

Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo

FINANCIAL CHALLENGES TO ACCESS TUBERCULOSIS TREATMENT IN RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO

BARRERAS ECONÓMICAS EN LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO

Ricardo Alexandre Arcêncio¹, Tiemi Arakawa², Mayra Fernanda Oliveira³, Roxana Isabel Cardozo-Gonzales⁴, Lucia Marina Scatena⁵, Antônio Ruffino-Netto⁶, Tereza Cristina Scatena Villa⁷

RESUMO

A presente pesquisa objetivou analisar as barreiras econômicas na acessibilidade dos doentes aos Centros de Referência e Atenção à Tuberculose (TB) no município de Ribeirão Preto. Realizou-se inquérito de opinião a partir da adaptação do instrumento *Primary Care Assessment* (PCAT) com 100 doentes em tratamento e 16 profissionais de saúde dos Centros de Referência à TB em Ribeirão Preto. Aplicaram-se os testes Anova, Kruskal Wallis e Qui-quadrado. Predominaram doentes do sexo masculino e profissionais de saúde do sexo feminino. Identificaram-se diferenças entre os centros C e A, sendo que em C ($p=0,028$) é oferecido o vale-transporte e em A ($p=0,010$) o paciente arca com os custos de deslocamento. O indicador consulta médica em 24 horas apresentou-se com nível satisfatório. Houve divergências entre os relatos dos doentes e dos profissionais de saúde em relação ao oferecimento de vale-transporte. O doente encontra barreiras para o tratamento, como gastos com transportes ou atrasos no emprego, acarretando prejuízos na renda familiar.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose
Acesso aos Serviços de Saúde
Atenção Primária à Saúde
Condições sociais
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the financial challenges that patients have to deal with to access the Tuberculosis (TB) Care Reference Centers in Ribeirão Preto. Adjustments were made to the Primary Care Assessment (PCAT) and an opinion poll was made with one-hundred patients following treatment and 16 health care professionals working at TB Reference Centers in Ribeirão Preto. Anova, Kruskal Wallis and chi-square tests were used. Most patients were males and most health care professionals were female. Differences were found between Centers C and A, in that Center C ($p=0.028$) offers a bus pass, and in A ($p=0.010$) patients paid for their own transportation. The indicator medical appointment in 24 hours showed a satisfactory level. There were disagreements between the reports from patients and health professionals as to the center offering the bus pass. Patients face challenges in their treatment, such as costs with transportation or being late for work, which result in losses in the family income.

DESCRIPTORS

Tuberculosis
Health Services Accessibility
Primary Health Care
Social conditions
Public health nursing

RESUMEN

La investigación objetivó analizar las barreras económicas en la accesibilidad de enfermos a Centros de Referencia y Atención de Tuberculosis (TB) en municipio de Ribeirão Preto. Se realizó averiguación de opinión a partir de adaptación de instrumento Primary Care Assessment (PCAT), con 100 enfermos en tratamiento y 16 profesionales de los Centros de Referencia de TB en Ribeirão Preto. Se aplicaron los tests Anova, Kruskal Wallis y Qui-cuadrado. Predominaron enfermos masculinos y profesionales femeninos. Se identificaron diferencias entre los centros C y A, en C ($p=0,028$) se ofrece *vale transporte*, en A ($p=0,010$) los pacientes afrontan cargo de traslado. El indicador consulta médica en 24 horas presentó nivel satisfactorio. Existieron divergencias entre relatos de enfermos y profesionales en relación al ofrecimiento de *vale transporte*. El enfermo encuentra obstáculos en su tratamiento, como gastos de movilidad o atrasos en su empleo, acarreando perjuicios a la renta familiar.

DESCRIPTORIOS

Tuberculosis
Accesibilidad a los Servicios de Salud
Atención Primaria de Salud
Condiciones sociales
Enfermería en salud pública

¹ Professor Doutor do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ricardoarcencio@uol.com.br ² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tiarakawa@yahoo.com.br ³ Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Enfermeira da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil. mayrafo@eerp.usp.br ⁴ Professora Adjunta da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. ennoisab@eerp.usp.br ⁵ Professora Adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. lscatena@eerp.usp.br ⁶ Professor Titular do Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. aruffino@fmrp.usp.br ⁷ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenadora da Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose REDE-TB. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como um dos maiores desafios às políticas de saúde pública. Há que se destacar que as drogas, de forma geral, são efetivas no combate ao bacilo. No entanto, os desafios que se fazem presentes voltam-se aos constituintes organizacionais dos serviços de saúde e o comportamento humano⁽¹⁾.

