

## Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de salud

Tiemi Arakawa<sup>1</sup>

Ricardo Alexandre Arcêncio<sup>2</sup>

Beatriz Estuque Scatolin<sup>3</sup>

Lúcia Marina Scatena<sup>4</sup>

Antônio Ruffino-Netto<sup>5</sup>

Tereza Cristina Scatena Villa<sup>6</sup>

El objetivo de este estudio fue analizar la accesibilidad de los pacientes al tratamiento de tuberculosis (TB) en Ribeirao Preto, ciudad del interior del estado de Sao Paulo. Se trata de un estudio de evaluación de servicios de salud, con abordaje cuantitativo. Fueron entrevistados 100 pacientes que iniciaron el tratamiento de TB entre 2006-2007, utilizando un cuestionario estructurado basado en el Primary Care Assessment Tool (PCAT). Los datos fueron sometidos al análisis de varianza. Fueron observadas evaluaciones positivas en relación a la accesibilidad organizacional, sin embargo, el desempeño de los servicios de salud fue poco satisfactorio en el ofrecimiento de ayuda de dislocamiento y en la necesidad de la utilización de transporte en el traslado hasta la unidad de salud, generando costos indirectos a los pacientes. Los servicios con mayor número de enfermos atendidos fueron los que presentaban mayor irregularidad en la realización de visitas domiciliarias, demostrando que la disponibilidad de recursos (humanos, materiales y tiempo) y la organización de la atención pueden influir en la accesibilidad al tratamiento.

Descriptores: Tuberculosis; Terapia por Observación Directa; Evaluación de Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

<sup>1</sup> Enfermera. E-mail: tiemi.a@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: ricardo@eerp.usp.br.

<sup>3</sup> Enfermera, Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: scatolin@eerp.usp.br.

<sup>4</sup> Profesor Doctor, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil. E-mail: lmscatena@uol.com.br.

<sup>5</sup> Médico, Profesor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: aruffino@fmrp.usp.br.

<sup>6</sup> Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Tereza Cristina Scatena Villa

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: tite@eerp.usp.br

## Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde

O objetivo deste estudo foi analisar a acessibilidade dos pacientes ao tratamento de tuberculose (TB) em Ribeirão Preto, cidade do interior paulista. Trata-se de estudo de avaliação de serviços de saúde, de abordagem quantitativa. Foram entrevistados 100 pacientes que iniciaram o tratamento de TB entre 2006-2007, utilizando questionário estruturado, baseado no Primary Care Assessment Tool (PCAT). Os dados foram submetidos à análise de variância. Observaram-se avaliações positivas em relação à acessibilidade organizacional, porém, o desempenho dos serviços de saúde foi pouco satisfatório no oferecimento de vale-transporte e na necessidade da utilização de transporte no deslocamento até à unidade de saúde, gerando custos indiretos aos pacientes. Os serviços com maior número de doentes atendidos foram aqueles que apresentavam maior irregularidade na realização de visitas domiciliares, demonstrando que a disponibilidade de recursos (humanos, materiais e tempo) e a organização da atenção podem influenciar na acessibilidade ao tratamento.

Descritores: Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Avaliação de Serviços de Saúde; Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

## Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance

The aim of this study was to assess the accessibility of patients to the treatment of tuberculosis in Ribeirão Preto, countryside of São Paulo State. Evaluation study type, with a quantity approach. Interviews with 100 patients initiated on anti-tuberculosis chemotherapy between 2006-2007 were conducted, using a structured questionnaire based on the Primary Care Assessment Tool (PCAT). Data were analyzed through variance analysis. There was a positive feedback regarding to organizational accessibility, however, the performance of health services has been unsatisfactory in providing transportation vouchers and in addressing the need to use transport for displacement to the health unit, resulting in indirect costs to patients. The services with the highest number of patients treated were those with higher irregularity in the conduct of home visits, showing that the availability of resources (human, material and time) and the organization of care may influence the accessibility to treatment.

Descriptors: Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Health Services Evaluation; Health Services Accessibility.

