exames (ZHANG et al, 2007; LOUREIRO et al, 2014; CHIANG et al, 2015; ROSS et al, 2015), o encaminhamento para outros serviços (PONCE et al, 2013; PAIVA et al, 2014), o horário de funcionamento reduzido (OLIVEIRA et al, 2013), necessidade de mais de três visitas até obter o diagnóstico (PONCE et al, 2013) e o não diagnóstico na própria unidade (PONCE et al, 2013; PAIVA et al, 2014).

Com relação as unidades de urgência e emergência, 4 (20%) produções identificaram que a solicitação dos exames para o diagnóstico da TB (PONCE et al, 2013, RIBEIRO et al, 2016), a presença do aparelho de radiografia na unidade e o funcionamento em tempo integral (VENDRAMINI, 2014) influenciam no acesso a detecção da TB de forma positiva. Os aspectos que influenciam negativamente também estão contemplados em 4 (20%) produções, sendo eles: hipótese diagnóstica de outras doenças (PONCE et al, 2013; LOUREIRO et al, 2014), falta de responsabilização dos profissionais para atenção a TB (VENDRAMINI, 2014), não solicitação de exames essenciais para o diagnóstico (LOUREIRO et al, 2014), não realizar o diagnóstico na unidades e fragilidades de recursos humanos (PONCE et al, 2013; LOUREIRO et al, 2014).

No que se refere aos serviços especializados, atenção secundária e terciária, dos 8 (40%) artigos que avaliaram esses serviços, não foi encontrado resultados negativos referentes ao acesso dos SR à detecção da TB. Os fatores que influenciam no acesso nos serviços especializados foi a garantia do diagnóstico da TB (OLIVEIRA et al, 2011; SCATENA-VILLA et al, 2009; PONCE et al, 2013; LOUREIRO et al, 2014; PAIVA et al, 2014; SÁ et al, 2015), a garantia da consulta imediata (LOUREIRO et al, 2014; PAIVA et al, 2014), a solicitação de exames para o diagnóstico (LOUREIRO et al, 2014; RIBEIRO et al, 2016), não encaminharam para outros, e obter o diagnóstico em até três visitas (PONCE et al, 2013).

Nesse sentido, é possível evidenciar que o acesso às ações de detecção da TB é influenciado pela disponibilidade dos serviços de saúde, tornando-se apropriado ou não para a resolutividade das necessidades em saúde dos seus usuários (THIEDE; MCLNTYRE; MOONEY, 2014). Assim, torna-se urgente que os aspectos que influenciam positivamente nos serviços de saúde sejam valorizados e em contrapartida haja movimento das gestões em saúde para minimizar os entraves enfrentados pelos SR na busca pelo diagnóstico da doença.

#### **4.3.2 Acesso geográfico aos serviços de saúde para a detecção da tuberculose**

Nesta categoria verifica-se os aspectos que envolvem o acesso geográfico dos serviços de saúde para as ações de detecção da TB. Das 20 produções selecionadas, 11 (55%) centraram-se em discutir os aspectos geográficos, sendo a proximidade da residência dos SR com os serviços procurado (SCATENA et al, 2009; MOTTA et al, 2009; OLIVEIRA et al, 2011; PONCE et al, 2013; SANTOS et al, 2012; LOUREIRO et al, 2014; PAIVA et al, 2014, DANGISSO et al, 2015), a necessidade de utilizar transporte (SCATENA et al, 2009; MOTTA et al, 2009; LOUREIRO et al, 2014; REIS et al, 2017), avaliação dos SR quanto ao deslocamento (SANTOS et al, 2012; ROSS et al, 2015; REIS et al, 2017) e a oferta de vale transporte (RIBEIRO et al, 2016).

Com relação a busca por atendimento e a proximidade dos serviços de saúde, 9 (45%) estudos realizaram esta investigação, em 6 (30%) a preferência dos SR foi buscar atendimento em serviços próximos a residência, (MOTTA et al, 2009; OLIVEIRA et al, 2011; PONCE et al, 2013), sendo associado essa busca as unidades de APS (SCATENA et al, 2009; PAIVA et al, 2014; LOUREIRO et al, 2014). No entanto, observa-se que a busca por serviços distantes a residência do SR também foi evidenciado em 4 (20%) produções (SCATENA et al, 2009; SOUZA et al, 2015; DANGISSO et al, 2015), sendo destacados como distantes os serviços especializados (PONCE et al, 2013; PAIVA et al, 2014; LOUREIRO et al, 2014).

Quanto a necessidade de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde 4 (20%) estudos concluíram que os SR necessitavam do transporte (SCATENA et al, 2009; MOTTA et al, 2009; LOUREIRO et al, 2014; REIS et al, 2017). Em contrapartida pesquisa desenvolvida por Santos, Nogueira, Santos et al (2012) os SR avaliaram que não possuíam dificuldades no deslocamento até o serviço, porém percorreram o trajeto por mais de 10 minutos e pesquisa desenvolvida por Ross et al (2015) evidenciou que as pessoas necessitavam percorrer 60 minutos

### 4.3.3 Conclusão

Com a revisão percebe-se que os estudiosos têm avançado nos estudos relacionados ao acesso, demonstrando resultados valiosos para a identificação das situações experimentadas pelos SR. A literatura científica identificada evidencia dificuldades dos sistemas de saúde para promover o acesso aos serviços de saúde e as ações de controle da TB, o que vem contribuindo para a permanência da TB como um problema de saúde pública.

As lacunas identificadas referem-se a não utilização de um referencial teórico para a avaliação do acesso, mesmo os estudos avaliando elementos do acesso, não fica evidente as dimensões que são avaliadas e a não abrangência dos estudos em todas as regiões do país, sobretudo da região Sul do país. Com relação a disponibilidade dos serviços de saúde identifica-se como lacuna das questões subjetivas do SR que envolvem essa relação de acesso.

Nesse sentido, é premente o conhecimento de tais fatores para promover mudanças no modo de cuidar as pessoas. Avaliações dos serviços de saúde mostram-se como estratégias eficazes para conhecer fragilidades e potencialidades no controle da TB. Identificar pontos de estrangulamento do acesso dos SR à detecção da TB produz dados verídicos dos problemas em saúde, colaborando, assim, com o planejamento de ações, organização dos serviços de saúde para colaborar com a qualidade da rede de atenção à TB.

## **5 Referencial Teórico-metodológico**

A construção teórica deste estudo pauta-se inicialmente na teoria conceitual de acesso, ora interligada à acessibilidade ou sobreposta a ele, com ênfase nos pressupostos dos principais estudiosos da temática. Subsequente aborda-se o acesso à detecção da TB na rede de serviços de saúde no Brasil.

### **5.1 A pluralidade do conceito do acesso e/ou acessibilidade**

O conceito de acesso é multifacetado, havendo divergências teóricas entre os autores, inclusive na nomenclatura. Alguns utilizam a nomenclatura acesso e outros acessibilidade, e há aqueles que utilizam ambos termos como sinônimos, de acordo com a linha conceitual que seguem. No apêndice B apresenta-se de forma dinâmica os conceitos dos principais estudiosos da temática e as dimensões de análise (APÊNDICE B). Dessa forma pretende-se visualmente constituir uma evolução histórica dos conceitos de acesso e/ou acessibilidade, bem como verificar as semelhanças e diferenças dentre esses.

Na década de 70 iniciou-se as discussões sobre acesso e/ou acessibilidade e segundo os autores Thiede, Akweongo e McIntyre (2014), foi nesse período que também emergiram as discordâncias sobre o conceito. Essa pluralidade deve-se ao fato de sua complexidade e relevância para as políticas públicas de saúde, já que é um potente indicador avaliativo para transformações nos sistemas de saúde. Ademais, associam-se à aspectos da organização dos sistemas de saúde e acompanham a evolução da sociedade na percepção do processo saúde-doença (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; JESUS; ASSIS 2011; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014).

Travassos e Martins (2004), realizaram uma análise reflexiva dos conceitos de acesso e/ou acessibilidade e concluíram que há variação no enfoque dado pelos autores, alguns se centram nas características dos indivíduos, outros na oferta dos serviços. Há aqueles que estudam ambas e os que estudam a relação dos indivíduos com a oferta. De acordo com esses autores a terminologia acessibilidade,

em grande parcela, descreve as características da oferta de serviços ou a adequação dos serviços de saúde quanto a recursos, profissionais e a forma como são aplicados conforme as necessidades em saúde das pessoas. Já o acesso é entendido como uma dimensão avaliativa do desempenho dos serviços de saúde associada a oferta e aos cuidados em saúde recebido.

Ademais Giovanella e Fleury (1996), categorizaram os estudos sobre o acesso e/ou acessibilidade, articulando-os para a formulação de modelos teóricos. O primeiro modelo é o modelo economicista, o qual centra-se na relação entre a oferta e a demanda, sendo avaliada pela decisão dos consumidores, o segundo é o sanitarista-planificador, onde o acesso é estabelecido a partir do planejamento do Estado, com serviços em locais adequados, disponíveis e interligados. O terceiro é o modelo sanitarista-politicista, o qual a entrada do usuário no sistema de saúde é considerada o acesso. O último é o modelo das representações sociais, que considera o sujeito e a realidade social e histórica em que estão inseridos para poder avaliar o acesso. Para as autoras, um modelo teórico adequado é o que engloba todos os aspectos mencionados.

Inegavelmente um marco conceitual nos estudos referentes ao acesso e/ou acessibilidade foi o proposto por Donabedian (1973), o qual subsidia diversos autores na formulação de seus modelos teóricos. Donabedian (1973) utiliza a terminologia acessibilidade, sendo o primeiro a extrapolar a concepção para além da "entrada" nos serviços de saúde. O autor embasa suas ideias na interação dos sujeitos com a capacidade dos serviços de saúde de produzir assistência de acordo com as necessidades, ou seja, as características dos serviços e seu impacto no uso pela população.

Após essa afirmação, os conceitos de acesso e/ou acessibilidade avançaram com relação aos fatores que o influenciam. Destaca-se Penchansky e Thomas (1981), que incluíram diversos elementos (Apêndice B), inclusive o processo de tomada de decisão dos indivíduos, representado pelas atitudes dos indivíduos e profissionais com relação as práticas de saúde. Avanços esses que impuseram limitações na proposta de Donabedian (1973), já que não inclui a etapa de percepção das necessidades em saúde e o processo de tomada de decisão na procura por atendimento pelos usuários, em seu conceito (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Por outro lado, Andersen (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; ADAY; ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995), percorreu caminho inverso, iniciando os estudos teóricos a partir da construção de um modelo sobre a utilização dos serviços de saúde. A utilização dos serviços de saúde refere-se ao contato dos usuários com os serviços de saúde, sendo resultante da interação do comportamento do indivíduo de busca pelos cuidados em saúde e a conduta do profissional frente a necessidade em saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O modelo de utilização dos serviços de saúde formulado por Andersen juntamente com Newman (ANDERSEN; NEWMAN, 1973) enfatiza a importância de determinantes sociais e individuais na utilização dos serviços de saúde. Nesse, o acesso foi inserido no modelo como dimensão avaliativa da utilização dos serviços de saúde, ligado a organização do sistema de saúde, referindo-se a entrada nos serviços de saúde, recebimento e continuidade de cuidados. Posteriormente, Andersen, ao estudar o acesso, com Aday, (ADAY; ANDERSEN, 1974) propuseram o inverso, incorporando a utilização dos serviços de saúde como resultado do acesso referindo-se a avaliação da satisfação das pessoas e as mudanças provocadas em suas vidas pelo acesso na saúde. Em 1995, (ANDERSEN, 1995) ampliou o entendimento e concluiu que o acesso é multidimensional, dentre as dimensões propostas a utilização dos serviços de saúde foi denominada como acesso realizado (Apêndice B).

Desse modo, percebe-se que optar em avaliar o acesso em detrimento da utilização dos serviços de saúde é tarefa complexa (FRENK, 1985). Pode-se inferir que isso ocorra devido a interação existente desses dois aspectos e o impacto que produzem um ao outro. Os autores Thiede, Akweongoe e McIntyre (2014), criticam veemente a utilização dos serviços de saúde como medida avaliativa significativa para as políticas públicas de saúde, e conseqüentemente o modelo proposto por Andersen (1995), pois para eles o que determina a utilização ou não de um serviço de saúde são os elementos do acesso (disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade).

Essa premissa, fundamenta-se na defesa da garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde para a população, considerando que à nível de políticas públicas de saúde é apropriado identificar os fatores que influenciam no acesso, para assim promover-lo e conseqüentemente gerar a equidade. Para os autores (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014) os padrões de utilização dos serviços

de saúde podem diferir entre indivíduos com necessidades iguais, sem implicações negativas para a equidade (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Isso porque mesmo com serviços de saúde acessíveis a utilização é influenciada por causas subjacentes que não estão relacionadas a serviços de saúde e a igualdade. As causas subjacentes podem ser por exemplo: a escolha de um determinado serviço por ser economicamente viável, a não escolha de um serviço por deficiência quanto a aceitabilidade (Apêndice B) ou por não possuir informação adequada sobre determinado serviço. A avaliação da utilização não considera esses fatores para julgar a diferença de uso.

Diante dessa conjuntura de divergências e concordâncias entre os autores, foi-se ampliando o conceito de acesso e/ou acessibilidade para aspectos menos palpáveis do sistema de saúde e da população (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), além disso, a imprecisão no conceito inviabiliza a avaliação e comparação do acesso dos sistemas de saúde (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014). Nesse sentido, Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) propuseram um modelo teórico (Modelo da Estrutura Triangular para a Avaliação do Acesso) como ponto de partida, definindo dimensões avaliativas de acesso que sirvam de subsídio para o planejamento de intervenções políticas e que permitam medir fatores e problemas que influenciam no acesso. O objetivo é auxiliar o diálogo entre os pesquisadores e formuladores de política, possibilitando comparações de níveis de acesso em diferentes contextos (THIEDE; MCINTYRE, 2008). Apesar dos autores usarem o termo acesso, seguem a linha conceitual de Donabedian (1973) e Penchansky e Thomas (1981). Pode-se inferir, nesse caso, que acesso e acessibilidade são visto como sinônimos.

