

ACESSIBILIDADE AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS NO MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS, BRASIL

*Everton Ferreira Lemos; Julio Croda; Aline Mara da Silva Alves; Giovana de Castro Oliveira; Marcella Paranhos Rodrigues; Natália Daiane Garoni Martins;

Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD. Grupo de Tuberculose

* Autor para correspondência: Everton F. Lemos. tonufms@gmail.com +55 (67) 9218-9138 - Brasil

INTRODUÇÃO

A acessibilidade constitui elemento importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde, e representa dimensão relevante nos estudos sobre a avaliação do desempenho de serviços de saúde e da qualidade da atenção (DONABEDIAN, 1996). Por ora, a acessibilidade ao tratamento de TB não se restringe apenas a obtenção dos medicamentos, exames e diagnósticos gratuitos e acessíveis, mas sim, a todos os mecanismos e tecnologias que viabilizem a continuidade do seu tratamento.

O Brasil tem recomendado o controle da TB como uma responsabilidade da Atenção Primária de Saúde (APS), e tem investido consideravelmente na reforma do sistema de saúde (GIOVANELLA et al., 2009). A qualidade desses serviços precisa ser aprimorada para melhor assistência da população. Isso significaria um acesso ao diagnóstico precoce, diminuindo a incidência da TB; e uma melhor adesão ao tratamento, que garante uma redução das taxas de óbito, abandono e multidroga resistência. Nesse sentido este estudo teve por objetivo avaliar a acessibilidade dos pacientes de TB indígenas e não indígenas ao tratamento em Dourados, interior de Mato Grosso do Sul, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caráter transversal, tipo inquérito epidemiológico. O estudo integrou um projeto mais amplo de Avaliação dos Serviços de Saúde no controle da Tuberculose no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

De acordo com o referencial teórico utilizado, a dimensão acessibilidade foi categorizada em acessibilidade organizacional, acessibilidade econômica e acessibilidade geográfica. De acordo com essas categorias, foram construídos os indicadores, conforme quadro 1.

Quadro 1. Indicadores construídos ao estudo.

Categoria		Indicadores
Acessibilidade Organizacional	Representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização serviços de saúde, como demora na obtenção de consulta, dificuldades na marcação de consultas. A garantia de continuidade da atenção também integra essa dimensão	Consulta médica no prazo de 1 dia
		Espera média por consulta médica de retorno maior que 1 hora
		Disponibilidade do profissional de saúde para atendê-lo
		Recebimento de visita domiciliar durante o tratamento
		É atendido pelos mesmos profissionais?
		Oferecimento de vale-transporte
		Oferece consulta todo mês
		Oferecimento de cesta básica
Acessibilidade Econômica	Inclui consumo de tempo, energia e recursos financeiros para obtenção de assistência, prejuízos por perda do dia de trabalho, custos com o tratamento.	Perda do dia de trabalho ou compromissos devido à consulta médica de TB
		Despesa pelo transporte até a unidade de saúde

Acessibilidade Geográfica	Relacionada à distância média entre a população e os serviços de saúde e pelos motivos que levam os indivíduos a procurar determinado serviço de saúde em determinado local	Realização do tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima de casa
----------------------------------	---	---

A população do estudo foi composta por doentes de TB, indígenas (etnia Guarani- Kaiowá) e não indígenas, que foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), durante o período de 01 de junho de 2009 a 31 de julho de 2011. Foram excluídos a população carcerária, pacientes que tiveram mudança de diagnóstico. Foram consideradas perdas no estudo aqueles que não aceitaram participar do estudo e os que evoluíram a óbito ou abandonaram o tratamento antes da entrevista.

O instrumento inclui questões sobre aspectos sócio-demográficos, clínicos e epidemiológicos; local e tipo de tratamento; e questões específicas para cada componente da APS. Os serviços de saúde foram avaliados pelo Primary Care Assessment Tool (PCAT), adaptado por Villa e Ruffino (2009).

O entrevistado ou seu representante legal respondeu cada pergunta do formulário segundo a escala de Likert, com valor entre um e cinco, variando entre: Nunca; Quase nunca; Às vezes; Quase sempre e Sempre. O valor zero foi atribuído para resposta “não sei” e o nove, para a resposta “não se aplica”.

As variáveis avaliadas foram inseridas em dupla entrada em banco de dados do programa Epi-Data, versão 3.0, e analisadas utilizando-se programa estatístico Statistical Analysis Software versão 9.1 (SAS Institute Inc., Cary,NC, USA).

A distribuição de frequência e média foi usada para descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes. Para analisar os indicadores das variáveis descritas na escala de Likert foram utilizados média e desvio padrão e comparados com o teste estatístico não-paramétrico de Kruskal Wallis.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados (nº 002/2009) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP / CNS 379 627/09).

**Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de
diciembre de 2012**

ISBN 978-959-212-811-8

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 109 pacientes de TB , destes 57 eram indígenas e

Tabela 1. Caracterização dos doentes de TB indígenas e não indígenas, segundo informações sócio demográficas, econômicas e características, Dourados, MS, Brasil, junho 2009 a julho de 2011. (N=109)

Variáveis sócio demográficas e econômicas dos doentes de TB		Indígenas		Não Indígenas		pValor
Sexo						
Masculino	(%)	31/57	(55)	34/52	(66)	0.07
Idade	Média±DP	30.29±25.60		42.02±37.58		<0.01*
Estado Civil						
Com companheiros	(%)	30/57	(53)	21/52	(40)	0.05
Escolaridade						
Sem escolaridade	(%)	42/57	(74)	14/52	(27)	<0.01
Renda Mensal per capita (Dólar)	Média±DP	55.82±61.67		226.8±194.1		<0.01*
Classe Social (ABEP)	Média±DP	5.03 ± 4.14 (E)		14.06 ± 5.26 (C2)		<0.01*

52 não indígenas.

*Teste de Kruskal – Wallis

Nos resultados acima descritos, pode-se identificar que os homens eram maioria (60%). Em relação à média de idade, pacientes indígenas tiveram uma menor média de idade do que na população não indígena (30.29 ± 25.60 vs 42.02 ± 37.58 ; $p<0.01$). Evidenciou-se que os pacientes indígenas com TB apresentavam baixa escolaridade (74% vs 27%; $p<0.01$), classe social (5.03 ± 4.14 vs 14.06 ± 5.26 ; $p<0.01$) e renda per capita inferior (55.82 ± 61.67 vs 226.8 ± 194.1 ; $p<0.01$).

Em relação aos indicadores dos serviços de saúde, os indígenas são tratados na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima (4.28 ± 1.71 versus 4.00 ± 1.65 , $p = 0,11$), tendem a não gastar dinheiro para chegar nas UBS (4.40 ± 1.79 vs 3.80 ± 1.76 ; $p <0.05$), recebem ações de suporte social como cesta básica (2.19 ± 1.63 vs 1.13 ± 0.49 , $p <0.05$), e maior número de visitas de profissionais de saúde em casa, destacando a

realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (4.35 ± 1.44 vs 3.38 ± 1.88 , $p < 0.05$) (Tabela 2.).

Tabela 2 - Valor médio e desvio padrão dos indicadores de acessibilidade organizacional, econômica e geográfica de pacientes de tuberculose, Dourados, junho/2009 a junho/2011. (N=109)

Variáveis 1	Indígena		Não Indígena		pValor
	n	Média ± DP	n	Média ± DP	
Demorou mais de uma hora para ser atendido?	57	2.89 ± 1.99	50	2.40 ± 1.69	0,22*
Gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	57	4.40 ± 1.79	51	3.80 ± 1.76	<0.01
Perdeu período de trabalho ou compromisso para consultar?	57	2.82 ± 2.19	51	3.39 ± 1.83	0,10*
Variáveis 2					
Oferece cestas básicas ou vale alimentação?	57	2.19 ± 1.63	51	1.13 ± 0.49	<0.01*
Oferece vale transporte?	57	1.45 ± 1.51	51	1.11 ± 0.65	0.41*
Os profissionais costumam visitá-lo em sua casa?	57	4.35 ± 1.44	52	3.38 ± 1.88	<0.01*
Consegue uma consulta no prazo de 1 dia se passar mal	57	3.70 ± 1.96	52	3.82 ± 2.18	0,72*
Oferece consulta todo mês de controle para o tratamento da TB?	55	3.85 ± 1.55	51	3.90 ± 1.59	0.84*
O profissional da unidade de saúde sempre está disponível quando procura na unidade?	57	4.68 ± 1.02	51	4.66 ± 1.69	0.72*
É atendido pelos mesmos profissionais?	56	4.75 ± 0.82	51	4.65 ± 0.88	0.21*
Faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próximo de sua casa?	57	4.28 ± 1.71	52	4.00 ± 1.65	0,11*

Variáveis 1: 1- sempre, 2-quase sempre, 3- as vezes, 4- quase nunca, 5 - nunca.

Variáveis 2: 1- nunca, 2- quase nunca, 3- as vezes, 4- quase sempre, 5 - sempre

*Teste de Kruskal - Wallis

Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012

ISBN 978-959-212-811-8

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo evidencia baixo nível de escolaridade, com predomínio entre os indígenas (74% e 27%), apontando uma estreita relação da TB com a questão de gênero e nível de escolaridade baixo (MELO et al., 2012; VILLA et al., 2011; MOTTA et al 2009).