## Introducción

La Organización Mundial de Salud (OMS) destaca la importancia de la dimensión organizacional y de desempeño de los servicios de salud en las acciones de control de la tuberculosis (TB), afirmando que el *problema no está en las formas de detección y tratamiento, pero, si, en la forma de organización de los servicios de salud para detectar y tratar los casos de TB*<sup>(1)</sup>. La estrategia DOTS (*Directly Observed Therapy, Short-course*), hoy expandida por el plano STOP-TB, refuerza esta idea al constituirse en una política para el control de la TB dentro del sistema de salud, en lugar de simplemente un protocolo de abordaje clínico<sup>(2)</sup>.

La atención a la TB implica, también, lidiar con una enfermedad considerada como condición crónica, que exige habilidades específicas para un atención diferenciada, por tratarse de una enfermedad de larga duración<sup>(3)</sup>. Se sabe que la falta de adherencia al tratamiento de la tuberculosis, que dura, por lo menos 6 meses, consiste uno de los aspectos más desafiantes del control de la enfermedad, ya que repercute en el aumento de los índices de mortalidad, incidencia y multidrogarresistencia<sup>(4)</sup>.

Estudios nacionales e internacionales muestran que la obtención del suceso terapéutico se extiende más allá

de la eficacia farmacológica, existiendo obstáculos a la continuidad del cuidado de la salud durante el tratamiento de la TB relacionados tanto a factores intrínsecos de la terapéutica, como al paciente, y al modo como el servicio se organiza para prestar asistencia<sup>(5-6)</sup>. Se suma el hecho de que la adherencia al tratamiento extrapola el abordaje que reduce las necesidades de la salud de un individuo a los aspectos clínicos y biológicos, una vez que la TB es una enfermedad directamente asociada e influenciada por la estructura social experimentada por los que de ella se enferman<sup>(7)</sup>.

La accesibilidad constituye un elemento importante para explicar las variaciones en el uso de servicios de salud, y representa una dimensión relevante en los estudios sobre la evaluación del desempeño de servicios de salud y de la calidad de la atención<sup>(8)</sup>. Los factores que predisponen al uso de los servicios influye en los resultados de la salud del individuo, y su estudio favorece la elección de estrategias para la adecuación de las necesidades de la población y la demanda de cuidados<sup>(9)</sup>. En lo que se refiere al carácter o calidad de lo que es accesible, la accesibilidad difiere del concepto acceso, comprendido como "entrada, acto de ingresar"<sup>(10)</sup>. El concepto de accesibilidad avanza en lo que comprende el concepto de acceso más allá de la entrada en los servicios, ya que la accesibilidad no se restringe a la mera disponibilidad de recursos en un determinado momento/lugar o apenas al uso de servicios de salud, pero indica también el grado de ajuste entre las

necesidades de los pacientes y los servicios utilizados<sup>(11)</sup>.

En esta perspectiva, es fundamental conocer como los usuarios evalúan la atención a ellos prestada, para repensar e intervenir sobre la forma de organización de los servicios, objetivando mejor calidad en la asistencia, una vez que, "cualquier definición de un sistema de asistencia a la salud debe considerar las dimensiones de la accesibilidad a fin de que los avances teóricos, relativos a la organización sectorial, se transformen en prácticas en el interior de los servicios"<sup>(9)</sup>.

El objetivo de este estudio fue evaluar la accesibilidad de pacientes al tratamiento de TB en diferentes unidades de referencia de una ciudad del interior del estado de Sao Paulo (Ribeirao Preto – SP).

## Materiales y Métodos

El estudio integró un proyecto multicéntrico desarrollado por el Área de Investigación Operacional de la Red Brasileña de Investigación en Tuberculosis/REDE-TB, realizado en cinco municipios prioritarios para el control de la TB de la región sudeste y noreste. Se trata de un estudio evaluativo, de recorte cuantitativo. De acuerdo con el referencial teórico utilizado, la dimensión accesibilidad fue categorizada en accesibilidad organizacional, accesibilidad económica y accesibilidad geográfica<sup>(11)</sup>. De acuerdo con estas categorías fueron construidos los siguientes indicadores (Figura 1).