Conceituam acesso como a “liberdade de usar” os serviços de saúde estando incorporado nesse termo a oportunidade de usar os serviços de saúde, ou seja, o sistema de saúde proporcionando circunstâncias favoráveis para que determinada ação em saúde seja realizada, e a capacidade dos usuários de tomar decisões em saúde. As dimensões avaliativas que compõe o modelo teórico são a disponibilidade, a aceitabilidade e a viabilidade financeira. Algumas críticas são impostas com relação a nomenclatura disponibilidade, para Frenk, (1985) a disponibilidade refere-se apenas em estar disponível como estar bem localizado geograficamente, temporalmente, ou seja volume e tipo de serviços. Contudo, com a intenção de agrupar dimensões que facilitem a avaliação do acesso Thiede,

Akweongo e McIntyre (2014), preferiram incorporar na dimensão a facilidade de uso, compreendendo os aspectos geográficos e organizacionais do serviços de acordo com a necessidade em saúde dos usuários em um espaço e tempo.

Na categoria viabilidade financeira avalia-se, de forma geral, o impacto que os gastos com a saúde causam na estrutura familiar. Nesse, há o agrupamento de diversos indicadores relacionados com os custos da assistência, custos diretos e indiretos e aqueles relacionados a capacidade de pagamento, ou seja, os benefícios recebidos pelos usuários por direito, de verbas pública ou provenientes de renda familiar. Além disso, considera-se um aspecto importante para o acesso, a capacidade dos membros da familiar quanto a limite de saques, créditos e empréstimos financeiros, bens da família, apoio financeiro da rede social que o abrange (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014).

Entende-se que as duas primeiras dimensões mencionadas são mais fáceis de serem avaliadas. Já a aceitabilidade mostra-se mais complexa, uma vez que avalia questões relacionada a confiança dos usuários com os serviços e profissionais de um sistema. Ademais, as dimensões da disponibilidade, e da viabilidade financeira influenciam diretamente na aceitabilidade, já que a relação desses moldam a resposta dos usuários com relação aos serviços. Os fatores que influenciam na aceitabilidade estão relacionados a adequação entre as convicções dos leigos e dos profissionais, o diálogo entre usuários e prestador, os arranjos organizacionais dos sistemas de saúde e de mecanismos de pagamento e a maneira como esses respondem as necessidade dos usuários (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014).

## **5.2 Acesso à detecção da tuberculose na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**

O acesso à detecção da TB é fundamentado por características dos serviços de saúde e dos SR da TB. O primeiro relaciona-se com o modelo de atenção do SUS e as diretrizes que garantem o acesso aos usuários, com os objetivos e metas do PNCT, apoiadas por normatizações da OMS para o controle da TB. Já o segundo está relacionado com as características dos SR que favorecem ou não a utilização dos serviços de saúde.

As diretrizes que norteiam o SUS consistem na universalidade do acesso às ações de saúde para todos os cidadãos, amparadas por políticas voltadas para o

individual e o coletivo, desenvolvidas em todos os serviços. No acesso igualitário, o qual demonstra relações com a equidade, não admitindo privilégios, nem discriminações às pessoas; as ofertas de ações são priorizadas conforme a necessidade em saúde. Na integralidade do acesso que prioriza a atenção à saúde em suas múltiplas dimensões com uma rede de serviços à disposição em todas as etapas da vida humana abrangendo à promoção, prevenção e recuperação (PAIM, 2009; AGUIAR, 2011; VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Para promover tais diretrizes, o SUS está organizado em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010). As RAS são conjuntos de serviços de saúde que relacionam-se horizontalmente, sendo coordenadas pela APS, compartilhando a mesma lógica de atenção, os serviços são interdependentes, atuam cooperativamente, permitindo uma atenção contínua e integral (MENDES, 2011).

O atendimento à saúde do usuário inicia-se pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede de serviços. O Decreto 7.508 de 2011 define que são Portas de Entrada do SUS a APS, os serviços de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011a). Contudo, prioriza-se que a APS deve ser o primeiro contato dos usuários com o SUS pois há evidências de que a APS é capaz de otimizar a atenção à saúde, pois focaliza a atenção nos determinantes de saúde e não apenas na doença (STARFIELD, 2002).

As RAS são constituídas por diferentes lugares institucionais onde se ofertam serviços e pelas ligações que os comunicam. A APS é o centro de comunicação das RAS, a qual tem o dever de formar relações horizontais com os demais pontos de atenção e exercer o conjunto de ações no âmbito coletivo e individual que a caracterizem como ordenadora e coordenadora do cuidado. Para isso, está próxima geograficamente dos lugares de vida e trabalho dos usuários, abrangendo as práticas de promoção, prevenção, reabilitação e cura da saúde, privilegiando o vínculo entre serviços e usuários, núcleos familiares e comunidade, modelo clínico e epidemiológico (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a APS é ponto de atenção do SUS caracterizada por sua função resolutive da maioria dos problemas em saúde da população. Ademais, as RAS contam com pontos de atenção secundários e terciários, os quais apoiam e complementam a atenção a saúde (MENDES, 2011). Assim, as RAS estão organizadas para garantir o acesso geográfico, financeiro e sócioorganizacional dos usuários (MENDES, 2011).

O acesso à detecção da TB opera na lógica da estrutura das RAS. Para o PNCT a detecção dos casos de TB é ação primordial para o controle. Consiste na busca ativa e passiva dos SR, a qual deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde, e também nos domicílios, comunidade e instituições, permitindo que este seja identificado precocemente (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017).

Nesse sentido, os serviços de saúde devem garantir o início do processo de diagnóstico ofertando ações de identificação da TB (BRASIL, 2011b). A conduta do profissional frente a hipótese diagnóstica de TB inclui o acolhimento dos sujeitos e a imediata solicitação de exames bacteriológicos, radiológicos por prova tuberculínica ou histológica. É priorizado o exame bacteriológico em duas amostras por ser um método de baixo custo, sendo capaz de identificar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar (BRASIL, 2011b). Contudo, cabe considerar que a solicitação isolada da baciloscopia de escarro pode ocasionar perdas de identificação da TB, pois apesar da potencialidade do exame, possui algumas limitações, sendo a complementariedade com outros exames essencial (RIBEIRO et al, 2016). O resultado do exame deve estar disponibilizado em tempo máximo a 48 horas após o recebimento da segunda amostra.

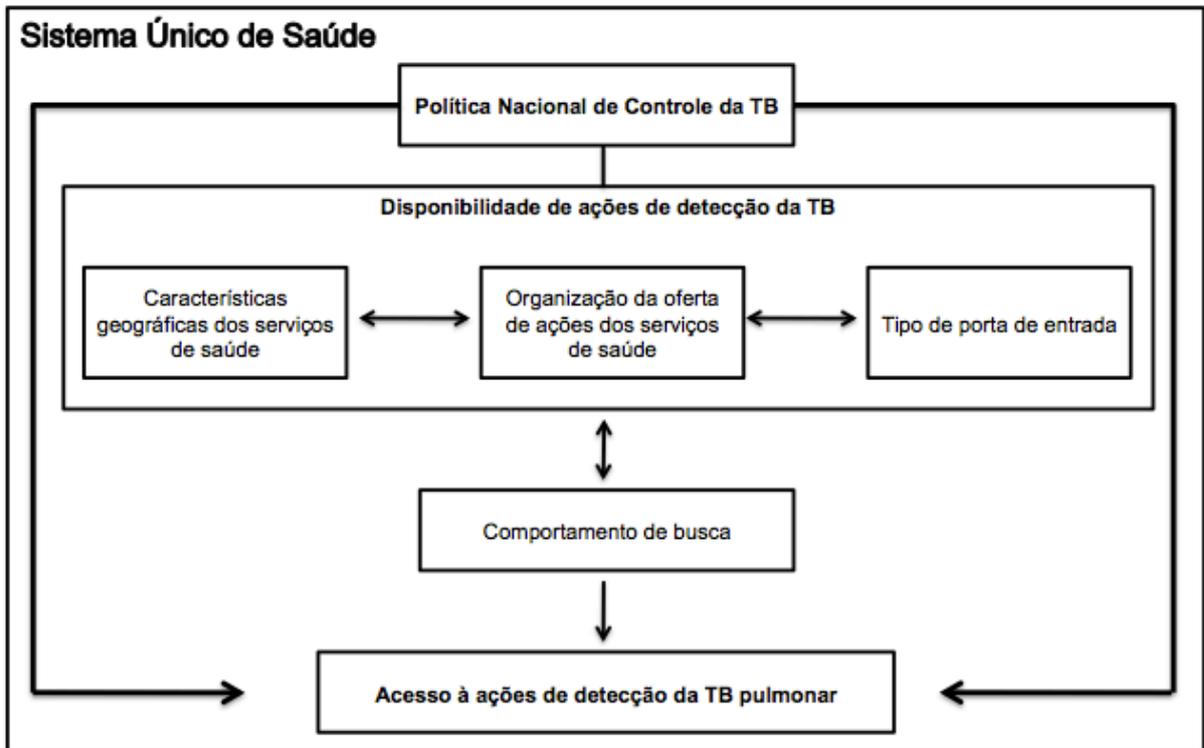
Cada ponto de atenção do SUS desenvolve ações específicas na detecção de casos de TB, por isso é essencial a integração destes para a garantia da continuidade da atenção. A APS é considerada o ponto de atenção prioritário para o desenvolvimento das ações de controle, devido à proximidade física desta do domicílio das pessoas e sua responsabilidade de coordenação da assistência. Possui o dever de identificar os casos suspeitos vinculá-los a unidade, diante da participação do profissional de referência, acompanhar a pessoa com TB desde a concretização do diagnóstico, durante o tratamento até a obtenção da cura (ÓRFÃO et al, 2018). Em casos de situações de maior complexidade é recomendado que a pessoa com TB seja referenciada para acompanhamento por um ponto de atenção secundário especializado na atenção a TB (ambulatório de referência) (BRASIL, 2011b). Este ponto necessita estar amparado por profissionais especializados e manter comunicação direta com as unidades de APS.

Já os pontos de atenção secundários (exceto serviço especializado na atenção à TB) e terciários, mediante primeiro contato com SR necessitam solicitar a primeira amostra da baciloscopia de escarro e contarem com fluxos assistenciais de

contrarreferência para vincular os usuários com as unidades de APS de referência de seu território, promovendo o acompanhamento durante todo o processo e de transferências de informações do cuidado, garantindo a continuidade das ações (ÓRFÃO et al, 2018).

A utilização desta organização de serviços de saúde para a detecção da TB é iniciada, geralmente, por escolhas individuais dos SR na busca por cuidados de saúde que relacionam-se com questões subjetivas individuais e/ou coletivas. A escolha para atendimento por um ponto de atenção é fator determinante do acesso a detecção da TB e constitui-se um marcador importante para o acesso. Desse modo, a rede de serviços deve garantir que o serviço procurado para atendimento seja resolutivo, estando disponível de forma articulada e integrada.

Diante disso, a presente proposta de pesquisa objetiva avaliar o acesso à detecção dos casos de TB a partir das redes de atenção à saúde, compreendendo a organização estrutural do sistema de saúde brasileiro para a atenção à TB e a sua influência no comportamento de busca dos usuários pelos serviços de saúde. Assim, esta pesquisa irá pautar-se no modelo teórico proposto por Thiede, Akweongo e McIntyre (2014), focalizando em elementos da dimensão da disponibilidade do acesso. Estes elementos, se relacionarão com aspectos geográficos do acesso e organizacionais dos serviços de saúde. Abaixo, na figura 2, observa-se o modelo teórico.



**Figura 2** – Modelo Teórico para acesso à detecção dos casos de tuberculose

## 6 Material e Método

### 6.1 Delineamento do estudo

O presente projeto trata-se de uma pesquisa descritiva. Esta, pretende avaliar a detecção dos casos de TB a partir da dimensão da disponibilidade do acesso aos serviços de saúde, ou seja, àquele que se refere à questão dos serviços estarem ou não disponíveis apropriadamente, no local e na ocasião em que se fazem necessários (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014). Será avaliado a adequação dos serviços de saúde para realizar o diagnóstico da doença nos aspectos geográfico e quanto a oferta de ações (exames e realizar o diagnóstico) a partir do comportamento de busca pelos serviços de saúde pelas pessoas com sintomas da TB (utilização dos serviços e saúde)

### 6.2 Caracterização dos locais do estudo

Os municípios em estudo são: Canoas, Pelotas, Sapucaia do Sul e Santa Cruz do Sul. Abaixo apresenta-se as características gerais de cada município (Figura 3) e indicadores de saúde da atenção à TB (Figura 4).

Características	Municípios			
	Canoas	Pelotas	Santa Cruz do Sul	Sapucaia do Sul
*População (habitantes)	339.979	342.053	125.353	137.750
*IDH	0,750	0,739	0,773	0,726
**Nº de instituições privadas de saúde	389	701	471	101
**Nº de UBS	32	51	35	23
**Nº de PA	5	2	2	1
**Nº de hospitais gerais	2	4	3	1
***Nº de equipes SF	46	52	14	19
***Estimativa da população coberta por equipes SF	157.320	177.330	48.300	65.550
***Proporção de cobertura populacional estimada de equipes SF	46,5%	52,0%	38,8%	47,8%

**Figura 3** – Quadro com as características dos municípios de Canoas, Pelotas, Santa Cruz do Sul e Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, 2014.

Legenda: IDH: índice de desenvolvimento humano; UBS: unidade básica de saúde; PA: pronto atendimento; SF: saúde da família.