Destaca que a acessibilidade organizacional tem sido insatisfatório no fornecimento de 'vale-transportes (1.45 ± 1.51 em indígenas versus 1.11 ± 0.65 em não indígenas, $p = 0.41$) e cesta básica (2.19 ± 1.63 vs 1.13 ± 0.49 , $p < 0.01$)', embora melhor avaliado pelos indígenas. Esta categoria ressalta a existência de deficiências no manejo dos custos indiretos, impostos ao indivíduo adoecido pela TB (ARAKAWA et al, 2011). É importante salientar que o oferecimento de suporte como vale-transporte e cesta básica exige dos serviços de saúde articulação com outros equipamentos de serviço social, e exemplifica a inter-relação da acessibilidade organizacional e econômica (SAGBAKKEN et al., 2008; KHAN et al., 2005).

No presente estudo, a população não-indígena ficou à margem do TDO a proporção que não recebiam visitas domiciliares durante o tratamento, seja por outros motivos além da tuberculose ou para entrega de medicamentos (4.35 ± 1.44 vs 3.38 ± 1.88 , $p < 0.01$). Neste último ponto, vale ressaltar que na população indígena as medicações são entregues diariamente nos domicílios, enquanto que em não-indígenas o tratamento tende a ser auto-administrado. Nesses termos, infere-se as altas taxas de abandono em não-indígenas (17% vs 2%; $p < 0,01$) (CRODA et al., (2012).

Foi possível observar que os indígenas procuraram os serviços mais próximos (4.28 ± 1.71 vs 4.00 ± 1.65 , $p = 0,11$) e tiveram pouco gasto com transporte (4.40 ± 1.79 vs 3.80 ± 1.76 ; $p < 0.01$). Esta tendência é caracterizada pelo próprio modelo de atenção a saúde, aliada a dificuldade ao acesso desses pacientes ao transporte coletivo. Diferentemente do que é observada na população indígena, a população não indígena tem a sua disposição uma variedade maior de serviços de saúde, permitindo a procura

por outros locais de diagnóstico que não necessariamente a unidade mais próxima de sua residência, como já demonstrado na literatura (OLIVEIRA et al, 2011). Essa escolha, mesmo que envolva gastos, parece levar em consideração a qualidade dos serviços oferecidos. Para Ensor (2004) este fato pode estar ainda relacionado com a preocupação em evitar algum tipo de discriminação devido à aquisição de tuberculose.

CONCLUSÕES

Apesar das diferenças entre indígenas e não indígenas, este estudo identificou a existência de deficiência no manejo dos custos indiretos em ambos os serviços, referente a gasto com transporte coletivo até a chegada à unidade básica de saúde e pouco incentivo de oferecimento de ações que supram as necessidades sociais (cestas básicas e vale transporte). É necessário que haja expansão das visitas domiciliares aos pacientes não indígenas. Reforça a necessidade de pesquisas avaliativas a modo reorientar as práticas ao combate à TB e viabilizando melhorias no acesso e adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual H. Care.* 1996;8:401- 7
2. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, MIC Martins, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil .*Cien Saude Colet* 2009, **14** (3) : . 783-794
3. Croda MG, et al. Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* (2012), doi:10.1016/j.trstmh.2012.01.005.
4. 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

5. Villa TCS, Ruffino-Netto A: Questionário de Avaliação parágrafo desempenho de Serviços de Atenção Básica Controle da Tuberculose não no Brasil. J Bras Pneumol 2009, 35 (6) : . 610-612
6. Melo, T.E.M.P; Resendes, A.P.C; Santos-Souza, R; Basta, P.C. Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(2):267-280, fev, 2012.
7. Villa, T.C.S. et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. BMC Health Services Research 2011(b), 11:241.
8. Motta MCS, Villa TCS, Golub J, Kritski AL, Ruffino Netto A, Silva DF, Griep RH, Scatena LM. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em Itaboraí Cidade - Rio de Janeiro - Brasil: ponto dos pacientes de vista. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009, **13** (9) : . 1137-1141
9. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2011 [acesso em: 14/06/2012];19(4):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf
10. 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.
11. Khan, JD Walley, SN Witter, SK Shah and S Javeed Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. Health Pol Plann. 2005;20(6):354-65.
12. Oliveira, M. F.; Arcêncio, R.A; Ruffino-Netto, A; Scatena, LM; Palha, P.F; Villa, T.C.S. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP*. Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011
13. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. Health Policy Plan. 2004;19(2):69-79