	Categoría	Indicadores
Accesibilidad Organizacional	Representada por los obstáculos que se originan en los modos de organización servicios de salud, como demora en la obtención de consulta, dificultades en la programación de consultas. La garantía de continuidad de la atención también integra esta dimensión.	Consulta médica en menos de 24 horas Falta de medicamentos durante el tratamiento Espera promedio por consulta médica de retorno mayor de 60 minutos Facilidad para programar consultas médicas de control de la tuberculosis Recibimiento de visita domiciliar durante el tratamiento Ofrecimiento de ayuda de desalojamiento Ofrecimiento de cesta básica
Accesibilidad Económica	Incluye consumo de tiempo, energía y recursos financieros para obtención de asistencia, perjuicios por pérdida del día de trabajo, costos con el tratamiento.	Pérdida del día de trabajo o compromisos debido a la consulta médica de TB Gasto por transporte hasta la unidad de salud.
Accesibilidad Geográfica	Relacionada a la distancia promedio entre la población y los servicios de salud y por los motivos que llevan los individuos a procurar determinado servicio de salud en determinado local	Realización del tratamiento de TB en la unidad de salud más próxima de casa. Utilización de transporte motorizado en el desalojamiento hasta la unidad de salud.

Figura 1 - Indicadores construidos para el estudio

Este estudio fue desarrollado en Ribeirao Preto, un municipio de gran porte en la región oeste del interior del estado de Sao Paulo - SP. En este municipio, la asistencia a individuos enfermos de TB es realizada por medio de equipos especializados del programa municipal de control de la TB (PCT), actuantes en unidades de referencia (unidades básicas, unidades distritales de salud y centros de referencia) localizadas en cada uno de los 5 distritos

de salud existentes.

Cuatro unidades de referencia (identificadas por las siglas A, B, C y D) participaron del estudio. Previamente, un censo de la población de individuos enfermos de TB en tratamiento en el municipio fue realizado, resultando en 167 casos. Fueron excluidos pacientes de TB pertenecientes a la población carcelaria del municipio, los no residentes en el municipio de estudio y los menores de

18 años. En total, participaron del estudio 100 individuos en tratamiento en las unidades de referencia del municipio de 2006 a 2007.

Se realizó entrevistas con los individuos, por medio de la aplicación de un cuestionario semiestructurado basado en los instrumentos componentes del *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), validado en Brasil<sup>(12)</sup> y adaptado para las acciones de control de la tuberculosis<sup>(13)</sup>. Este instrumento contiene cuestiones sobre cada dimensión esencial de la APS (puerta de entrada, acceso, vínculo, coordinación, enfoque en la familia, conjunto de servicios y formación profesional). Para análisis de la accesibilidad al tratamiento fueron consideradas cuestiones colocadas en las dimensiones acceso y conjunto de servicios.

Cada pregunta del cuestionario fue respondida según una escala de posibilidades preestablecida - escala de Likert - en la cual los valores de 1 a 5 registraron el grado de relación de preferencia o concordancia de las afirmaciones. Los indicadores creados para cada pregunta corresponden al valor promedio obtenido por la sumatoria de todas las respuestas de todos los pacientes entrevistados y dividido por el total de encuestados. El desempeño de cada indicador

fue clasificado como: valores promedios próximos de 1 y 2 - desempeño *insatisfactorio*, para valores próximos de 3 - *regular* y para valores próximos de 4 y 5 - desempeño *satisfactorio*. Los indicadores fueron entonces analizados individualmente y comparados entre las cuatro unidades de salud. Para evaluar la accesibilidad al tratamiento en las unidades de referencia, los datos fueron sometidos al análisis de varianza (*one-way ANOVA*). La suposición de igualdad de varianza (homocedasticidad) requerida por la ANOVA fue verificada por la prueba de Bartlett. El análisis de varianza fue aplicado, por lo tanto, en las variables que satisficieron las presuposiciones de independencia, homocedasticidad y normalidad. Para aquellas variables que presentaron violación de los criterios para el uso de la ANOVA se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

El nivel de significancia estadística adoptado en todas las pruebas fue de 5%. Atendiendo a la resolución 196/96, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (protocolo) y fue registrado en el SISNEP/ CONEP - Consejo Nacional de Ética en Investigación.