**Fonte:** \*IBGE, 2014 (estimativas); \*\*CNES, 2014; \*\*\*BRASIL, 2014b.

Características	Municípios			
	Canoas	Pelotas	Santa Cruz do Sul	Sapucaia do Sul
CN de TB pulmonar	178	141	42	61
Cura de CN de TB pulmonar	140	98	31	53
Abandono do tratamento de CN de TB pulmonar	21	24	3	4
Óbito de CN de TB pulmonar	6	1	5	2

**Figura 4** – Quadro com as características epidemiológicas da tuberculose dos municípios de Canoas, Pelotas, Santa Cruz do Sul e Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, 2014.

Legenda: CN: casos novos; D: descentralizado para as unidades básicas de saúde.

Fonte: \*SES, 2014

### 6.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo serão todas as pessoas que iniciaram tratamento para a TB pulmonar entre os anos de 2013 e 2014. Foram adotados como critérios de exclusão: menores de 18 anos de idade; pessoas com dificuldades cognitivas que impossibilitaram a aplicação do formulário e pessoas institucionalizadas.

### 6.4 Procedimento para coleta de dados

Os dados do presente projeto de tese serão retirados de etapa quantitativa de pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Primária à Saúde na Detecção de Casos de tuberculose em municípios prioritários do Sul do Brasil: Desafios e investimentos em estratégias de informação” aprovado e financiado pelo Edital MCTI/CNPQ/MS-SCTIEDECIT N° 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas, Processo 404100/2012-01, sob a coordenação da Profa. Dra Roxana Isabel Cardozo Gonzales, mediante autorização (ANEXO I). Na referida pesquisa foi aplicado um formulário para entrevistar as pessoas com TB pulmonar nos serviços de saúde onde estavam sendo acompanhadas para o tratamento da doença, em um ambiente adequado e privativo. Os coletadores foram supervisionados por pós-graduandos participantes da pesquisa.

A coleta de dados teve duração de doze meses entre os anos de 2013 e 2014. O controle de qualidade do processo de coleta de dados da pesquisa de origem, foi realizado pelos docentes envolvidos na pesquisa, exercendo a atividade de verificação da qualidade do preenchimento dos dados ao final de cada coleta e a resolução imediata de problemas operacionais. O referido formulário da pesquisa de

origem (ANEXO II), foi avaliado por pesquisadores na área temática da TB de três universidades do Sul do Brasil.

Este formulário compreendia questões referente ao quantitativo e tipo de serviços de saúde buscados até a obtenção do diagnóstico e a oferta de ações (exames e diagnóstico) para a detecção da TB pulmonar pelos serviços de saúde. Ainda, após a aplicação do formulário, o entrevistador fazia a verificação dos endereços de cada serviços de saúde mencionado pelo entrevistado, em uma lista previamente elaborada com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As variáveis utilizadas para esta pesquisa que serão extraídas do formulário da pesquisa de origem que permitem responder os objetivos propostos, estão dispostas na Figura 5.

Dimensão	Objetivo	Variáveis em estudo	Características	Tipo
Disponibilidade das ações de detecção	Acesso geográfico	Endereço de residência das pessoas com TB;	Aberta	Categórica nominal
		Endereço do primeiro serviço de saúde procurado	Aberta	Categórica nominal
		Endereço do serviço de saúde que diagnosticou a TB	Aberta	Categórica nominal
	Utilização dos serviços de saúde	Tipos de serviços de saúde procurados até o diagnóstico;	Aberta	Categórica nominal
		Número de vezes que precisou buscar serviços de saúde para obter o diagnóstico;	Aberta	Numérica discreta
	Oferta de ações	Serviços de saúde que solicitaram exames de Baciloscopia de escarro;	Aberta	Categórica nominal
		Serviços de saúde que solicitaram exames de radiografia de tórax;	Aberta	Categórica nominal
		Serviços de saúde que solicitaram exame anti-HIV;	Aberta	Categórica nominal
		Serviço de saúde que realizou o diagnóstico;	Aberta	Categórica nominal

**Figura 5** – Quadro das variáveis em estudo.

## 6.5 Procedimento para análise dos dados

Os dados coletados foram codificados e duplamente digitados em um banco de dados construído no programa do Excel for Windows. Para esta análise, primeiramente, os tipos de serviço de saúde buscados serão agrupados em: unidades de APS, o qual inclui as Unidades Básica de Saúde (UBS), com e sem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e as unidades com ESF; serviços especializados (SE), compreendendo os pontos de atenção secundária e terciária (ambulatórios, clínicas, consultórios e hospitais); e unidades de Pronto Atendimento (PA) as quais se constituirão pelas unidades de urgência e emergência. A partir disso, será realizada a análise estatística descritiva no programa Statística 12 da Statsoft®, descrevendo as frequências relativas e absolutas das variáveis e calculando medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão).

Para analisar os dados relacionados ao acesso geográfico se fará o georreferenciamento dos endereços dos domicílios e dos serviços de saúde utilizando o Google Earth (<https://www.google.com/earth/>), o qual permitirá a construção de um banco de dados de coordenadas geográficas, sendo possível importá-los para Sistema de Informação Geográfica Qgis 3.0.2 ([https://www.qgis.org/pt\\_BR/site/](https://www.qgis.org/pt_BR/site/)) para a visualização espacial. Após, juntamente com as bases cartográficas dos municípios as informações serão importadas para o Sistema de Informação Geográfica ArcGIS 10.2, o que permitirá que seja calculado as distâncias entre o domicílio do SR da TB e o serviço de saúde mais próximo, o primeiro serviço de saúde procurado e o serviço que realizou o diagnóstico.

## 6.6 Procedimentos éticos

A pesquisa de origem “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação” foi encaminhada inicialmente para os secretários de saúde dos quatro municípios previstos para o estudo (ANEXO III), mediante seu aceite em participar da pesquisa, deu-se o encaminhamento para a Plataforma Brasil e obteve-se o parecer favorável sob número 310.801 (ANEXO IV).

Desse modo, o estudo respeita as recomendações dos preceitos éticos que norteiam a pesquisa com seres humanos seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012). A pesquisa considera os fundamentos éticos e científicos constantes no item III da resolução, implicando em ponderar os riscos e benefícios, sendo eles: riscos - a pesquisa oferece riscos psicológicos e sociais, à medida que investiga eventos relacionados a experiência de adoecimento por doença crônica de grande impacto no contexto biopsicossocial e serviços de saúde; benefícios - consideram-se benefícios coletivos resultantes da pesquisa a discussão da problemática no contexto local caracterizado pela preponderância da qualificação dos serviços que atendem à TB. Toda entrevista foi precedida da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados (ANEXO V). A coleta de dados foi iniciada após a aceitação de participação e assinatura do TCLE pelo usuário, sendo esse em duas vias.

### **6.7 Divulgação dos resultados**

Pretende-se garantir que os resultados sejam divulgados e discutidos junto às secretarias municipais de saúde com relatórios contendo os principais resultados da pesquisa e por meio da publicação de manuscritos em periódicos científicos, os quais poderão contribuir com discussões sobre a temática em meio acadêmico. A divulgação tem o propósito de alcançar a relevância social da pesquisa, estimulando e incentivando as modificações necessárias para a qualificação dos serviços avaliados para a atenção à TB em médio e em longo prazo.

## 7 Cronograma

Ano Atividade	2014		2015		2016		2017		2018
	Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2	Sem 1
Aprofundamento teórico									
Execução do projeto de pesquisa									
Exame de qualificação									
Digitação do banco de dados									
Análise dos dados									
Escrita de artigos									
Formulação da tese									
Defesa da tese									
Divulgação dos resultados e submissão à periódicos indexados									

**Figura 6** – Quadro do cronograma de atividades distribuídas em semestres.

## 8 Plano de despesas

Material	Quantidade	Custo Unitário (R\$)	Custo Total (R\$)
Lápis	40	0,70	28,00
Caneta	40	1,00	40,00
Borracha	20	0,50	10,00
Apontador	20	0,50	10,00
Prancheta	20	2,40	48,00
Envelope	100	1,20	120,00
Papel Ofício A4 (500 folhas)	20	15,00	300,00
Impressão	1.000	0,20	300,00
Revisão de Português	02	200,00	400,00
Tradução/Revisão de Inglês	05	500,00	2500,00
Tradução/Revisão de Espanhol	05	500,00	2500,00
Encadernação	12	13,00	156,00
Capa Brochura	12	10,00	120,00
Xérox	5.300	0,10	530,00
Pen drive 4Gb	02	90,00	180,00
Notebook	4	2000,00	8000,00
Pacote estatístico	1	9000,00	9000,00
Total			24.242,00

**Figura 7** – Quadro do plano de despesas para execução da tese

Obs.: O projeto foi financiado pelo edital Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit N° 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas

## Referências

- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health services research**, v. 9, n. 3, p. 208, 1974.
- AGUIAR, Z.N. SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari; 2011. 192p.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. **Journal of health and social behavior**, p. 1-10, 1995.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. **Health and Society**, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.
- ARKSEY H, O'MALLEY L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International journal of social research methodology**, v.8, n.1, p. 19-32, 2005..
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília. 2014a. 208p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Online] // Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo Seres Humanos: Resolução 466/12. - Ministério da Saúde. Brasília(DF), 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Brasil. Competência: Janeiro de 2014 a junho de 2014. 2014b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 09 mai 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS. NOAS-SUS. 01/2001. 2001. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 23 de jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Brasília – DF. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da família: a implantação da unidade de saúde da família. Brasil. Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública, v. 47, n. 13, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2011b. 284p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília, 2017. 54p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Rede de Teste Rápido para Tuberculose no Brasil: primeiro ano da implantação. Brasília: Ministério da Saúde. 2015, 64p.

BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2004.

BRUNELLO, M.E.; DE PAULA ANDRADE, R.L.; MONROE, A.A.; ARAKAWA, T.; MAGNABOSCO, G.T.; ORFÃO, N.H.; et al. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.17, n.10, p. 41-7, 2013.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. CNES. Consulta de estabelecimentos 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 7 nov 2016.

CECILIO, P.M.H.; FERRAZ TESTON, E.; SILVA MARCON, S. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.23, n.3, 2017.

CHIANG, S.S.; ROCHE, S.; CONTRERAS, C.; ALARCÓN, V.; DEL CASTILLO, H.; BECERRA, M.C.; LECCA, L. Barriers to the diagnosis of childhood tuberculosis: a qualitative study. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 19, n. 10, p. 1144-1152, 2015.

DANGISSO, M.H.; DATIKO, D.G.; LINDTJØRN, B. Accessibility to tuberculosis control services and tuberculosis programme performance in southern Ethiopia. **Global health action**, v.8, n.1, p. 29443, 2015.

DANTAS, A.D.N.; ENDERS, C.B.; MEDEIROS, A.R; SANTOS, F.R.J.; KLUCZYNIK, N.V.C.E.; QUEIROZ, R.A.A. Acesso ao atendimento à saúde e diagnóstico da tuberculose. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 15, n. 5, 2014.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

FRENK MORA, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica de México**, v. 27, n. 5, p. 438-53, 1985.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GUIMARÃES, R.M.; DE PAULA LOBO, A.; SIQUEIRA, E.A.; BORGES, T.F; MELO, S.C. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 4, p. 518-525, 2012.

HIJJAR, M.A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCÓPIO, M.J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, suppl. 1, p. 50-57, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 7 nov 2016.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. In: \_\_\_\_\_ **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: ADUFBA. p. 79, 2011.

KRITSKI, A.L.; VILLA, T.S.; TRAJMAN, A.; LAPA E SILVA, J.R.; MEDRONHO, R.A.; RUFFINO-NETTO, A. Two decades of research on tuberculosis in Brazil: state of the art of scientific publications. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, suppl 1, p. 9-14, 2007.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K.K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation science**, v.5, n.1, p.69, 2010.

LOUREIRO, R.B.; VILLA, T.C.; RUFFINO-NETTO, A.; PERES, R.L.; BRAGA, J.U.; ZANDONADE, E.; et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.19, n.4, p.1233-44, 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. v. 549, 2011.

MILLMAN, M. Institute of Medicine. Access to health care in America. Institute of Medicine (IOM) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, 1993. 240p.

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

MOTTA, M.C.; VILLA, T.C.; GOLUB, J.; KRITSKI, A.L.; RUFFINO-NETTO, A.; SILVA, D.F., et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 13, n. 9, p. 1137-1141, 2009.

OLIVEIRA, M.F.; ARCÊNCIO, R.A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L.M.; FREDEMIR PALHA, P; SCATENA VILLA, T.C. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, 2011.

OLIVEIRA, V.O.A.; SÁ, L.D.; NOGUEIRA, J.A.; ANDRADE, S.L.E.; PALHA, P.F.; SCATENA VILLA, T..C. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.47, n.1, p.145-151, 2013.

ONU. United Nations Organization. The Millennium Development Goals Report 2015. Time for action for people and planet. New York: 2015, 2015.

ONU. United Nations Organization. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 sustainable development agenda. New York: United Nations, v. 4, 2014.

ORFÃO, N.H.; CREPALDI, N.Y.; BRUNELLO, M.E.; DE PAULA ANDRADE, R.L.; MONROE, A.A.; RUFFINO-NETTO, A, et al. Coordenação da assistência à tuberculose: registro de dados e a implementação de um sistema informatizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n.6, p. 1969-77, 2018.

PAIM, J. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIVA, R.C.; DE ALMEIDA NOGUEIRA, J.; DE SÁ, L.D.; NÓBREGA, R.G.; TRIGUEIRO, D.R.; VILLA, T.C. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.3, p.520-6, 2014.

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

PONCE, M.A.; WYSOCKI, A.D.; SCATOLIN, B.E.; ANDRADE, R.L.; ARAKAWA, T.; RUFFINO NETTO, A, et al Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v.29, p. 945-54, 2013.

REIS, S.P.; HARTEK, J.; LIMA, L.M.; VIEIRA, D.A.; PALHA, P.F.; GONZALES, R.I. Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012.

**Epidemiologia em Serviços de Saúde**, v.26, p.141-8, 2017.

RIBEIRO, M.S.; ANDRADE, R.L.P.; MONROE, A.P.; NETTO, A.R.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Exames realizados para o diagnóstico de tuberculose pulmonar no município de Ribeirão Preto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.15, n.2, p. 250-258, 2016..