Aproximadamente um terço da população mundial está infectada pelo bacilo, sendo que 5 a 10% adoecerão dessa enfermidade. No ano de 2006, aproximadamente, 9,2 milhões de novos casos ocorreram em todo o mundo, sendo que 0,5 milhões eram Multidrogaresistentes (MDR)⁽²⁾.

O Brasil faz parte dos 22 países com a maior carga de TB notificada no mundo. No país, no ano de 2007 foram estimados 92 mil casos de TB, apresentando-se com incidência de 49 casos por 100.000 habitantes, considerando todas as formas da doença. A taxa de prevalência foi de 60 casos por 100.000 habitantes, estando as taxas de mortalidade, abandono, o percentual de cobertura do DOTS e cura estiveram por volta de 91%, 8,3%, 75% e 72%, respectivamente⁽²⁾.

O país saltou da 16ª em 2006 para 18ª posição em 2009 no ranking dos 22 países com elevada carga da TB⁽³⁾, que pode ser atribuído em partes ao próprio avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) na redução das iniquidades em saúde, permitindo o acesso das populações em situação de vulnerabilidade social aos serviços de saúde. Outra parte contribuinte na transição do posto refere-se exatamente ao próprio desenvolvimento social e econômico que vem ocorrendo em âmbito nacional principalmente nos últimos anos.

Embora sejam inegáveis os avanços ocorridos no país, na conjuntura política-econômica-social a TB ainda se faz premente. A doença tem agravado o estado de pobreza das populações de baixa renda nos países em desenvolvimento, tendo desproporcional impacto na economia destes países, especificamente por ser incidente na faixa etária economicamente ativa, gerando desempregos, sequelas e óbitos no referido estrato⁽⁴⁾.

O tratamento da tuberculose impõe ainda significativos custos ao doente e à família; cada despesa prevista, ou efetuada, representa uma barreira econômica ao cuidado⁽⁵⁾. Os principais motivos para os doentes não terem acesso aos serviços de saúde são disponibilidade e acessibilidade ao transporte, custo do transporte, localização inacessível das unidades de saúde, prestação dos serviços em horários não coincidentes com as necessidades dos usuários⁽⁴⁻⁵⁾.

A acessibilidade não compreende apenas o ato de ingressar ou alcançar os serviços de saúde, mas represen-

ta o processo de atenção, ou seja, tudo o que é realizado com o usuário para a sua permanência no sistema. A *acessibilidade* é um substantivo que denota a qualidade de ser acessível; *acessível*, por sua vez, é um adjetivo que indica aquilo a que se pode chegar facilmente; que fica ao alcance⁽⁶⁾. Representa o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção, numa relação funcional entre o conjunto de obstáculos, a busca e obtenção da atenção e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos. Nesse sentido, a acessibilidade ao tratamento de TB não se restringe à obtenção da medicação ou de exames diagnósticos protocolados, mas de todos os meios, mecanismos e tecnologias que facilitam ou promovam o alcance dos doentes a esses serviços, sem ônus ou custos ao paciente, família e comunidade.

...a acessibilidade ao tratamento de TB não se restringe à obtenção da medicação ou de exames diagnósticos protocolados, mas de todos os meios, mecanismos e tecnologias que facilitam ou promovam o alcance dos doentes a esses serviços, sem ônus ou custos ao paciente, família e comunidade.

Considerando importante a compreensão das equipes acerca do conceito de acessibilidade, o papel protagonista dos trabalhadores de saúde na revisão e reelaboração de protocolos clínicos, menos engessados e mais delimitados pelas singularidades e na perspectiva de contribuir com a qualidade e resolutividade das ações e dos serviços de saúde, a presente pesquisa objetivou analisar as barreiras econômicas na acessibilidade dos doentes aos Centros de Referência e Atenção à TB (CRT) no município de Ribeirão Preto – São Paulo.