## Resultados

Tabla 1 - Valor promedio e intervalo de confianza de los indicadores de accesibilidad organizacional, económica y geográfica de pacientes de tuberculosis por unidades de salud y en el municipio (2006-2007)

Variable	Unidad A n=39		Unidad B n=24		Unidad C n=22		Unidad D n=15		Promedio Total $\bar{x}$	Prueba F o Prueba H
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		
Facilidad para marcar consultas médicas de control de la tuberculosis <sup>†</sup>	4,94±0,32		4,87±0,61		5,00±0,00		4,86±0,51		4,93	0,6828
Falta de medicamentos durante el tratamiento <sup>†</sup>	4,61±0,90		4,87±0,44		5,00±0,00		5,00±0,00		4,82	0,0571
Consulta médica en menos de 24 horas <sup>†</sup>	4,87±0,57		4,70±1,08		4,81±0,66		3,33±2,43		4,59	0,0148*
Ofrecimiento de cesta básica <sup>†</sup>	3,97±1,76		4,33±1,52		4,04±0,61		4,46±1,40		4,15	0,7030
Espera promedio por consulta médica de retorno mayor que 60 minutos <sup>†</sup>	3,89±1,53		4,04±1,19		4,36±1,17		4,60±0,82		4,14	0,2629
Recibimiento de visita domiciliar durante el tratamiento <sup>†</sup>	3,28±1,41		3,37±1,66		4,68±0,71		4,86±0,51		3,85	0,0001*
Pérdida del día de trabajo o compromisos debido a la consulta médica de TB <sup>†</sup>	3,25±1,90		4,25±1,53		3,40±1,86		3,13±1,76		3,51	0,1407
Gasto por el transporte hasta la unidad de salud <sup>†</sup>	2,61±1,94		3,50±1,97		4,36±1,43		3,40±1,76		3,33	0,0058*
Realización del tratamiento de TB en la unidad de salud más próxima de casa <sup>†</sup>	3,33±1,97		2,33±1,92		3,36±2,01		4,20±1,65		3,23	0,0317*
Ofrecimiento de ayuda de dislocamiento <sup>†</sup>	1,82±1,57		2,41±1,90		3,36±2,01		3,20±1,93		2,51	0,0072*
Utilización de transporte motorizado en el dislocamiento hasta la unidad de salud <sup>†</sup>	1,56±1,37		2,00±1,76		2,54±1,94		1,86±1,55		1,93	0,1698

\*valores de p <0,05; † ANOVA paramétrica (Prueba F); ‡ Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (Prueba H)

En los resultados arriba descritos, se puede identificar que las unidades estudiadas obtuvieron comportamientos semejantes en los siguientes indicadores: "facilidad en la obtención de consultas médicas de control" y "ofrecimiento

de medicamentos durante el tratamiento" (evaluados como satisfactorios en la percepción de los pacientes); "ofrecimiento de cesta básica", "espera promedio de consulta médica mayor que 60 minutos" y "pérdida del

día de trabajo debido consulta médica” (evaluados como desempeño regular); “utilización de transporte motorizado en el desplazamiento hasta la unidad de salud” (evaluados con desempeño insatisfactorio).

En relación a la distancia entre la unidad de referencia y el domicilio del enfermo, fue observada diferencia estadística significativa entre el comportamiento de las

unidades (Figura 2). Por medio de la aplicación de la prueba de comparación de promedios (prueba de Tukey), se observó que la unidad B obtuvo los menores puntajes cuando comparada a la unidad D, que tuvo el mejor desempeño. La unidad B es la que presenta mayor área de influencia, totalizando la atención de 136.906 habitantes.