ROSS, J.M.; CATTAMANCHI, A.; MILLER, C.R., et al. Investigating barriers to tuberculosis evaluation in Uganda using geographic information systems. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 93, n. 4, p. 733-738, 2015.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 1, p. 7-18, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-8, 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil-histórico e peculiaridades regionais. In: **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil-histórico e peculiaridades regionais**. REDE-TB, 2000.

SÁ, L.D.; SCATENA, L.M.; RODRIGUES, R.A.; DE ALMEIDA NOGUEIRA, J.; SILVA, A.O.; VILLA, T.C. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.3, p. 467-73, 2015.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-8. 2012.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, suppl. 1, p. 89-93, 2007.

SANTOS, T.M.; NOGUEIRA, L.T.; SANTOS, L.N.; COSTA, C.D. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 20, n. 3, p. 300-305, 2012.

SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.; NETTO, A.R.; KRITSKI, A.L.; FIGUEIREDO, T.M., et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, p.389-397, 2009.

SES. **Prevenção e combate de doenças: tuberculose**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/210/Tuberculose>. Acesso 21 set 2016.

SES. Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT). Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico: Tuberculose**; 2018. 21p  
SILVA, J.B. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, suppl. 1, p. 57-86, junho, 2004.

SOUZA, M.S.; PEREIRA, R.A.; PEREIRA, S.M.; COSTA, M.D.; BARRETO, M.L.; NATIVIDADE, M.S., et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.111-120, 2015.

SPAGNOLO, L.M.L.; TOMBERG, J.O.; VIEIRA, D.A.; GONZALES, R.I.C. Detecção da tuberculose: fluxo dos sintomáticos respiratórios e resultados alcançados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.71, n.5, 2018.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, G.M. Digressões sobre plano e programa nacional de controle da tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, p. 5-6, 1999.

THIEDE, M. Information and access to health care: is there a role for trust?. **Social science & medicine**, v. 61, n. 7, p. 1452-1462, 2005.

THIEDE, M.; AKWENGO, P.; MCLNTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 137-63.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 190-98, 2004.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G.W., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2a ed. Rev. Aum. São Paulo. Hucitec, 2012. p. 559-91.

VENDRAMINI, S.H.F. O desafio do controle da tuberculose no Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 20, p. 41-41, 2014.

WHO. World Health Organization. STOP TB Partnership. The Paradigm Shift 2016-2020. Global Plan to End TB. 2015. 124p.

WHO. World Health Organization. Committee on the tuberculosis epidemic. WHO/TB/98. Geneva: WHO, 1998. 245p.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis control. Epidemiology, strategy, financing. WHO/HTM/TB/09, 2009. 411p.

WHO. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report 2011. WHO/HTM/TB/2011. 2011. 358p.

WHO. World Health Organization. Stop TB Communicable Diseases. WHO Report 2002. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/02. Geneva: WHO, 2002. 297p.

WHO. World Health Organization. STOP TB Partnership. The global plan to stop tuberculosis. WHO/CDS/STB/01. Geneva: WHO, 2001.16p.

WHO. World Health Organization. STOP TB Partnership. The Stop TB strategy: building and enhancing DOTS to meet the TB related millennium development goals. WHO/HTM/TB/2006. 2006. 368p.

WHO. World Health Organization. Tuberculosis. Global Emergency. Low priority. WHO/TB/94, 1994. 77p.

WHO. World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO recommended Tb control strategy known as DOTS. WHO/cds/cpc/tb/99 1999. 270p.

ZHANG, T.; TANG, S; JUN, G.; WHITEHEAD, M. Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups. **BMC public health**, v. 7, n. 1, p. 19, 2007.

## **Apêndices**

**Apêndice A – Formulário de mapeamento dos dados**

	Autor/Título/Ano publicação	Local/Objetivo	Delineamento	Revista	N/Fonte de dados/ano de coleta	Principais resultados
1	TUOHONG, Z.; SHENGLAN, T.; GAO, J.; WHITEHEAD, M. Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups. 2007	China. Investigar o recebimento de cuidado e acessibilidade dos serviços para diferentes grupos sócio-econômicos com os sintomas da tuberculose na China rural apropriado.	Transversal	BMC Public Health	304. Pessoas em tratamento para TB. 2003	37% dos casos suspeitos de TB não procuraram cuidado profissional. O grupos de pessoas com baixa renda são menos propensos a procurar cuidados em saúde. Das pessoas que procuram cuidados, apenas de 35% foram solicitado algum dos testes de diagnóstico recomendados. A carga de pagamento de serviços ascendeu a 45% da renda familiar anual para o grupo de baixa renda, 16% para o grupo de alta renda.
2	MOTTA, M. C. S.; VILLA, T. C. S.; GOLUB, J.; KRITSKI, A. L.; RUFFINO-NETTO, D. F.; SILVA, R.; HARTEK, G; SCATENA L. M. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. 2009	Itaboraí (RJ). Avaliar o acesso ao diagnóstico da tuberculose dos usuários que buscaram o Programa de Saúde da Família e os ambulatórios de referência.	Transversal	Int J Tuberc Lung Dis	100. Pessoas em tratamento para tuberculose. 2007	O número de vezes que os pacientes com TB buscaram cuidados de saúde na unidade de saúde, dificuldade em encontrar transporte para a unidade, dinheiro gasto em viajar para a unidade, necessidade de transporte motorizado para visitar a unidade, consulta disponível dentro de 24 h, e o uso da unidade mais próxima de casa, eram semelhantes tanto para pacientes que buscaram as unidades de APS quanto para os que buscaram os ambulatórios. Os pacientes que frequentavam o RAU eram mais prováveis de perder um dia de trabalho devido a uma consulta. Os ambulatórios foram os serviços mais procurados para o primeiro atendimento.

3	<p>SCATENA, L. M.; SCATENA-VILLA, T. C.; RUFFINO-NETTO, A.; KRITSKILL, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; ASSIS, A. M. M.; MOTTA, M. C. S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. 2009</p>	<p>Ribeirão Preto (SP); Campina Grande (PB); Feira de Santana (BA); São José do Rio Preto (SP); Itaboraí (RJ). Avaliar as dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em diferentes regiões do Brasil.</p>	Transversal.	Rev Saúde Pública	514. Pessoas em tratamento para TB. 2007	<p>Os pacientes dos municípios Ribeirão Preto e Itaboraí foram associados às condições mais favoráveis à dimensão “locomção” e os de Campina Grande e Feira de Santana as menos favoráveis. Ribeirão Preto apresentou condições mais favoráveis para a dimensão “serviço de atendimento” seguido dos municípios Itaboraí, Feira de Santana e Campina Grande. São José do Rio Preto apresentou condições menos favoráveis que os outros municípios para as dimensões “locomção” e “serviço de atendimento”.</p>
4	<p>OLIVEIRA, M. F.; ARCÊNCIO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; SCATENA-VILLA, T. C. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. 2011</p>	<p>Ribeirão Preto (SP) Analisar a porta de entrada do doente de TB no acesso ao diagnóstico no município de Ribeirão Preto/SP</p>	Transversal	Rev Esc Enferm USP	100. Pessoas em tratamento para TB. 2007	<p>A maior parte dos doentes de TB (61%) chegou ao local de diagnóstico por meio de encaminhamento. Apenas 29% dos doentes se apresentaram espontaneamente ao serviço que realizou o diagnóstico. 66% procurou por serviços de atenção primária como porta de entrada. Dos doentes entrevistados, 59% sempre procuraram por serviços de saúde de sua área de abrangência. Com relação ao diagnóstico, 89% dos doentes foram diagnosticados em serviços públicos de saúde. O diagnóstico foi realizado principalmente em unidades de nível secundário e terciário, somando-se 73% do total. Quanto à localização dos serviços de saúde, 88% dos doentes foram diagnosticados por serviços fora de sua área de abrangência.</p>

5	<p>SANTOS, T. M. M.G.; NOGUEIRA, L. T.; SANTOS, L. T.; COSTA, C. M. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. 2012</p>	<p>Teresina (NO) Avaliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na Estratégia Saúde da Família em Teresina</p>	<p>Transversal</p>	<p>Rev. enferm. UERJ</p>	<p>86. Pessoas em tratamento para TB. 2010</p>	<p>Quanto à porta de entrada 52,3% procurou a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio, para receber o primeiro atendimento, 47,7% e 51,2% dos doentes procuraram a unidade de saúde apenas uma vez para conseguir o primeiro atendimento e 75,6% referiram não ter havido dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde. Em relação ao tempo de deslocamento do domicílio à unidade de saúde, 58,1% pacientes gastavam 10 minutos ou mais. Para 34,9% dos entrevistados, o diagnóstico de TB ocorreu na UBS vinculada a uma equipe da ESF e 27,9% tiveram a confirmação do diagnóstico no ambulatório de referência. Quanto ao tempo decorrido entre o primeiro atendimento e a confirmação diagnóstica da doença, na maioria dos casos (47,7%) foi de uma a duas semanas.</p>
6	<p>OLIVEIRA, A. A. V.; SÁ, L. D.; NOGUEIRA, J. A.; ANDRADE, S. L. E.; PALHA, P. F.; SCATENA-VILLA, T. C. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. 2013</p>	<p>João Pessoa (PB). Analisar as barreiras ao diagnóstico da TB em pessoas idosas relacionadas aos serviços de saúde no município de João Pessoa-PB.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Rev Esc Enferm USP</p>	<p>7. Pessoas idosas em tratamento para TB. 2010 e 2011</p>	<p>As barreiras relacionadas ao acesso para confirmação diagnóstica foram: horário de funcionamento das unidades de saúde da família; transferência de responsabilidades; visitas domiciliares sem controle de comunicantes; demora do serviço de saúde em suspeitar da doença e repetidas idas do doente ao serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico.</p>

7	<p>PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; SCATOLIN, B. E.; ANDRADE, R. L. P.; ARAKAWA, T.; RUFFINO- NETTO, A.; MONROE, A. A.; SCATENA, L. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; SCATENA-VILLA, T. C. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. 2013</p>	<p>São José do Rio Preto (SP). Analisar o desempenho do primeiro serviço de saúde procurado (porta de entrada) para o diagnóstico da TB em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.</p>	<p>Transversal</p>	<p>Cad. Saúde Pública</p>	<p>81. Pessoas em tratamento para TB. 2008 e 2009</p>	<p>A porta de entrada foram as UPA. O serviço de saúde que mais diagnosticaram foram os hospitais. As UBSs associaram-se com a procura do serviço de saúde mais próximo da residência, consulta em 24hs, hipótese diagnóstica não informada, encaminhamento para outro profissional ou serviço, mais de três visitas, atraso no diagnóstico. As UPAs associaram-se com solicitação de radiografia de tórax e Baciloscopia de escarro, hipótese diagnóstica de outras doenças, não diagnosticadas a TB. Os serviços especializados associaram-se com a não procura do serviço de saúde mais próximo da residência, consulta em 24 horas, não encaminhamento, até três visitas até o diagnóstico, não atraso do diagnóstico.</p>
8	<p>ANDRADE, R. L. P.; SCATOLIN, B. E.; WYSOCKI, A. D.; BERALDO, A. A.; MONROE, A. A.; SCATENA, L. M.; SCATENA-VILLA, T. C.; PONCE, M. A. Z.; ARAKAWA, T. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? 2013</p>	<p>Ribeirão Preto (SP). Avaliar a qualidade dos serviços de saúde de atenção básica e pronto atendimento quanto ao diagnóstico da tuberculose pulmonar.</p>	<p>Transversal</p>	<p>Rev Saúde Pública</p>	<p>90. Profissionais de saúde. 2009</p>	<p>Atenção básica esteve associada à adequada provisão de insumos e recursos humanos, bem como com a solicitação de baciloscopia de escarro. O pronto atendimento associou-se à disponibilidade de equipamento de raio-X, sobrecarga de trabalho e rotatividade de recursos humanos, deficiências na quantidade de profissionais de saúde, disponibilidade de recipiente para coleta de escarro e solicitação baciloscópica de escarro. As ações de diagnóstico permaneceram centradas no médico em ambos os serviços.</p>