MÉTODO

Natureza do estudo

O presente artigo faz parte de uma série de estudos realizados em diferentes regiões do Brasil a partir do projeto multicêntrico desenvolvido pela área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB. A pesquisa atende a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao considerar que a *avaliação de desempenho dos serviços de saúde* constitui-se em linha investigativa prioritária para as reformas setoriais, na medida em que identificam *lacunas* dos sistemas de serviços de saúde e oferecem subsídios para as reformulações.

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo que toma a dimensão acessibilidade como um dos principais atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) que corresponde à ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado⁽⁶⁾.

Local de estudo

O presente estudo foi realizado entre 1º de julho a 30 de agosto de 2007, junto aos Centros de Referência de

atenção à TB (CRT) do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, cuja população é de 563.917 habitantes. No município em estudo, as ações de controle da TB, de detecção de casos, diagnóstico e tratamento estão centralizadas em cinco CRT, em que um deixou ser avaliado, pois na ocasião da coleta de dados não estava funcionando por falta de médico.

Seleção dos sujeitos

Selecionou-se uma amostra por conveniência constituída por dois grupos de informantes-chave. O primeiro foi composto por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem); o segundo foi formado por doentes de TB acima de 18 anos, não pertencentes ao sistema prisional, que se encontrava em tratamento no período de junho de 2006 a julho de 2007.

Instrumento

O instrumento foi baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, adaptado para avaliar a atenção à tuberculose no Brasil⁽⁶⁾. Nesse trabalho, foram utilizadas sete questões do instrumento relacionadas à dimensão acessibilidade econômica, que estão apresentadas na Figura 1. Utilizaram-se duas versões do instrumento: uma para os profissionais de saúde e outra para os doentes.

O entrevistado respondeu cada pergunta segundo uma escala de possibilidades do tipo *Likert*: *nunca*, *quase nunca*, *às vezes*, *quase sempre* e *sempre*, a qual se atribuiu um valor entre 1 e 5. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas (soma dos escores em cada pergunta dividido pelo total de sujeitos no grupo de profissionais de saúde e/ou no de doentes) representou um indicador.

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

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

A Figura 1 apresenta uma síntese esquemática da construção dos indicadores e índices compostos definidos na pesquisa.

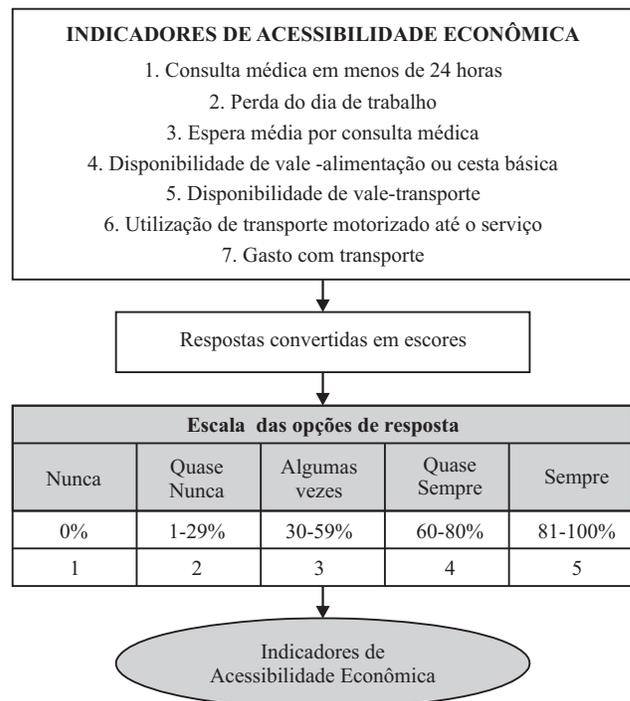


Figura 1 - Síntese esquemática da construção dos indicadores e índices compostos de acessibilidade econômica

Plano de Análise

As análises foram desenvolvidas com o programa *Statistica 7.0 da StatSoft*, sendo realizadas em duas etapas:

Na etapa I, foi feita a *Comparação entre os CRT*: os dados foram submetidos à Análise de Variância a um critério de classificação (ANOVA). A ANOVA pode ser entendida como um teste de comparação de médias amostrais influenciadas por diversos fatores, sob a hipótese de normalidade e igualdade das variâncias dos dados das amostras⁽⁷⁾. Assim, a igualdade de variância (homocedasticidade) requerida pela ANOVA foi verificada pelo teste de Bartlett, que é sensível à normalidade⁽⁷⁾. Para as análises que apresentaram violação dos critérios para o uso da ANOVA utilizou-se, primeiramente, o procedimento de transformação de dados, e para as análises que continuavam a violar os critérios para o uso da ANOVA era aplicado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, que é usado para comparação de três ou mais amostras independentes, todavia nesse teste não se assume qualquer hipótese de homocedasticidade⁽⁷⁾.

Uma vez aplicado o teste de Kruskal-Wallis, e se fosse significativo ($p < 0,05$), era realizado o teste de comparação múltipla conhecido como *Dunn* ou *Z prime*. Quando aplicado o teste F e sendo significativo ($p < 0,05$), realizou-se o teste de Tukey.

No que tange à etapa II, quando se comparou o grupo de doentes com o dos profissionais de saúde, aplicou-se o teste de χ^2 .

Consideraram-se níveis satisfatórios de acessibilidade quando o indicador apresentou valor maior ou igual a 4; regulares, abaixo de 4 e acima ou igual a 3; e insatisfatórios escores abaixo de 3.

Aspectos éticos da pesquisa

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram obedecidos os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em que cada sujeito participante manifestou sua anuência por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo com número do protocolo de nº 0984/2008.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos 16 profissionais de saúde, entrevistados segundo informações sobre sexo e profissão. No que se refere ao sexo, observou-se que 81,3% dos profissionais de saúde eram do sexo feminino.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de saúde dos Centros de Referência à TB segundo sexo e ocupação no município de Ribeirão Preto, SP - Brasil - 2007

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	3	18,7
Feminino	13	81,3
Profissão		
Médico	3	18,7
Enfermeiro	4	25,0
Auxiliar de enfermagem	9	56,3

Tabela 3 - Indicadores da acessibilidade econômica dos doentes de tuberculose segundo o Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto, SP - Brasil - 2007

Indicadores		A (n = 39)	B (n = 24)	C (n = 22)	D (n = 15)	P
1. Consulta médica em menos de 24 horas	Média IC (95%)	4,87 [4,68-5,05]	4,70 [4,84-5,05]	4,81 [4,52-5,11]	3,33 [1,98-4,68]	0,014
2. Perda do dia de trabalho devido à consulta médica de TB	Média IC (95%)	3,25 [2,63-3,87]	4,25 [4,68-5,05]	3,40 [2,58-4,23]	3,13 [2,15-4,11]	0,141
3. Espera média por consulta médica de retorno maior que 60 minutos	Média (95%)	3,89 [3,39-4,39]	4,04 [4,69-5,06]	4,36 [3,84-4,88]	4,60 [4,14-5,05]	0,262
4. Oferecimento de vale-alimentação ou cesta básica	Média IC (95%)	3,97 [3,40-4,54]	4,33 [3,82-4,80]	4,04 [3,32-4,76]	4,46 [3,68-5,24]	0,703
5. Oferecimento de vale-transporte	Média IC (95%)	1,82 [1,31-2,32]	2,41 4,52-5,02	3,36 [2,47-4,25]	3,20 [2,12-4,27]	0,007*
6. Utilização de transporte motorizado para ida até o serviço	Média IC (95%)	1,56 [1,11-2,00]	2,00 [4,32-4,97]	2,54 [1,68-3,40]	1,86 [1,00-2,72]	0,169
7. Gasto com transporte até o serviço de saúde	Média IC (95%)	2,61 [1,98-3,24]	3,5 [2,66-4,37]	4,36 [3,72-4,99]	3,40 [2,42-4,37]	0,005*

p: probabilidade do erro tipo I; nível de significância, *p < 0,05; valor de p em negrito aplicado teste de Kruskal Wallis; IC: intervalo de confiança.