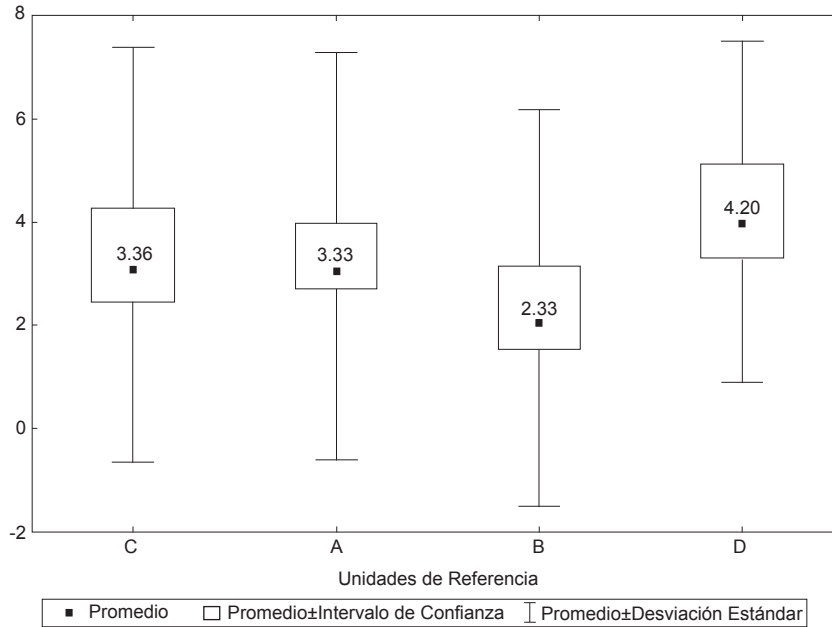


Figura 2 - Promedio, Intervalo de Confianza y Desviación Estándar del indicador: “realización del tratamiento de TB en la unidad de salud más próxima de casa”, 2006-2007

En lo que se refiere al beneficio de ayuda de desplazamiento, que presentó desempeño insatisfactorio para el municipio, hubo diferencia estadística significativa en el comportamiento de las cuatro unidades estudiadas, y la prueba de Tukey mostró que las unidades A y B presentan menor frecuencia en el ofrecimiento de este beneficio.

77% de los pacientes en la unidad A y 62,5% en la unidad B relatan que el servicio nunca ofreció este tipo de auxilio. Son también las unidades A y B que demuestran peores evaluaciones cuando comparadas a las unidades C y D en relación al costo/gasto con transporte en el desplazamiento hasta la unidad de referencia.

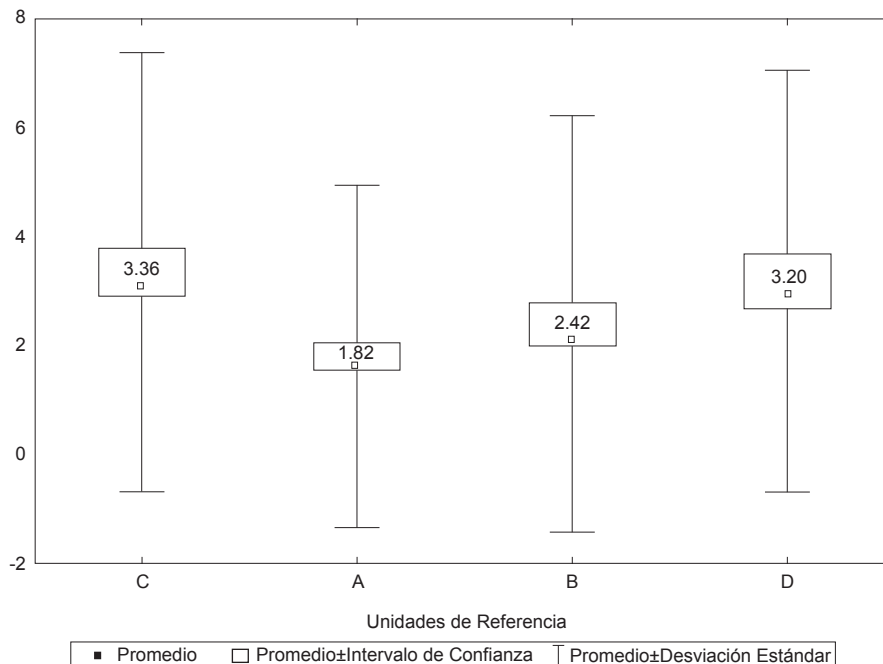


Figura 3 - Promedio, Intervalo de Confianza y Desviación Estándar del indicador: “recibimiento de visita domiciliar durante el tratamiento”, 2006-2007

En relación a la realización de la visita domiciliar (VD) a los pacientes en tratamiento, fueron también las unidades C y D que obtuvieron evaluación satisfactoria, teniendo 82% y 93% de los pacientes, respectivamente,

siempre recibiendo visitas domiciliarias. Por otro lado, se observó desempeño insatisfactorio en las unidades A y B, donde, respectivamente, 28% y 25% de los entrevistados relataron que nunca recibieron VD.