9	<p>SACATENA-VILLA, T. C.;  PONCE, M.A.Z.;  WYSOCKI, A. D.;  ANDRADE, R. L. P.;  ARAKAWA, T.; SCATOLIN,  B. E.; BRUNELLO, M. E. F.;  BERALDO, A. A.;  SCATENA, L. M.;  MONROE, A. A.;  SOBRINHO, R. A. S.; SÁ,  L. D.; NOGUEIRA, J. A.;  ASSIS, M. M. A.;  CARDOZO-GONZALES, R.  I.; PALHA, P. F. Diagnóstico  oportuno da tuberculose  nos serviços de saúde de  diversas regiões do Brasil.  2013</p>	<p>Ribeirão Preto (SP),  São José do Rio  Preto (SP), Pelotas  (RS), Foz do Iguaçu  (PR), João Pessoa  (PB), Feira de  Santana (BA).  analisar o primeiro  contato do doente  com os serviços de  saúde para o  diagnóstico oportuno  da tuberculose (TB),  em diferentes  regiões do Brasil</p>	<p>Transversal</p>	<p>Rev. Latino-  Am.  Enfermagem</p>	<p>598. Pessoas  em tratamento  para TB. 2009</p>	<p>O serviços de saúde mais procurado para o primeiro atendimento foram as unidades de APS. Dentre os pacientes que optaram pelos ambulatórios de referencias houve menor tempo desde a primeira consulta até o diagnóstico, com exceção do município de Pelotas que teve tempo de 20 dias. Todos os que buscaram o ambulatório de referência obtiveram o diagnóstico no serviço, sendo o serviço que mais diagnosticou. O exame mais solicitado a partir do primeiro serviço procurado foi o raio-x. São José do Rio Preto esteve associado a atraso ao diagnóstico; não realização do diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado; não solicitação de raio X. O município de Ribeirão Preto esteve associado com o primeiro serviço de saúde procurado sendo o ambulatório de referencia; realização do diagnóstico no pronto atendimento; realização do diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado; solicitação de baciloscopia; solicitação de raio-x. Os municípios de Ribeirão Preto, Foz do Iguaçu, João Pessoa que obtiveram um bom desempenho para o diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado e tiveram os exames de baciloscopia e raio X solicitados.</p>
10	<p>LOUREIRO, R. B.;  SCATENA-VILLA, T. C.;  RUFFINO-NETTO, A.;  PERES, R. L.; BRAGA, J.  U.; ZANDONADE, E.;  MACIEL, E. L. Acesso ao</p>	<p>Vitória (ES). Analisar  a acessibilidade dos  doentes de TB ao  diagnóstico nos  diferentes serviços  de saúde no</p>	<p>Transversal  Exploratório</p>	<p>Ciência e  Saúde  Coletiva</p>	<p>101. Pessoas  em tratamento  para TB. 2009</p>	<p>O primeiro tipo de serviço de saúde mais procurado pelo doente foi a atenção básica (37,6%), seguida pelo pronto atendimento (30,7%). O serviço de saúde que mais diagnosticou a TB foi a unidade de referência para a TB (61,3%). Apenas 42,5% dos doentes</p>

	diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. 2014	município de Vitória, Espírito Santo.				foram diagnosticados no primeiro tipo de serviço procurado. Dos doentes que procuraram a atenção básica obtiveram a consulta entre 1 a 7 dias. Observou-se uma baixa solicitação de baciloscopia pelos serviços de AB (42,1%) e do PA (25,8%). Em relação ao recebimento de orientações todos os tipos de serviços realizaram. Dos doentes que procuraram a AB, (92,1%) relataram morar próximo das unidades, (83,3%) daqueles que procuraram a unidade de referência consideravam seus domicílios distantes. Dos doentes que procuraram a AB, (71,0%) utilizavam transporte motorizado no deslocamento enquanto que aqueles que procuraram os serviços da unidade de referência 22,2% utilizavam transporte motorizado. Quanto à perda de turno de trabalho, observou-se que 56,4% não foram prejudicados. 63,3% gastaram dinheiro com transporte.
11	BALDERRAMA, P.; VENDRAMINI, S. F.; SANTOS, M. L. S. G.; PONCE, M. A. Z.; OLIVEIRO, I. C.; SCATENA-VILLA, T. C.; WYSOCKI, A. D.; ANDRADE, R. L. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. 2014	São José do Rio Preto (SP). identificar os aspectos relacionados à estrutura dos serviços que podem colaborar no retardo do diagnóstico, em um município prioritário para o controle da TB no Brasil	Transversal	Rev. Eletr. Enf.	106. Profissionais de saúde. 2009	O Pronto Atendimento foi mais bem avaliado em horário de funcionamento e pior em disponibilidade de funcionários. A Saúde da Família apresentou melhor avaliação em tempo de espera para atendimento dos usuários e rotatividade de profissionais. Todos apresentaram resultados satisfatórios para insumos, mas nenhum possuía Raio-X.

12	<p>PAIVA, R. C. G.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D.; NÓBREGA, R. G.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; SCATENA-VILLA, T. C.</p> <p>Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. 2014</p>	<p>Nordeste. Analisar o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose</p>	<p>Transversal</p>	<p>Rev. Eletr. Enf</p>	<p>101. Pessoas em tratamento para TB. 2009</p>	<p>As unidades de APS foram os serviços mais escolhidos como porta de entrada.: Dos que buscaram as unidades de APS os usuários consideram próxima a residência, contudo foi a unidade que mais encaminhou os sujeitos para outro serviço e foi a que menos diagnosticou a TB, ficando a cargo do PCT. Das pessoas que optaram buscar o ambulatório de referência e os serviços especializados foram considerados distante da residência dos usuários, o serviço garantiu o atendimento e diagnosticou todos que buscaram por atendimento</p>
13	<p>DANTAS, D. N. A.; ENDERS, B. C.; MEDEIROS, R. A.; SANTOS, R. J. F.; VIEIRA, C. E. N. K.; QUEIROZ, A. A. R. Acesso ao atendimento à saúde e diagnóstico da tuberculose. 2014</p>	<p>Natal (RN). Conhecer a avaliação dos pacientes com tuberculose quanto ao acesso ao atendimento à saúde e diagnóstico da tuberculose.</p>	<p>Transversal</p>	<p>Rev Rene</p>	<p>60. pessoas em tratamento da TB. 2012</p>	<p>Acesso ao atendimento em saúde: 48,3% procuraram hospitais como primeiro local para o atendimento à saúde. Tempo de espera médio para conseguir atendimento foi de 5,75 dias. 80% dos usuários consideraram o acesso ao como sendo fácil. A rapidez no atendimento foi considerado fator facilitador do acesso (35%). Fator dificultador foi a demora no atendimento (6,7%). Acesso ao diagnóstico da TB: em 55% dos casos a obtenção do diagnóstico não ocorreu no primeiro serviço de saúde procurado. A radiografia de tórax foi o exame mais solicitado (41,7%) seguido pelo de escarro (40%), a tomografia (11,7%). prova tuberculínica (5%). O acesso a foi considerado fácil por 85%. O exame ter sido realizado no mesmo local do atendimento à saúde foi aspecto facilitador (33,3%). A demora para ter acesso ao exame de diagnóstico foi aferido como dificultador (11,7%).</p>

14	SÁ, L. D.; SCATENA, L. M.; RODRIGUES, R. A. P.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O.; SCATENA-VILLA, T. C. I. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. 2015	Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Vitória (ES). Na região Sul, Foz do Iguaçu (PR) e Pelotas (RS). João Pessoa (PB) e Feira de Santana (BA). analisar fatores associados à porta de entrada de sistemas de saúde de sete municípios brasileiros para o diagnóstico da TB em pessoas idosas.	Transversal	RevBrasEnferm	706. Pessoas em tratamento para TB. 2010	Os serviços mais procurados foram os serviços especializados. 37,4% foram diagnosticados no primeiro serviço de saúde procurado. A prioridade dos serviços foi pela solicitação do raio-x (68,1%). A maioria, independente da modalidade de serviço encaminhou para outro serviço. Dentre os que buscaram as unidades de APS 54,1% receberam o diagnóstico, enquanto que nos serviços especializados 83,3%. A mediana de vezes que procurou os serviços de saúde foi de 15 vezes. Dentre os que buscaram as unidades de APS foi de 6 a 30 vezes e dentre os que buscaram os serviços especializados foi 4 a 40 vezes até o diagnóstico.
15	DANGISSO, M. H.; DATIKU, D. G.; LINDTJORN, B. Accessibility to tuberculosis control services and tuberculosis programme performance in Southern Ethiopia. 2015	Ethiopia. Estudar a distribuição geográfica e a acessibilidade física dos serviços de controle da tuberculose e sua relação com a notificação dos casos de baciloscopia positiva e o resultado do tratamento	Ecológico	Global Health Action	107. Gestores de unidades públicas de saúde e serviços não governamentais. 2012	90% profissionais foram treinados para o diagnóstico e tratamento da TB nos últimos dois anos, 80% apresentavam o material necessário para o diagnóstico da TB, 35% unidades não possuem energia elétrica. A cobertura dos serviços de controle de TB aumento nos últimos 10 anos em 36%. Apenas 13% das residências estavam distantes em até 10km, serviços de saúde com menos distância das residências apresentaram associação com maior número de casos de TB notificados.

16	<p>CHIANG, S. S. ROCHE, S.; CONTRERAS, C.; ALARCO, V.; V. DEL CASTILHO, H.; BECERRA, M. C.; LECCA, L. Barriers to the diagnosis of childhood tuberculosis: a qualitative study. 2015</p>	<p>Peru. Identificar barreiras do diagnóstico da tuberculose infantil em Lima, Peru.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>International Journal of Tuberculosis and Lung Disease</p>	<p>53. Pessoas em tratamento para TB. 2012</p>	<p>Participantes identificaram barreiras ao diagnóstico da tuberculose na infância: investigação de contato insuficiente, relacionado a insuficiente recursos humanos para realizar as visitas domiciliares, falta de transporte para levar o prestador até o domicílio, preocupação com a segurança; limitado acesso a testes de diagnóstico, relacionado a falta de equipamentos, máquina para radiografia não funcionando e burocratização para solicitar exames; falta de capacitações para a equipe de saúde e insuficiente recursos humanos.</p>
17	<p>ROSS, J. M.; CATTAMANCHI, A.; MILLER, C. R.; TATEM, A. J.; KATAMBA, A.; HAGUMA, P.; HANDLEY, M. A.; DAVIS, J. L. Investigating Barriers to Tuberculosis Evaluation in Uganda Using Geographic Information Systems. 2015</p>	<p>Uganda. Examinar a relação entre a distância e o tempo de viagem para os cuidados em saúde e a probabilidade de completar a Avaliação da TB em um estudo multicêntrico em Uganda rural.</p>	<p>Transversal</p>	<p>The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene</p>	<p>264.511. SR da TB. 2009 a 2012</p>	<p>Foi solicitado a baciloscopia de escarro para 4.640 adultos (1.8%), tendo apenas 2.783 (60%) completado a avaliação da tuberculose. O tempo médio de viagem do paciente para os cuidados em saúde foi de 68 minutos. O tempo de viagem diferiu entre aqueles que completaram e não completaram a avaliação da TB em apenas uma das seis clínicas, enquanto a distância para obter os cuidados não diferiu em nenhuma outra clínica analisada.</p>
18	<p>RIBEIRO, M. S.; ANDRADE, R. L. P.; MONROE, A. A.; RUFFINONETTO, A.; SCATENA, L. M.; SCATENA-VILLA, T. C. Exames realizados para o diagnóstico de tuberculose pulmonar no município de Ribeirão Preto, Brasil. 2016</p>	<p>Ribeirão Preto (SP). Analisar os exames solicitados no processo de elucidação diagnóstica da TB pulmonar no município de Ribeirão Preto - SP, a partir da visão dos doentes.</p>	<p>Transversal</p>	<p>CiencCuidSaude</p>	<p>84. Pessoas em tratamento para TB. 2009</p>	<p>O serviço de saúde mais procurado foi o Pronto atendimento (57,1%). Com relação aos exames houve predominância pela solicitação de raio-x no pronto atendimento e serviços especializados, já nas unidades de APS a preferência foi pela baciloscopia de escarro. Dos serviços que a solicitação não ocorreu no primeiro serviço de saúde procurado o tempo para o diagnóstico foi maior. O desempenho foi considerado satisfatório quanto a orientação sobre a doença, disponibilidade de materiais</p>

						para coleta de exames, entre de pote e recebimento de consulta. O desempenho foi considerado insatisfatório para o questionamento do profissional sobre o deslocamento, oferta de vale transporte. A mediana de busca por atendimento foi de 2 vezes. 65,5% dos exames solicitados ocorreu no mesmo serviço de diagnóstico.
19	REIS, S. P.; HARTEER, J.; LIMA, L. M.; VIEIRA, D. A.; PALHA, P. F.; CARDOZO-GONZALES, R. I. Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. 2017	Pelotas (RS). avaliar os aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas-RS, Brasil	Transversal	Epidemiol. Serv. Saude	276. Profissionais de saúde. 2012	Aspectos geográfico: a maioria utilizou transporte motorizado para o deslocamento até os serviços de saúde, os serviços procurados foram considerados próximos a residência. Aspectos organizacionais: a maioria das APS funcionavam 2 turnos, o tempo para o atendimento do paciente foi em média 18,4 min, a rotatividade dos recursos humanos e o não cumprimento do horário de trabalho foram considerados não satisfatórios, disponibilidade de profissionais foi considerado satisfatório.
20	CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob ótica dos profissionais de saúde. 2017	Paraná. conhecer os aspectos que influenciam o acesso ao diagnóstico de tuberculose e na ótica dos profissionais de saúde.	Qualitativo	Texto Contexto Enferm	30. Profissionais de saúde. 2013	Emergiram três categorias que mostram os fatores que influenciam positivamente no acesso ao diagnóstico, as fragilidades neste acesso e as características da organização deste serviço. Aponta ainda que a atuação da Estratégia Saúde da Família favorece o diagnóstico precoce, embora os profissionais relatem dificuldades para identificar os pacientes com sinais e sintomas da doença, seja por despreparo ou por falta de conhecimento da população sobre a doença.