Participaram do estudo ainda 100 doentes de TB, sendo 69% do sexo masculino com ensino fundamental. Destes, 61% com idade economicamente ativa, conforme é demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos doentes de TB segundo informações sociodemográficas e Centro de Referência à TB no município de Ribeirão Preto, SP - Brasil - 2007

Variáveis	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	Total
Sexo					
Feminino	14	4	8	5	31
Masculino	25	20	14	10	69
Escolaridade					
Sem escolaridade	1	2	4	0	7
Ensino fundamental	29	16	13	13	71
Ensino médio	7	6	3	1	17
Ensino superior	2	0	2	1	5
Idade					
15-30	12	0		3	17
31-45	12	7		8	33
46-59	9	4		8	28
60 e +	5	5		5	16
Ignorado	1	3		1	6
TOTAL	39	24		15	100

A acessibilidade econômica, que foi avaliada a partir de sete indicadores, está representada na Tabela 3. Os indicadores *consulta médica em menos de 24 horas se efeito colateral da medicação; oferecimento de vale transporte e gastos com transporte* apresentaram diferenças significativas entre os Centros de Referência e Atenção à Tuberculose (CRT).

Em relação ao indicador *consulta médica de emergência*, embora não apresentasse significância estatística, o CRT D alcançou valores regulares e os demais apresentaram valores satisfatórios. Ainda na Tabela 3, no que se refere à entrega do vale-transporte, houve diferenças significativas entre os CRT C e A (p = 0,028), visto que em C é oferecido o benefício e em A não é ofertado.

No que diz respeito ao *gasto com transporte*, na Tabela 3, verificou-se diferença estatística entre os centros C e A ($p=0,010$), onde em C os usuários não mencionaram custos advindo das viagens e em A foi referido despesas.

Segundo a Tabela 4, ao se comparar a percepção dos doentes com a dos profissionais de saúde sobre a acessibilidade econômica, identificou-se concordância nos in-

dicadores *consulta médica, espera média por consulta e oferecimento de vale-alimentação*, em que ambos atribuíram valores satisfatórios.

Identificou-se divergência extrema no indicador *oferecimento de vale-transporte*, em que os profissionais categorizaram como satisfatório e os doentes como insatisfatório, alegando não frequente o recebimento do facilitador.

Tabela 4 - Comparação entre os indicadores de acessibilidade econômica segundo a percepção dos doentes de TB e dos profissionais de saúde no município de Ribeirão Preto, SP - Brasil - 2007*

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

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%; (**) Não = teste X^2 de diferença = $p < 0,05$; Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $3 \leq$ Indicador < 4 ; Insatisfatória: Indicador < 3 .

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, verifica-se que a TB foi mais incidente em homens, corroborando com outros estudos⁽⁸⁻¹⁰⁾. Apesar do conhecimento histórico das diferenças entre os sexos, da incidência sobrepujante no sexo masculino, pouca ou nenhuma ênfase é dada a essa diferença, sendo apresentada em muitos estudos mais como um caráter descritivo, do que propriamente alvo de investigação ou intervenção⁽⁹⁻¹²⁾.

Nestes estudos há uma tendência de generalização dos determinantes saúde-doença, de riqueza e pobreza, deixando de lado os detalhes estruturantes das condições de vida social do paciente de TB⁽¹¹⁻¹²⁾, dos modos sociais de se interagir e se ocupar. De fato, tal ocupação ou forma de interação social poderá ser uma das muitas respostas sobre as diferenças na incidência da doença entre os sexos.

Frente a esse contexto, a riqueza ou pobreza não podem ser tomadas como variáveis únicas explanatórias de um desfecho – *adoecer por tuberculose* – mas analisadas conjuntamente com as relações de trabalho, desemprego, vício e estresse, para a definição de uma intervenção mais efetiva⁽¹³⁻¹⁵⁾. Retomando as diferenças entre os sexos evidenciadas no presente estudo, alguns dos fatores anteriormente elencados podem se revelar com mais intensidade e, assim, influência no processo saúde-doença de um ou de outro sexo. A título de exemplo, o vício do álcool tem expressividade em homens, sendo este um importante fator de risco para o desenvolvimento da TB ativa⁽¹⁶⁾.