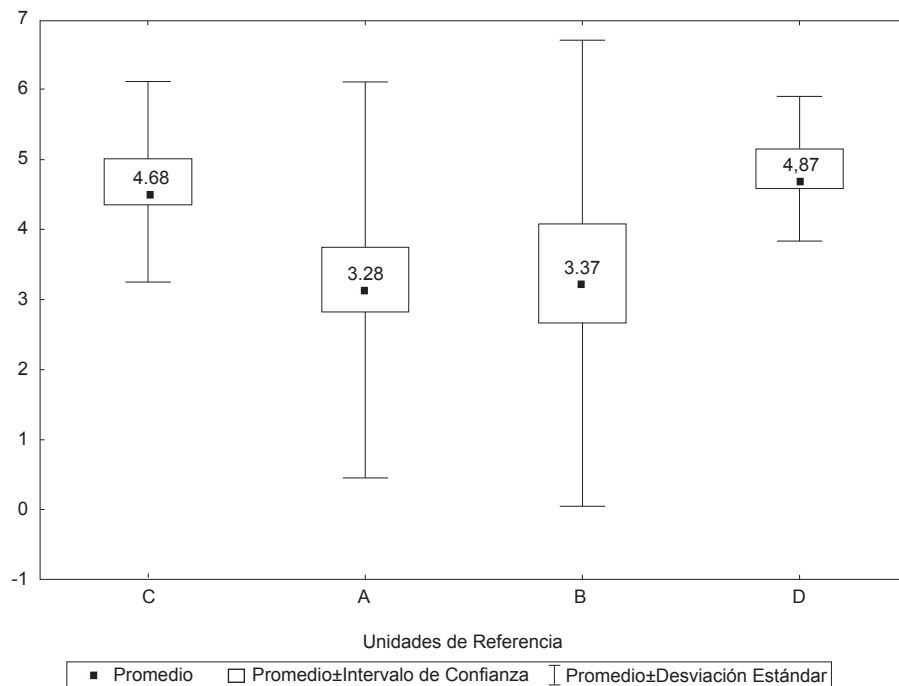


Figura 4 - Promedio, Intervalo de Confianza y Desviación Estándar del indicador: "recibimiento de visita domiciliar durante el tratamiento", 2006-2007

## Discusión

Cuando un problema de salud exige atención, el sistema de salud debe estar organizado de forma a garantizar que la atención al primer contacto sea alcanzada, y que esta atención sea continua y pueda satisfacer las aspiraciones del individuo que precisa de ella<sup>(14)</sup>. El ofrecimiento de consultas médicas con facilidad, sean estas consultas de control (mensuales) o de emergencia (en el plazo de hasta 24 horas), pueden indicar que las unidades de referencia mantienen la regularidad de las consultas de control, garantizando el acompañamiento de la evolución del tratamiento de TB, y también garantizan agilidad en situaciones eventuales, posibilitando la atención cuando el individuo presenta la necesidad. El apareamiento de reacciones adversas a los medicamentos es una situación común en pacientes que se encuentran en la fase inicial del tratamiento, hecho que implica prestar cuidados y atención especial por parte del equipo de salud responsable. La espera por consulta médica, evaluada como satisfactoria en este estudio, también representa un elemento facilitador de la continuidad de la atención, una vez que estrechar la relación médico paciente y una mejor organización de la atención reducen el tiempo de espera para la consulta<sup>(15)</sup>.

La demora en la atención y horarios incompatibles con los turnos en el empleo pueden llevar a la pérdida del día de trabajo del paciente. La literatura resalta que la rigidez en la rutina de atención por parte de los servicios de salud agrava las dificultades económicas y sociales experimentadas por los individuos portadores de TB<sup>(16-17)</sup>. El tratamiento de tuberculosis impone una carga financiera significativa en los enfermos, muchos de estos sin condiciones para arcar con gastos adicionales por ser responsables por el sustento de su familia<sup>(18)</sup>. Cuando se reconoce la influencia de factores socioeconómicos en la adherencia al tratamiento de TB, se percibe que, mismo cuando el tratamiento es gratuito, la ausencia de beneficios o soporte para cubrir gastos con transporte, vivienda y comida puede obstruir la continuidad del tratamiento<sup>(19)</sup>. El ofrecimiento de soporte como la ayuda para el desplazamiento y cesta básica exige de los servicios de salud una articulación con otros equipamientos de servicio social, y ejemplifica la interrelación entre accesibilidad organizacional y económica<sup>(20-21)</sup>.