**Apêndice B – Conceitos de acesso/ acessibilidade**

Autor	Ano	Nomenclatura	Conceito	Dimensões de análise
RONALD, Andersen; NEWMAN, John F.	1973	Acesso ou Acessibilidade	<p>Acesso refere-se ao processo de superação de barreiras pelos pacientes para entrar no sistema de saúde para cuidados médicos e continuar o tratamento.</p> <p>Acessibilidade é a proporção de despesas com cuidados médicos pagos pelos governos, por seguros de saúde ou outros contribuintes</p>	<p>Predisposição do indivíduo para utilizar os serviços: demográfico (idade, sexo, situação civil, histórico de doenças), estrutura social (educação, raça, ocupação, tamanho da família, etnia, religião, residência, mobilidade), crenças (valores relativos a saúde e doença, atitudes em relação aos serviços de saúde, conhecimento sobre doença).</p> <p>Capacidade de garantir serviços: família (renda, plano de saúde, fonte regular de cuidados de saúde e acessibilidade a esses cuidados), comunidade (rações pessoais e facilidades da população para usar o sistema de saúde, preço dos serviços de saúde, características das regiões urbana e rural)</p> <p>Nível da doença: percebido (incapacidades, sintomas, diagnósticos, estado geral), avaliadas (sintomas e diagnósticos)</p>
DONABEDIAN, Avedis	1973	Acessibilidade	<p>Refere-se a aspectos relacionados à oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população.</p>	<p>Sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, sejam condições cultural, educacional, econômica, políticas formais e/ou informais;</p> <p>Geográfica: relaciona-se ao tempo e espaço, medindo pelo tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.</p>
ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald	1974	Acesso	<p>Acesso está relacionado aos objetivos das políticas de saúde através das características do sistema de saúde, da população acometida e da</p>	<p>Indicadores de processo:</p> <p>Características dos serviços de saúde:</p>

			<p>resolutividade das ações</p>	<p>-Volume e distribuição de recursos (número de médicos, de leitos hospitalares e de ambulâncias por unidade da população e por unidade de área geográfica, etc);</p> <p>-Organização (variáveis de entrada no sistema: média de tempo de viagem, de espera para atendimento médico, da resposta à chamada do serviço de emergência; e variáveis de estrutura da organização: tipo de prática, em grupo, individual, tipo de prestador, método de triagem do paciente, horas que o prestador está disponível).</p> <p>Características da população em risco:</p> <p>-Passíveis de mudanças (predisposição: crenças gerais de saúde, atitudes, conhecimentos, fontes de informação em saúde, estresse e ansiedade sobre saúde; e possibilidades: renda e fonte de renda, cobertura do seguro de saúde, fonte regular de cuidados e facilidade de obtenção de cuidados);</p> <p>-Imutáveis (predisposição e possibilidades: idade, sexo, estado civil, comportamento de saúde prévio, educação, raça ou etnia, tamanho e composição da família, da religião e da mobilidade residencial, bem como as regiões do país e de residência);</p> <p>-Necessidades (percepção das necessidades de cuidado: apreciação do estado de saúde, os sintomas da doença, e incapacidade e necessidades avaliadas e urgência avaliada pelo médico).</p>
--	--	--	---------------------------------	--

				<p>Indicadores de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilização dos serviços de saúde: tipo de serviço, local que o cuidado foi prestado, finalidade do tratamento recebido, intervalo de tempo envolvido;</li> <li>-Satisfação do consumidor: percentual da população do estudo que estavam satisfeitos ou insatisfeitos, o custo, a coordenação, a cortesia, a informação médica, e qualidade global de cuidados e a percentagem que queria cuidados médicos, mas não conseguiu, e por quê.</li> </ul>
<p>PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William</p>	1981	Acesso	Grau de ajuste entre clientes e sistema de saúde	<p>Disponibilidade: volume e tipo de serviço em relação as necessidades em saúde;</p> <p>Acessibilidade: caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes;</p> <p>Acolhimento: representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização;</p> <p>Capacidade de compra: definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços;</p> <p>Aceitabilidade: representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.</p>
FRENK, Julio	1985	Acessibilidade	É o grau de ajuste entre as características dos recursos para a atenção à saúde e da população	<p>Obstáculos ecológicos: referentes a localização dos serviços de saúde, repercutindo na distância e tempo</p>

			no processo de busca e obtenção de assistência. Apresenta relação funcional entre o conjunto de obstáculos na busca e obtenção da atenção e a capacidade da população de superar os obstáculos. Os obstáculos são influenciados pelo tipo de organização do sistema de saúde	<p>de transporte;</p> <p>Obstáculos financeiros: valores cobrados pelo provedor;</p> <p>Obstáculos organizativos: refere-se a organização dos estabelecimentos de saúde para o atendimento oportuno. Divide-se em obstáculos da entrada, obstáculos no interior de um estabelecimento de saúde e obstáculos de saída o qual refere-se a continuidade da atenção;</p> <p>Poder de utilização da população: poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de tratar com as organizações.</p>
MILLMAN, Michael	1993	Acesso	Uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado	<p>Barreiras: estrutural: disponibilidade, organização, transporte; financeiro: cobertura de seguro de saúde, nível de reembolso, suporte público; pessoal: aceitabilidade, cultura, linguagem, atitudes, educação, crenças;</p> <p>Uso dos serviços de saúde: frequência de visitas a um estabelecimento de saúde e procedimentos médicos realizados;</p> <p>Mediadores: adequação dos serviços, eficácia, qualidade e adesão do paciente;</p> <p>Resultados: indicadores de saúde: mortalidade, morbidade, satisfação, funcionalidade.</p>
ANDERSEN, Ronald	1995	Acesso	É definido por termos multidimensionais.	<p>Acesso potencial: significa a possibilidade de recursos existentes;</p> <p>Acesso realizado: refere-se ao uso dos serviços de</p>

				<p>saúde;</p> <p>Acesso equitativo: está relacionado as características sociodemográficas e as necessidades dos sujeitos para utilizar os serviços de saúde;</p> <p>Acesso inequitativo: refere-se quando a estrutura social, as crenças e possibilidades de uso definem quem irá utilizar os serviços de saúde;</p> <p>Acesso efetivo: corresponde a melhora das condições de saúde quando há utilização dos serviços de saúde e satisfação dos usuários com os serviços;</p> <p>Acesso eficiente: é mostrado quando o nível do estado de saúde ou satisfação aumenta em relação à quantidade de serviços de saúde consumida.</p>
GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia	1995	Acesso ou acessibilidade	<p>Modelo economista: relação entre oferta e demanda;</p> <p>Modelo sanitário-planificador: acesso é estabelecido a partir do planejamento do Estado;</p> <p>Modelo sanitário-político: entrada do usuário no sistema de saúde é considerada o acesso;</p> <p>Modelo das representações sociais: considera o sujeito e a realidade social e histórica que estão inseridos para poder avaliar o acesso.</p>	
STARFIELD, Barbara	2002	Acesso	Forma que os usuários experimentam a acessibilidade dos serviços.	Entrevista com usuários ou populações sobre seu ponto de vista a respeito das características temporais, espaciais, organizacionais ou culturais

		Acessibilidade	Aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde, sendo necessário para atingir a atenção ao primeiro contato.	<p>Acesso Socioorganizacional e acesso geográfico</p> <p>Horário de disponibilidade;</p> <p>Acessibilidade ao transporte público;</p> <p>Oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado;</p> <p>Instalações para portadores de deficiências;</p> <p>Providências para horários noturnos;</p> <p>Facilidade da marcação de consulta e de tempo de espera pela mesma;</p> <p>Ausência de barreiras linguísticas e outras barreiras culturais</p>
THIEDE, Michael	2005	Acesso	<p>Liberdade de usar os serviços de saúde, refletindo a oportunidade de usar os serviços por circunstâncias que permitem e a capacidade das pessoas de tomar decisão.</p>	<p>Disponibilidade: caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico que estão ao alcance do cliente;</p> <p>Acessibilidade: refere-se aos custos diretos e indiretos de cuidados em relação à capacidade do cliente para pagar;</p> <p>Aceitabilidade: abrange fatores subjetivos, sociais e culturais, tais como o grau em que um determinado serviço é culturalmente seguro.</p>
ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de	2012	Acesso	<p>Modelo economista: relação entre oferta e demanda;</p> <p>Modelo sanitarista-planificador: acesso é estabelecido a partir do planejamento do Estado;</p> <p>Modelo sanitarista-politicista: entrada do usuário</p>	<p>Política: pactuação entre as instâncias, participação social, acompanhamento do processo, tomada de decisão;</p> <p>Economica-social: investimento na rede pública, barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas;</p>

			<p>no sistema de saúde é considerada o acesso;</p> <p>Modelo das representações sociais: considera o sujeito e a realidade social e histórica que estão inseridos para poder avaliar o acesso.</p>	<p>Organizacional: porta de entrada, fluxo de atendimento, barreiras geográficas, regulação/referência/contrarreferência e avaliação;</p> <p>Técnica: integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competência, habilidade, autonomia, compromisso, projeto terapêutico;</p> <p>Simbólico: processo saúde-doença, cultural, crenças, valores, subjetividade.</p>
--	--	--	--	---

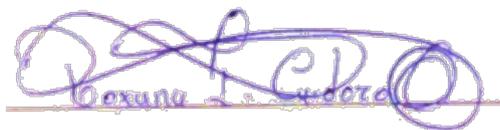
## **Anexos**

**Anexo I – Carta de autorização do coordenador da pesquisa**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE**

**DECLARAÇÃO**

Pelotas, 4 de maio de 2016

Eu ROXANA ISABEL CARDOZO GONZÁLES, declaro para os devidos fins que JÉSSICA OLIVEIRA TOMBERG, pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, é membro do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose da referida instituição, o qual desenvolveu a pesquisa “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, sob minha coordenação. Assim sendo está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar sua tese de doutorado intitulada: “O acesso às ações de detecção da tuberculose em municípios prioritários do Rio Grande do Sul”, sob minha orientação.



Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Coordenadora geral da pesquisa

## Anexo II – Instrumento para entrevistar as pessoas com tuberculose.

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM</p>	
Número do instrumento de coleta de dados(preenchido pelo supervisor)	nquest _ _ _
Coletador(a):	Data: __/__/____ codcol _ _
<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
Iniciais do entrevistado	
Sexo 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino	Sex _
Data de nascimento (dd/mm/aaaa)	Idad _ _
Endereço completo	
Cor da pele 1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Parda 4. <input type="checkbox"/> Amarela 5. <input type="checkbox"/> outra. Qual? _____	CorP _
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro 2. <input type="checkbox"/> Casado/União estável 3. <input type="checkbox"/> Separado/divorciado 4. <input type="checkbox"/> Viúvo	Eciv _
Até que série completa o(a) Sr.(a) estudou? __	Escol _
Atividade de trabalho remunerada 1. <input type="checkbox"/> empregado 2. <input type="checkbox"/> desempregado 3. <input type="checkbox"/> autônomo 4. <input type="checkbox"/> do lar 5. <input type="checkbox"/> aposentado 6. <input type="checkbox"/> aposentado com atividade remunerada 7. <input type="checkbox"/> estudante	Arem _
Recebe algum benefício do governo? 1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não	Rbene _
Qual a renda familiar mensal?(em reais)	Rfam _ _ _ _ _
Quantas pessoas dependem desta renda?	Npsd _
O local onde Sr.(a) vive é	Res _

1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> instituição asilar/abrigo 3. <input type="checkbox"/> Morador de rua	
Zona de residência 1. <input type="checkbox"/> Urbana 2. <input type="checkbox"/> Rural	Znr _
Quantas pessoas residem com o Sr.(a)? __	Npsr __
O Sr(a) possui outras doenças ou problemas de saúde além da tuberculose? (autorreferido) 1. <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____ 2. <input type="checkbox"/> não	Dcc _  Qdcc _
Com que frequência o Sr(a) consome alguma bebida alcoólica? (autorreferido) 1. <input type="checkbox"/> Nunca 2. <input type="checkbox"/> Quase Nunca 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Quase sempre 5. <input type="checkbox"/> Sempre	Alc _
Com que frequência o(a) Sr(a) costuma fumar? (autorreferido) 1. <input type="checkbox"/> Nunca 2. <input type="checkbox"/> Quase Nunca 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Quase sempre 5. <input type="checkbox"/> Sempre	Fum _
O(a) Sr.(a) faz uso de alguma droga? (autorreferido) 1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não	Drog _
<b>INFORMAÇÕES RELACIONADAS A UTILIZAÇÃO DOS SS</b>	
Antes de procurar o serviço de saúde o senhor procurou algum tipo de ajuda? 1. <input type="checkbox"/> Sim Onde? (igreja, curandeiro, farmácia) _____ 2. <input type="checkbox"/> não.	Paj _
20. Quais dos sintomas a seguir o motivaram a procurar o serviço de saúde? 1. Febre 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 2. Tosse 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. Emagrecimento 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 4. Dor no peito 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 5. Falta de ar 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 6. Outro motivo. Qual? _____	Febr _ Toss _ Emag _ DorPe _ Falta _
21. Qual foi o primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a perceber que estava doente? a. Nome: _____ b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a entrevista) c. Tipo: 1- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 5- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Privado; 8- <input type="checkbox"/> Consultório particular	Pss _ Tss _

9- <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____	
22. O senhor recebeu atendimento neste serviço? 1- <input type="checkbox"/> Sim. Quando? _____ (citar a data) 2- <input type="checkbox"/> Não 3- <input type="checkbox"/> NA	Recat _ Qnd _/ _/ _
23. Quantas vezes o(a) Sr.(a) precisou procurar um serviço de saúde até descobrir que tinha tuberculose? ____	VzSS __
24. O senhor procurou outros serviços de saúde para saber que tinha TB? 1. <input type="checkbox"/> Sim. Quais? 2. <input type="checkbox"/> Não. Nome: _____ Tipo: _____ _____ Nome: _____ Tipo: _____ Nome: _____ Tipo: _____ Nome: _____ Tipo: _____ Nome: _____ Tipo: _____	Poss _ Qss _
25. Qual foi o serviço de saúde(postinho, PA...) que pediu/solicitou os exames: a. Exame de escarro (catarro): 1. unidade de saúde: _____ 2. NA/NF b. Exame de raio-X (chapa do pulmão): 1. unidade de saúde: _____ 2. NA/NF c. Exame obrigatório de HIV/Aids(exame de sangue): 1. unidade de saúde: _____ 2. NA/NF d Outros exames. Especificar: _____ 1. unidade de saúde: _____ 2. NA/NF (Se responder que não fez nenhum exame pular para questão 29)	SSbk _ SSrx _ SSout1 _ SSout2 _ SSout3 _ SSout4 _

<p>26. Qual foi o serviço de saúde(postinho, PA...) onde realizou os exames:</p> <p>a. Coleta do exame de escarro (catarro):</p> <p>1. Unidade de saúde. Qual? _____</p> <p>2. Domicílio      3. Laboratório      4. Outro. Qual? _____</p> <p>4. NA/NF</p> <p>b. Exame de raio-X (chapa do pulmão):</p> <p>1. Unidade de saúde: _____</p> <p>2. NA/NF</p> <p>c Outros exames. Especificar: _____</p> <p>1. unidade de saúde: _____</p> <p>2. NA/NF</p>	<p>SSrbk _</p> <p>SSrrx _</p> <p>SSrout1 _</p> <p>SSrout2 _</p> <p>SSrout3 _</p>
<p>O senhor precisou levar a amostra de escarro (catarro) ao laboratório?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>LLab _</p>
<p>O Sr(a) precisou pagar por transporte para levar a amostra ao laboratório?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não 3- <input type="checkbox"/> NA (para quem respondeu não na questão 27)</p>	<p>PTrans_</p>
<p>29. Qual foi o serviço de saúde que lhe comunicou que o(a) Sr.(a) estava com TB?</p> <p>a.Nome: _____</p> <p>b.Endereço: _____</p> <p>(preenchido pelo entrevistador após a entrevista)</p> <p>c. Tipo:</p> <p>1- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência;</p> <p>5- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Privado;</p> <p>8- <input type="checkbox"/> Consultório particular ; 9- <input type="checkbox"/> Outros especificar _____</p> <p>0- <input type="checkbox"/> Não sabe;</p>	<p>SSdiag _</p> <p>Tssdiag _</p>

## Anexo III - Cartas aos secretários de saúde dos municípios

### Carta a Secretária de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Pesquisa Intitulada "Atenção Primária à Saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação"

A/C Ilma. Sra Secretária de Saúde de Pelotas

Prezada Senhora Secretária,

O referido projeto será desenvolvido junto aos doentes em tratamento no Programa de Controle a Tuberculose do município e profissionais atuantes na Atenção Básica de Saúde de Pelotas/RS.