O combate ao álcool tem sido uma das prioridades da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁽¹⁶⁾, que poderá repercutir em decréscimo importante no número de casos de TB, não pela coibição, mas pela ênfase dada na conscientização e educação de jovens adolescentes para hábitos saudáveis.

A TB, pela sua forte relação com determinantes sociais⁽⁹⁾, impõe grande desafio aos serviços de saúde, tornando imperiosa a gestão transetorial. Assim, considera-se relevante algumas medidas não somente no aspecto *caritativo*, como doação de cestas básicas, mas formas proativas de inserção do doente e família na sociedade, exigindo para isso uma articulação da saúde com os setores da educação, habitação, alimentação, lazer, entre outros. Entende-se aqui a importância da *transetorialidade* e não da justaposição ou sobreposição dos setores⁽⁸⁾.

Dentre os indicadores de acessibilidade econômica analisados, observaram-se pontos frágeis no cuidado individual, como perdas no dia de trabalho em decorrência do tratamento, em que é factual a dificuldade das equipes laborarem em um formato menos engessado e mais delineado pelas singularidades. No microespaço político, não se atenta às consequências drásticas à renda dessas famílias⁽⁵⁾, em que as equipes apresentam-se com uma concepção mais estreita do processo saúde-doença, que não conjuga a favor da produção social em saúde.

Outra fragilidade foi justamente os gastos tidos pelo doente com transporte que somente vem reforçar a inципиência da gestão trans-setorial no contexto da atenção

à TB⁽⁸⁾. O gasto com o transporte relaciona-se especificamente com as localizações dos CRT, que tendem a concentrar-se em regiões mais centrais da cidade, todavia os domicílios dos doentes ocupam as regiões mais periféricas⁽³⁾. Resultados dessa fragilidade foram identificados em outros cenários pela elevação considerável dos abandonos⁽⁹⁻¹²⁾. Vale lembrar que nestas áreas periféricas nitidamente se observam as iniquidades sociais, como desemprego, *favelamento*, drogadição, que formam nicho peculiar da tuberculose^(9-10,12).

No que tange à disponibilidade de vales-transporte a iniquidade se mostrou com considerável força, observando disparidade na distribuição desse facilitador de transporte entre os serviços de saúde, imperando a assistemática na distribuição, cujos critérios são esboçados mediante afinidade, aproximação e poder de um em detrimento de outros. Nesse jogo de disputa, acaba perdendo aquele *sem voz*, o que somente vem reforçar a injustiça social⁽¹⁴⁾.

Um fato curioso revelado no estudo refere-se à divergência dos relatos dos doentes em comparação aos dos profissionais, principalmente em relação ao oferecimento de vale-transporte. Assim, a incógnita que ora se apresenta é se de fato os trabalhadores de saúde desempenham suas ações em consonância aos seus discursos.

O estudo retratou a deficiência na acessibilidade do doente aos serviços de atenção à TB, em que a sua conformação, em vez de aproximar, acaba por vezes afastando seus usuários pela imposição do tratamento, pelos impasses trabalhistas e pelos custos. Retomando o conceito de acessibilidade de que este fenômeno não representa o simples ato de ingressar, mas no uso de todas as tecnologias possíveis para que o usuário permaneça no sistema, pode-se inferir que os doentes encontraram mais barreiras do que propriamente acessibilidade.

Remete-se ao questionamento da *imagem-objetivo* necessária na atenção ao doente de tuberculose. De fato, a visão integral do processo saúde-doença é a resposta em que a integração setorial ganha destaque, assumindo a insígnia do trabalho em saúde. Todavia, é clara a dificuldade das equipes da atenção básica trabalhar nesta

perspectiva pela falta de preparo e qualificação, conforme apontou estudo realizado nos municípios prioritários do estado de São Paulo⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Os autores chamam atenção à conscientização e ao envolvimento destes profissionais da/na sua política e missão de trabalho, através de oficinas permanentes em que devem ser levadas em conta questões não apenas de ordem cognitiva, mas também os *pré-conceitos*, ideologias e valores⁽¹⁷⁾.