El hecho de que el tratamiento de los individuos enfermos de TB es realizado de forma centralizada en unidades de referencia puede explicar el desempeño

favorable en relación a la mayoría de los indicadores de la accesibilidad organizacional. Los PCT implementados en las unidades de salud poseen equipo propio y especializado, que trabajan bajo esquema de ambulatorio, con días y/o horarios específicos para la asistencia a la TB. Después del ingreso del paciente al PCT e inicio del tratamiento, la atención es hecha directamente por este equipo, lo que facilita la obtención de consultas y el flujo de la atención en el escenario de los servicios de salud.

Sin embargo, concentrar la atención en la terapéutica en unidades de referencia también puede generar obstáculos en relación a la distancia entre el domicilio del paciente y el servicio de salud donde el tratamiento es hecho, generando obstáculos a la accesibilidad geográfica. Es necesario considerar, sin embargo, que apenas la distancia del servicio de salud puede no significar una barrera relevante, una vez que es observada la preferencia de algunos individuos en tratarse lejos del domicilio, por sentirse más confortables debido al estigma relacionado a la enfermedad<sup>(22)</sup>. A pesar de eso, las consecuencias que la distancia implica, como la necesidad de utilización de transporte motorizado para el desplazamiento hasta las unidades de salud y la consecuente pérdida de tiempo, energía y dinero con el mismo, pueden generar diversos obstáculos. El desempeño insatisfactorio o regular de indicadores como "utilización de transporte motorizado en el desplazamiento hasta la unidad de salud", "gastos con transporte hasta la unidad de salud" y "realización del tratamiento en la unidad más próxima del domicilio" evidencia una laguna en la accesibilidad de enfermos de TB en tratamiento que acaba por generar deficiencias en la asistencia.

Los resultados obtenidos en relación a la VD, donde las unidades de referencia con mayor número de pacientes atendidos eran las que presentaban peor desempeño en relación a la frecuencia de VD, demuestran esta deficiencia. Para el servicio de salud pueda cubrir un área extensa, implica en irregularidad en la realización de las visitas domiciliarias. Estos resultados son semejantes a otros estudios realizados sobre el desempeño de servicios de salud en relación al tratamiento supervisado<sup>(23-24)</sup>. Profesionales de las unidades de salud que concentran gran número de enfermos de TB con un área cubierta mayor, relatan mayor dificultad para la ejecución del DOT en el domicilio en virtud de la responsabilidad de supervisar un mayor número de enfermos y de la necesidad de desplazamiento hasta el domicilio, en un tiempo disponible restringido<sup>(23)</sup>.

La realización de visitas domiciliarias exige, de los servicios de salud, una reorganización de sus actividades internas y la existencia de una estructura mínima (vehículo, conductor y profesional de salud supervisor), necesaria

para desarrollar las actividades del tratamiento de TB en el domicilio del paciente, y al mismo tiempo garantizar la continuidad de las actividades ejecutadas en el ámbito del servicio<sup>(25)</sup>.

El cuidado en salud de la TB, incluyendo la planificación de las visitas domiciliarias, precisa considerar las necesidades y preferencias del enfermo y el contexto en que el mismo vive<sup>(25)</sup>. Además del objetivo de supervisar la ingesta de la medicación, es necesario enfatizar que las visitas domiciliarias y la estrategia del TS son compuestas de otros elementos, como evaluación de los contactos, apoyo psicosocial, entre otros, los cuales son fundamentales para la adherencia al tratamiento y prevención de la enfermedad en el contexto familiar.