Tem como objetivo estudar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose pulmonar no município e implementar tecnologia de informação avaliando seu impacto na qualidade e integração de ações entre os serviços de saúde.

Serão respeitados os compromissos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais legislações pertinentes, que tratam da pesquisa envolvendo seres humanos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Pelotas, 19 de ~~DECEMBRO~~ de 2013.

Atenciosamente,



Prof.ª Dr.ª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Ciente. De acordo.

11/01/13

Assinatura e Carimbo.



Ana Bergmann  
Secretária Municipal  
de Saúde

CONTATOS: Roxana Isabel Cardozo Gonzales (Email: [roxanacardozoandrea@yahoo.com](mailto:roxanacardozoandrea@yahoo.com));

Telefone: (53) 8451 5635

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

Solicitação ao Sr Carlos Eduardo Behm, Secretário municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul- RS.

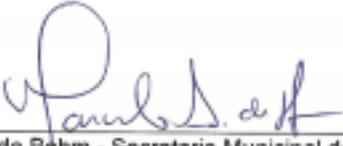
Santa Cruz do Sul, 14 de fevereiro de 2010.

Prezado Sr Secretario

Solicitamos a sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada "Atenção Primária à Saúde na detecção de tuberculose em municípios prioritários do Sul do Brasil: Desafios e Investimentos em estratégias de informação". Esse projeto de pesquisa tem como objetivo principal avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose pulmonar em municípios prioritários do sul do Brasil e implementar tecnologia de informação avaliando seu impacto na qualidade e integração de ações entre os serviços de Saúde. Esse projeto será desenvolvido por uma equipe de professores e acadêmicos do programa de mestrado em Promoção da Saúde da UNISC, sendo eu, Prof. Dra. Lia Possuelo, a coordenadora local do projeto.

Atenciosamente,

  
 Prof. Dra. Lia Possuelo

Autorização:   
 Carlos Eduardo Behm - Secretário Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

MARCELO DINIZ DA SILVA  
 DIR. PLANEJ. E GEST. DA SAÚDE  
 MATRÍCULA 41199

**Carta a Secretária de Saúde**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Pesquisa Intitulada "Atenção Primária à Saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação"

A/C Ilmo. Sr. Secretário de Saúde de Sapucaia

Prezado Senhor Secretário,

O referido projeto será desenvolvido junto aos doentes em tratamento no para a Tuberculose do município e profissionais atuantes na Atenção Básica de Saúde de Sapucaia/RS.

Tem como objetivo estudar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose pulmonar no município e implementar tecnologia de informação avaliando seu impacto na qualidade e integração de ações entre os serviços de saúde.

Serão respeitados os compromissos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais legislações pertinentes, que tratam da pesquisa envolvendo seres humanos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Pelotas, 19 de março de 2012.  
Atenciosamente,



Prof.ª Dr.ª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Ciente. De acordo.

25/03/2013

Assinatura e Carimbo.



José Elvir Wink  
Secretário de Saúde

CONTATO: Roxana Isabel Cardozo Gonzales (Email: [rosanacardozoandreo@yahoo.com](mailto:rosanacardozoandreo@yahoo.com));

Telefone: (53) 8451 5635



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE CANOAS  
Secretaria Municipal da Saúde



### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Ana Regina Boll, CPF, 456 262 860 04- Secretária Adjunta da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura, declaro estar ciente de minhas atribuições e confirmo minha disponibilidade, enquanto participante na realização da proposta ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO SUL DO BRASIL: DESAFIOS E INVESTIMENTOS EM ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO, encaminhada a chamada pública MCTI/CNPq nº 40/2012, autorizando minha vinculação a esta.

Declaro, ainda que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNs 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para fins previstos nos protocolos de pesquisa supracitada.

Canoas, Maio de 2013.

*De acordo*  
*[Handwritten signature]* / 6510-2

*De acordo*  
*Ana Boll*  
Secretária Adjunta da Saúde  
Mat. 112909

---

Diretoria de Vigilância em Saúde  
Rua Dr. Barcellos, 1600 – Centro – Canoas/RS CEP: 920310-200  
Fone: 3478-7171  
ou [ou.vigilancia.canoas@gmail.com](mailto:ou.vigilancia.canoas@gmail.com)

## ANEXO IV - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE  
ENFERMAGEM E  
OBSTETRÍCIA DA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO SUL DO BRASIL: DESAFIOS E INVESTIMENTOS EM ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO

**Pesquisador:** Roxana Isabel Cardozo Gonzales

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 16772713.6.1001.5316

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

**Patrocinador Principal:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 310.801

**Data da Relatoria:** 15/07/2013

#### Apresentação do Projeto:

A detecção de casos é a principal ação para o controle da tuberculose (TB), uma vez que identifica as fontes de infecção, agiliza o tratamento, quebra a cadeia de transmissão da doença e potencializa as chances de cura do doente. Sistemas de saúde frágeis, a falta de integração entre os diferentes serviços de saúde, recursos humanos inadequados e infraestrutura laboratorial pobre continuam como obstáculos para a expansão das ações e da qualidade dos serviços de saúde na atenção à TB. Investimentos na avaliação de serviços de saúde - principalmente no âmbito da atenção primária à saúde- são de relevância em virtude do potencial para contribuir diretamente no controle da doença, uma vez que tem o território e a família como objeto de trabalho, visando identificar as fragilidades e os desafios a serem enfrentados nesse nível de atenção. Ainda são fundamentais, estudos voltados para a qualificação dos sistemas de informação em saúde e fortalecimento da estrutura da rede laboratorial pública de saúde. O projeto pretende avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de TB pulmonar em quatro municípios prioritários para o controle da TB no estado Rio Grande do Sul (Pelotas, Canoas, Sapucaia do Sul e Santa Cruz do Sul) e implementar tecnologia de informação avaliando seu impacto na qualidade e integração de ações entre os serviços de saúde. Os estudos

**Endereço:** Gomes Carneiro nº 01

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.010-610

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3221-1522

**E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE  
ENFERMAGEM E  
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 310.801

envolverão avaliações de serviços de saúde com abordagens tanto quantitativa e qualitativa e será desenvolvido com análise de fontes secundárias (Livros de Registro e prontuários) e fontes primárias (doentes de TB). A implementação de tecnologia de informação se dará através de um sistema de registro informatizado online, que concentra uma versão digital dos documentos de registro utilizados na detecção, diagnóstico e tratamento dos casos de TB, além de um prontuário eletrônico para acompanhamento do caso.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose pulmonar em municípios prioritários do sul do Brasil e implementar tecnologia de informação avaliando seu impacto na qualidade e integração de ações entre os serviços de saúde.

**Objetivos Secundários:**

Caracterizar as unidades básicas de saúde dos municípios considerando aspectos da estrutura física e de recursos humanos; analisar o desempenho das unidades de atenção primária quanto a detecção de casos de TB, a agilidade no diagnóstico por baciloscopia e o tempo de referência e contrarreferência; verificar a completude dos dados registrados na atenção às pessoas com tuberculose nas unidades de atenção primária na rede estabelecida; caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos usuários com diagnóstico de TB pulmonar cadastrados no Programa de Controle de TB de julho de 2013 a junho de 2014; descrever o fluxo da pessoa com tuberculose pulmonar identificando os serviços utilizados desde o início dos sintomas; implementar e avaliar um sistema de registro informatizado quanto a completude e confiabilidade dos dados na rede estabelecida; analisar as fragilidades e potencialidades do uso de sistema de registro informatizado -SIn TB implementado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa oferece riscos psicológicos e sociais, a medida que investiga eventos relacionados a experiência de adoecimento por doença crônica de grande impacto no contexto biopsicossocial do indivíduo e por se tratar de patologia estigmatizada.

**Benefícios:**

Consideram-se benefícios coletivos resultantes da pesquisa a discussão da problemática no contexto local caracterizado pela preponderância da qualificação dos profissionais na atenção à TB. Implantação de Sistema informatizado de registros em TB, o que poderá reduzir os tempos de espera dos usuários por acesso à exames e seus resultados. O mapeamento da trajetória do

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE  
ENFERMAGEM E  
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 310.801

usuário permitirá identificar possíveis prejuízos e pontos de investimentos políticos e administrativos para resolução de problemas em benefício dos usuários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa proposto tem grande importância, pois executará atividades que avaliarão o desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na detecção de casos de TB pulmonar em quatro municípios prioritários do Rio Grande do Sul, além de se propor a implementar um sistema de tecnologia de informação como forma de fortalecimento e qualificação das ações de detecção de casos de TB.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PELOTAS, 20 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
**Marilu Correa Soares**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Gomes Carneiro nº 01

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.010-810

**UF:** RS **Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3221-1522

**E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

## Anexo V - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa intitulada de “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas.

Ela tem como objetivo Avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil e implementar tecnologia de informação avaliando seu impacto na qualidade e integração de ações entre os serviços de saúde na atenção a tuberculose.

Sua participação consistirá em responder a um instrumento de pesquisa com xx questões. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde para a detecção precoce e diagnóstico da TB.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar. A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas formuladas antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o segredo das informações por mim reveladas; A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a mesma não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa; A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas na construção da pesquisa e na publicação de trabalhos científicos, e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a todo o momento.

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

Pelotas, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Telefone: \_\_\_\_\_

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em tuberculose para a melhoria da saúde da população, contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roxana Isabel Cardozo Gonzales

CONTATO: Faculdade de Enfermagem – UFPel

Endereço: Gomes Carneiro nº 01, Campus Porto – Pelotas – RS; CEP 96015-000

Telefone (0XX53) 39211525

email:roxanacardozoandre@yahoo.com

## **II RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## **II Relatório do trabalho de campo**

A tese apresentada foi elaborada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo idealizada juntamente com a construção do estudo de origem pelo Grupo de Estudo e Avaliação em Tuberculose e Condições Crônicas (GEATC), intitulado “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, sob coordenação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Roxana Isabel Cardozo Gonzáles docente do departamento de Enfermagem da UFPel, o qual foi enviado, em 2012, ao edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N° 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas, sendo aprovada para financiamento.

A pesquisa de origem foi desenvolvida pautada em questionamentos do GEATC sobre o desempenho das unidades de APS para a detecção dos casos de TB, visto que já se havia identificado, em produções prévias do grupo de pesquisas, realizadas no município de Pelotas, deficiências relacionadas a gestão municipal da atenção à TB. Desse modo, buscou-se expandir o conhecimento para demais municípios do estado do Rio Grande do Sul, com a possibilidade de identificar e comparar realidades municipais no controle da TB.

Assim, a pesquisa que deu origem a este estudo foi desenvolvida em quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul, os quais fazem parte dos locais da pesquisa desta tese. O estudo teve início em 2013 e foi finalizado em 2015. O período de coleta de dados foi no primeiro ano de desenvolvimento da pesquisa. Em Pelotas a coleta de dados foi realizada por membros GEATC, nos outros municípios por estudantes de graduação e pós-graduação inseridos na pesquisa temática da TB. Em Santa Cruz do Sul a coleta foi realizada por estudantes da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), em Canoas por estudantes da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA - Unidade de Canoas) e em Sapucaia do Sul por estudantes da Escola de Saúde Pública. Todos previamente treinados pelos pós-graduandos do GEATB.

A coleta de dados com pessoas com TB iniciando o tratamento sempre foi e será um desafio, visto que, geralmente, são pessoas em situação de vulnerabilidade e que sofrem com o estigma que circunda a doença. As pessoas com TB enfrentam barreiras socioculturais e econômicas no processo de detecção da doença e isto somado com a discriminação, falta de recursos e de apoio e o medo da doença, culminam em dificuldades para falar sobre a TB. Isto exigiu dos entrevistadores habilidades comunicacionais para criar um ambiente confortável.

Ademais, as dificuldades da coleta de dados estiveram relacionadas à adequação da logística frente à diversidade organizacional dos municípios quanto ao tratamento da TB. Em Canoas, Pelotas e Santa Cruz do Sul a coleta ocorreu em unidades de saúde, em virtude do tratamento ser centralizado nos ambulatórios de referência, já em Sapucaia do Sul os coletadores direcionaram-se a todas as unidades de APS, devido ao tratamento ser descentralizado. O total de sujeitos entrevistados em Canoas foram 144, em Pelotas 99, em Santa Cruz do Sul 42 e em Sapucaia do Sul 41, totalizando 326 respondentes.

A construção dos bancos de dados foi gerenciada pelos pós-graduandos do GEATC e incluiu atividades de revisão de formulários de coleta, capacitação e monitoramento de digitadores, pareamento de bancos de dados e correções de inconsistências. Experiência esta que exige habilidades organizacionais, o que mostra ser essencial na formação do futuro doutor.