Apropriando-se da definição defendida por alguns autores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ de que a saúde constitui como um dos *elementos da qualidade de vida e uma das condições objetivas para o desenvolvimento humano, um recurso para a vida*, e não uma perseguição perene do indivíduo, assume-se que a TB deve transcender os muros das unidades da saúde, precisando ir além da atenção individual aos doentes, em direção à mobilização de toda uma sociedade⁽¹⁹⁻²⁰⁾ com apelos para mudanças no campo político, econômico e social. Se para alguns autores as desigualdades sociais não tenham sido motivos suficientes para mobilização da sociedade civil⁽¹⁵⁾, a TB por si pode ser um disparador pelonexo risco da coletividade, injustiça e responsabilidade vicária.

CONCLUSÃO

A TB revelou-se mais incidente em homens, fato inquietante que necessita de melhor investigação com vistas à compreensão da relação de determinantes sociais, diferenças entre os sexos e adoecimento por TB. A PNAISH é uma importante medida governamental de valorização e resgate ao cuidado do homem e muito das medidas propostas nesta política pode substancialmente contribuir na redução do número de casos por TB.

A pesquisa mostrou barreiras na acessibilidade à atenção à TB como despesas e prejuízos trabalhistas, deixando em evidência as iniquidades na saúde, apesar da política do SUS de justiça social e de ampliação do acesso. A TB, pela intrínseca associação dos determinantes sociais, faz forte apelo à gestão trans-setorial e à mobilização social, parecendo razoável concluir, portanto, que somente se alcançará êxito no combate a doença quando os serviços estiverem munidos de trabalhadores comprometidos e envolvidos com esta proposta.

REFERÊNCIAS

1. Grange JM. DOTS and beyond: towards a holistic approach to the conquest of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1997;1(14):293-6.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing. WHO report 2009. Geneva; 2009.
3. World Health Organization (WHO). Addressing poverty in TB control. WHO report 2005. Geneva; 2005.
4. Gandy M, Zumla A. The resurgence of disease: social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. *Soc Sci Med*. 2002;55(3):385-96.
5. Jackson S, Sleigh AC, Wang GF, Liu XL. Poverty and the economic effects of TB in rural China *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;10(10):1104-10.
6. Villa TCS, Ruffino Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de Serviços de Atenção Básica no Controle da Tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):610-12.

7. Bussab W. O. Métodos quantitativos: análise de variância e regressão. 2ª ed. São Paulo: Atual; 1988.
8. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008;8(11):1-11.
9. Needham DM, Bowman D, Foster SD, Godfrey-Faussett P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. *Health Policy*. 2004;67(1):93-106.
10. Nair DM, George A, Chako KT. Tuberculosis in Bombay: new insights from poor urban patients. *Health Policy Plan*. 1997;12(1):77-85.
11. Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Soc Sci Med*. 2000;50(2):247-54.
12. Lönnroth K, Tran TU, Thuong LM, Quy HT, Diwan V. Can I afford free treatment? Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Soc Sci Med*. 2001;52(6):935-48.
13. Ogden J. The resurgence of tuberculosis in the tropics. Improving tuberculosis control--social science inputs. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2000;94(2):135-40.
14. Nogueira RP. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde Debate*. 2009; 33(83):397-406.
15. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde Debate*. 2009;33(83):380-7.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2010 fev. 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf
17. Monroe A, Cardozo-Gonzales RI, Palha P, Sasaki C, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento das equipes na atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
18. Cardozo-Gonzales RI, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):628-34.
19. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.
20. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo Gonzales RI, Ruffino Netto A, Pinto IC, Villa TCS. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(5):527-31.

Agradecimentos

Este trabalho teve suporte financeiro do CNPq / MS-SCTIE-DECIT – nº 25/2006 410547/ 2006-9 do projeto *Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil*, e do projeto *Innovative approaches for tuberculosis control in Brazil*, nº do grant 5 U2R TW006883-02, inserido no programa do *International Clinical Operational Health Research Training Award for Aids and tuberculosis (ICOHRTA AIDS/ TB)*.