Sin embargo, conseguir actuar dentro de una lógica que privilegie una asistencia centrada en el paciente, considerando sus singularidades y su autonomía frente al proceso terapéutico, puede tornarse una tarea difícil para los servicios de salud con demanda que supera sus recursos y su estructura.

La observación directa del enfermo por un profesional de salud aisladamente puede ser una intervención que solo atiende el problema del acceso por la óptica del servicio de salud. Intervenciones en el ámbito de las barreras organizacionales que se limitan a resolver apenas problemas mecánicos, acaban por no dirigirse al comprometimiento y a la responsabilidad referente al servicio en relación a la autonomía y los derechos del usuario.

Acciones de control a la TB, con enfoque en el concepto ampliado de salud, por lo tanto, requieren que la gestión de sistemas y servicios considere la combinación de actividades integradas y especializadas, de forma que sea posible asegurar un modelo de atención que considere el carácter debilitante que produce la TB. El buen desempeño de los servicios de salud en relación a la accesibilidad al tratamiento depende de un conjunto formado por calificación continua de los profesionales, garantía de una estructura mínima para actuación de los equipos e integración de esfuerzos entre los diferentes actores responsables por el control de la TB<sup>(24)</sup>, objetivando la optimización y la adecuación de los recursos existentes a las diversas necesidades de los individuos enfermos de tuberculosis.

Proveer acceso y cuidado a todos es un desafío que pertenece al nuevo paradigma de la salud pública y de la atención primaria a la salud. Esta tarea, por último, acaba por atender a necesidades específicas de las acciones en tuberculosis (TB), una vez que el diagnóstico y el tratamiento eficiente de los enfermos es la base primordial para el control de la enfermedad.

## Consideraciones finales

Los servicios de salud actuantes en el acompañamiento del tratamiento de los enfermos, organizados de forma centralizada y contando con equipos especializados, presentaron desempeño satisfactorio en relación a la mayoría de los indicadores de accesibilidad organizacional. Sin embargo, este estudio identificó la existencia de deficiencias en el manejo de los costos indirectos impuestos al individuo enfermo de TB, como gastos con el transporte en el desplazamiento hasta la unidad de salud e insuficiente ofrecimiento de acciones de soporte social (como ayuda de desplazamiento y cestas básicas). La evaluación insatisfactoria referente a la distancia entre la unidad que realiza el TS y el domicilio del enfermo y la irregularidad en el ofrecimiento de visitas domiciliarias para supervisión del tratamiento, pueden estar relacionadas a las dificultades operacionales de organización de la atención y de recursos (humanos, materiales y tiempo) de los equipos.

Los resultados refuerzan la necesidad de efectuar investigaciones evaluativas de modo a reorientar las prácticas de atención a la TB, auxiliando en el proceso de formulación de nuevas estrategias para identificación de barreras en la continuidad del cuidado por el paciente.

## Referencias

- World Health Organization. Tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 1999. Geneva: World Health Organization; 1999.
- Ogden J, Walt G, Lush L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):179-88.
- Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2002. 105 p.
- Volmink J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD003343.
- Munro S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med*. 2007; 4(7):1230-45.
- Villa TCS, Brunello MEF, Arcêncio RA, Sasaki CM, Assis EG, Cardozo-Gonzalez RI. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). *Online Braz J Nurs*: [periódico na Internet]. jan 2008 ;(7). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1098/288>.
- Terra MF, Bertolozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(4):659-64.
- Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual H. Care*. 1996;8:401- 7.
- Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(1):231-9.
- Travassos C, Martins M. A review of concepts in health services access and utilization. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):190-8.
- Fekete MC. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al., organizadores. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília (DF): OPS; 1997. p. 177-84.
- Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004;19:303-17.
- 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):610-2.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. 725 p.
- Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono de tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):877-85.
- Dimitrova B, Balabanova D, Atun RA, Levicheva V, Coker RJ. Health service providers perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. *Health Policy Plan*. 2006;21:265-74.
- Jaiswal A, Singh V, Ogden J et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, India. *Trop Med Int Health*. 2003;8:625-33.
- Ogden J, Rangan S, Uplekar M, Porter J, Brugha R, Zwi A, et al. Shifting the paradigm in tuberculosis control: Illustrations from India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999;3(10):855-61.
- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:27-34.
- 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.