No que se refere à construção do projeto de tese, inicialmente, foi fundamentado pela necessidade de expandir o conhecimento quanto às dificuldades experimentadas pelas pessoas na detecção da TB. As pesquisas desenvolvidas pelo GEATC já apontavam fragilidades das unidades de APS no município de Pelotas, no entanto pouco se sabia quanto aos outros municípios do estado do Rio Grande do Sul e quanto à detecção dos casos de TB na rede de serviços de saúde.

A partir da definição do objeto desta tese, iniciou-se a leitura da produção científica na temática, verificando diversas abordagens quanto à avaliação dos serviços de saúde para a detecção dos casos de TB sob diferentes aspectos e referenciais teóricos. Dentre estas, a leitura do artigo intitulado “Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil” tendo como autores Loureiro, et al., publicado no ano de 2014, na revista Ciência &

Saúde Coletiva, despertou maior interesse quanto ao referencial teórico do acesso aos serviços de saúde.

Ao iniciar a aproximação do referencial teórico de acesso observou-se que, na maioria dos artigos sobre a detecção da TB, os aspectos avaliados nos serviços de saúde referiam-se a dimensões avaliativas do acesso. Desse modo, optou-se pela utilização do referencial teórico do acesso para avaliar a detecção dos casos de TB. No entanto, esta atividade constituiu-se em um desafio para a construção desta tese de doutorado, em virtude de não haver um consenso entre os pesquisadores sobre o conceito de acesso e suas dimensões avaliativas.

Nesse sentido, a construção do referencial teórico se iniciou a partir da leitura do artigo “Conceitos de acesso à saúde” de Sanchez e Ciconelli publicado em 2012 na Revista Panamericana de Saúde Pública, no qual foi possível identificar uma gama de teóricos que aprofundaram o conhecimento sobre o assunto. Assim, construiu-se uma lista de teóricos sobre o acesso e a cada leitura de obra, se identificado um novo teórico acrescentava-se à lista e buscava-se a obra do autor. Isto possibilitou construir uma evolução histórica dos conceitos de acesso, apresentada na tese no Apêndice B. A escolha do conceito e dimensões proposta pelos autores McIntyre e Mooney (2014) tornou-se atrativa, primeiramente, pela sugestão de padronização da avaliação das dimensões do acesso para permitir comparações entre os países. Para a temática dos estudos operacionais da TB isto torna-se favorável entre os países considerados prioritários para o controle da TB. Ademais, a proposta demonstrou ser compatível para avaliação do sistema brasileiro de saúde e da detecção da TB, visto que é fundamentada pela universalidade do acesso à saúde.

Diante dessas definições, desenvolveu-se a revisão da literatura em busca de artigos que abordassem o acesso à detecção dos casos de TB. Nesta, adotou-se como limitação a palavra acesso ou acessibilidade, a qual deveria estar inserida no título ou no objetivo do estudo. Isto permitiu identificar diversas produções científicas, assim como os avanços na área do conhecimento e construir os s do projeto de tese. A qualificação do projeto de tese foi realizada no dia cinco de outubro de 2017.

Dentre as correções sugeridas pela banca, destaca-se a proposta de avançar a revisão da literatura para uma *Scoping Review* e excluir a limitação da palavra acesso/acessibilidade para a seleção dos artigos, devido ter excluído da seleção

diversos estudos que avaliam o acesso, mas não utilizavam o referencial. Primeiramente, fez-se uma revisão abrangendo a literatura desenvolvida em diversos países, selecionou-se os artigos e com a leitura percebeu-se distinções organizacionais significativas do sistema de saúde quanto a avaliação do acesso. Salienta-se que àquelas relacionadas ao acesso geográfico apresentaram-se amplamente diversificadas.

Cabe salientar que construir um projeto de tese a partir de um projeto multicêntrico já realizado foi desafiador, pois houve o entusiasmo de investigar outras perspectivas após o estudo do referencial teórico de acesso aos serviços de saúde. No entanto foi necessário realizar adaptações e recortes coerentes com as disponibilidades do banco de dados. Tais aspectos são relevantes para formação de um pesquisador, exigindo habilidades e conhecimento sobre o objeto de estudo e o referencial teórico

Nesta tese defende-se duas produções. A primeira intitulada “Aspectos geográficos do acesso à detecção de casos da tuberculose no Rio Grande do Sul”, a qual contempla o objetivo específico “Mapear as distâncias entre os domicílios das pessoas com tuberculose pulmonar e os serviços de saúde do município e dos serviços de saúde utilizados para o primeiro atendimento e diagnóstico” e a segunda intitulada “A detecção da tuberculose: análise do acesso a partir do comportamento de busca por serviços de saúde” a qual contempla o objetivo específico “Investigar os serviços de saúde que ofertaram os exames na busca pelo diagnóstico da tuberculose pulmonar”. Salienta-se que o objetivo específico “Descrever os serviços de saúde procurados pelas pessoas com tuberculose pulmonar até o diagnóstico da doença” permeou a construção dos dois artigos visto que adotou-se como ponto de partida para a análise o comportamento de busca dos serviços de saúde.

Para a construção do artigo “Aspectos geográficos do acesso à detecção de casos da tuberculose no Rio Grande do Sul” foram utilizados dados somente dos municípios de Canoas e Pelotas. Fez-se esta opção devido a similaridades entre as cidades e por ambos contribuírem com a maior amostra de dados coletados, 144 e 99, respectivamente. Os dois municípios apresentam uma população de aproximadamente 330 mil habitantes. O índice de gini do município de Canoas é 0,51 e o de Pelotas é 0,55 indicando desigualdades sociais e econômicas marcantes em ambos contextos locais de saúde. Com relação à atenção a organização municipal para o controle da TB apresentam as ações de detecção descentralizadas

para as unidades de APS, com centralização dos exames de baciloscopia de escarro em unidades de referência. Os municípios diferem nesse aspecto, enquanto o município de Pelotas possui uma unidade de referência o município de Canoas possui cinco unidades de referência.

Para o alcance do objetivo a proposta incluía a utilização de Sistema de Informação Geográfica (SIG), o que configurou-se como um desafio, demandando tempo para a aproximação desta ferramenta. A realização de curso “Geoprocessamento Aplicado a Dados do Ambiente Construído e Social Relacionados à Saúde” durante o X Congresso Brasileiro de Epidemiologia contribuiu para isto, promovendo conhecimento básico sobre aspectos geográficos da saúde e o manuseio das ferramentas. Ademais, estabeleceu-se parceira de trabalho com o Geógrafo Johans Alexanders Arica Gutierrez formado pela Universidade Nacional Maior de São Marcos, Peru e Mestre pela Universidade de Sheffield, Inglaterra, o qual contribuiu para discussões acerca da proposta de análise e ensinamentos essenciais quanto o georreferenciamento.

Almejava-se conseguir visualizar a distribuição geográfica dos serviços de saúde e identificar a proximidade e distanciamento destes com relação às pessoas com TB, em virtude da produção científica identificada evidenciar dificuldades quanto ao acesso geográfico para a detecção da TB. Assim, foi possível verificar que nos dois municípios estudados os serviços de saúde encontravam-se próximos às pessoas com TB. O que estimulou identificar a distância entre o primeiro serviço procurado e o serviço que diagnosticou a doença em relação a pessoa com TB com o intuito de verificar se os serviços próximos estavam sendo utilizados por elas. Desse modo, os resultados apontaram que mesmos com serviços próximos ao domicílio das pessoas com TB, houve pouca utilização destes para a detecção.

Cabe salientar que o georreferenciamento dos endereços das pessoas com TB apresentou-se como uma tarefa complexa, devido a incoerência e incompletude de alguns endereços informados pelas pessoas, isto ocasionou em perdas. No município de Canoas, dos 144 entrevistados foi possível georreferenciar 124 endereços, o que corresponde a perda de 13%, já no município de Pelotas dos 99 entrevistados foi georreferenciado 88, compreendendo uma perda de 11%. Desse modo, verifica-se a necessidade de adotar outra logística de coleta de dados quando trata-se de endereços, sendo essencial confirmar a informação mediante a coleta. Observou-se que os nomes das ruas eram informadas pelo logradouro não oficial no

município, e sim pelo nome popular utilizado para localização no interior da comunidade, por exemplo, rua número um. Isto dificultou a localização geográfica precisa desta informação. Portanto, com este artigo foi possível confirmar a hipótese de que as pessoas com TB pulmonar enfrentam dificuldades geográficas na detecção da tuberculose (REIS et al, 2017).

Assim, com essa produção foi possível confirmar a hipótese que “Os sintomáticos respiratórios de tuberculose encontram dificuldades de acesso geográfico na detecção de casos (REIS et al, 2017)”. Ademais, esta primeira produção impulsionou o segundo artigo “A detecção da tuberculose: análise do acesso a partir do comportamento de busca por serviços de saúde”, uma vez que surgiram questionamentos quanto a necessidade de buscar serviços de saúde distantes da residência e quanto a oferta de ações para a garantia do diagnóstico da TB.

Desse modo, construiu-se fluxos da procura por serviços de saúde identificando o serviço de saúde que diagnosticou e os que ofertaram os exames para o diagnóstico. Para esta produções utilizou-se dados dos quatro municípios. Primeiramente, eles foram avaliados individualmente construindo-se o fluxo de cada município, o que permitiu verificar que há uma homogeneidade entre os municípios. Então optou-se por apresentar os resultados em conjunto. Os resultados permitiram identificar que as unidades de APS, as que são próximas as residências das pessoas com TB, não constituem-se a referência para busca por atendimento e também as que apresentam indicadores desfavoráveis para o acesso a detecção da doença. Já os serviços especializados foram os mais procurados e também os que garantem o acesso ao diagnóstico com mais agilidade. Talvez isto justifique a busca pelos serviços distantes da residência evidenciada na outra produção.

Assim, foi possível confirmar as hipóteses de que a procura para o primeiro atendimento por ambulatórios e unidades de urgência e emergência é superior as unidades de APS (PONCE et al, 2013; SOUZA et al 2015), que não há o diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado (LOUREIRO et al, 2014; DANTAS et al, 2014; SÁ et al, 2015), bem como precisa-se buscar diversos serviços até obter o diagnóstico (BRUNELLO et al, 2013), e a oferta de radiografia de tórax é superior nas unidades de urgência e emergência, enquanto nas unidades de APS a oferta de baciloscopia de escarro é superior (RIBEIRO et al, 2016)

Nesta produção adotou-se como critério de inclusão aqueles sujeitos que haviam respondido o questionamento quanto ao primeiro serviço de saúde procurado. Fez-se isso para poder construir os fluxos do comportamento de busca. Desse modo, das 326 pessoas entrevistadas, 290 responderam este questionamento, isto representou exclusão de 11% das entrevistas. Ressalta-se que, mesmo as pessoas com TB terem sido abordadas quando iniciando o tratamento, é comum não ter a lembrança desta informação, visto que o processo de detecção pode não ocorrer no período de três dias como esperado.

Durante o curso de doutorado foram publicados quatro artigos. “Avaliação das ações de detecção de casos de tuberculose na atenção primária” na Revista Eletrônica de Enfermagem, em 2015, “Sintomático respiratório da tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações” na Revista RENE, em 2016, “Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do Sul do Brasil” na Revista Gaúcha de Enfermagem, em 2016, e “Setores público e privado: características sociodemográficas das pessoas com tuberculose e ações de diagnóstico” na Revista de Enfermagem da UERJ, em 2017. Três artigos encontram-se aceitos para publicação na Revista Cogitare Enfermagem, Enfermería Comunitária e Revista Brasileira de Enfermagem. Além de resumos publicados em anais de eventos como o X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, ENPos-UFPeL, entre outros. Cabe destacar que durante o doutoramento houve a nomeação de concurso público para atuar como enfermeira no município de Pelotas, inserida no Setor de Controle e Avaliação da Superintendência da Gestão ambulatorial e hospitalar, o que permitiu a ampliação dos conhecimentos em avaliação de serviços de saúde.

#### **IV CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### **IV Considerações finais**

Considerando as produções resultantes desta tese, observou-se fragilidades quanto ao acesso às ações de detecção de casos de TB nos municípios estudados. Em Canoas e Pelotas constatou-se que mesmo os serviços de saúde sendo distribuídos geograficamente próximos às pessoas com TB, e assim constituírem um acesso facilitado geograficamente, não foram os serviços de saúde majoritariamente utilizados. O primeiro serviço procurado e o serviço que diagnosticou a doença foram àqueles classificados como de acesso dificultado. Ademais, quando verificado o comportamento de busca pelos serviços de saúde, dos quatro municípios em estudo, confirma-se que a predominância de busca é pelos serviços localizados nas regiões centrais das cidades (secundários e terciários).

Percebeu-se que as pessoas não possuíam acesso ao diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado, havendo necessidade, por vezes, de buscar diferentes modalidades de atenção até o diagnóstico da doença. Ressalta-se que embora a TB seja uma condição sensível a APS, evidenciou-se no estudo que ela vem sendo tratada por especialidades, visto que a oferta dos exames essenciais para diagnosticar a TB ocorreu predominantemente nos serviços especializados.

Salienta-se a necessidade do reconhecimento dos aspectos que estão promovendo entraves no acesso a detecção dos casos de TB pela gestão municipal, no intuito de desenvolver estratégias que minimizem as dificuldades. É essencial que as unidades de APS seja valorizada para a detecção dos casos de TB e assumam seu papel de ordenadora e coordenadora do cuidado a pessoa com TB.

Diante dos resultados alcançados recomenda-se o investimento em novas pesquisas sobre o acesso aos serviços de saúde dos demais municípios do estado do Rio Grande do Sul, a partir da perspectiva do referencial teórico utilizado neste trabalho. Também recomenda-se que sejam avaliadas as demais dimensões avaliativas do modelo teórico proposto por Thiede, Akweongo e McItyre (2014) a fim de sustentar o conhecimento do acesso aos serviços de saúde.