UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA AMÉLIA ZANON PONCE

**Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro
serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, SP**

Ribeirão Preto

2012

MARIA AMÉLIA ZANON PONCE

**Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro
serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientador: Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ponce, Maria Amélia Zanon

Diagnóstico da Tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, SP. Ribeirão Preto, 2012.

97 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Tuberculose. 2. Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação de Desempenho. 5. Diagnóstico Tardio. 6. Recursos Humanos em Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Amélia Zanon Ponce

Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, SP

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus, pela minha existência e pela Sua presença em minha vida.

*À minha família, por me constituir e nunca medir esforços para meu
crescimento pessoal e profissional.*

Agradecimentos especiais

À **Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa**, por ter me acolhido no seu grupo de pesquisa, depositando em mim toda sua confiança. Obrigada por ter me proporcionado participar e vivenciar a experiência de trabalhar em equipe, que só é possível graças à sua forma de conduzir e liderar o grupo, sacrificando, muitas vezes, a sua vida pessoal. Admiro sua coragem e o modo com que compartilha seus conhecimentos e conquistas. Obrigada pela oportunidade de crescer enquanto profissional e pesquisadora, incentivando-me sempre a buscar mais e dando-me respaldo para enfrentar os novos desafios que não de vir.

Ao querido **Prof. Dr. Antônio Ruffino-Netto**, pelo ser humano maravilhoso que é, pela sua bondade e vontade inacabável de ajudar aqueles que sofrem com o mal da tuberculose. Muito obrigada por ter me ensinado a ouvir os desejos de meu coração, pela sua paciência e disponibilidade para me acolher e escutar. Obrigada pelo seu respeito e humildade diante de minhas limitações. Obrigada por ter despertado a sensibilidade para ver além daquilo que meus olhos possam enxergar e por me encorajar sempre. Foi e sempre será um prazer aprender com o senhor. Meus eternos e sinceros agradecimentos.

Agradecimentos especiais

À Profa. Dr^a. Alíne Aparecida Monroe, pela imensa contribuição neste estudo e na minha preparação profissional. Obrigada pela sua ternura, paciência e disponibilidade para me ajudar sempre. Obrigada principalmente pela sua amizade, carinho e respeito. Com você aprendi muito e agradeço a oportunidade de participar com você de momentos tão felizes. Você é um exemplo de pessoa e pesquisadora para mim.

À Profa. Dr^a. Sílvia Helena Figueiredo Vendramini, por ter participado de todas as etapas da minha formação acadêmica e no doutorado. Obrigada pelas suas contribuições neste estudo. Obrigada por ter despertado em mim o prazer pela pesquisa. Obrigada pelos conselhos e “puxões de orelha”. Obrigada por ter contribuído para o meu crescimento profissional e pessoal. E acima de tudo.... obrigada por se fazer sempre presente em minha vida.

Ao Prof. Dr. Reinaldo Antônio da Silva Sobrinho, por ter compartilhado seus conhecimentos, experiências, momentos difíceis e, sobretudo, os momentos felizes. Obrigada por ter estado presente nesta minha trajetória e pela ajuda quando do desenvolvimento de cada etapa deste estudo. Obrigada por fazer parte da minha banca.

Agradecimentos

A **Jesus**, que sempre está à frente de todos os meus planos, me ensinando a caminhar mesmo quando o trajeto, às vezes, é difícil e tortuoso. Obrigada por cuidar da minha vida.

À virgem **María**, pela sua intercessão, por jamais desviar de mim seu olhar misericordioso e pela força e coragem que me dá nos momentos de dificuldades, ansiedades e insegurança.
Cobre-me sempre com seu manto sagrado, minha Mãe.

Ao **Espírito Santo**, fonte de inspiração de cada palavra deste trabalho. Fogo suave, abrasador. Doce hóspede da minha alma.

À minha amada mãe, **Ieda**, por ter sido a coresponsável pela minha vida e criação. Por me ensinar a amar e confiar em Deus e nas pessoas. Por ter o dom de ver estradas onde eu vejo o fim. Por ser a certeza da minha pouca fé. Por ser a alegria da minha tristeza. Por ser a presença da Mãezinha do céu em minha vida. Por ser o exemplo do humano amor de Deus.
Mãe...obrigada pelo seu amor infinito e incondicional. Te amo.

Ao meu pai ("papí"), **João Roberto**, por ser a minha razão, por ensinar a seguir sempre com confiança os caminhos que Deus preparou para mim. Meu herói...serei sempre sua "menininha", como você mesmo diz.

À **Ana**, minha irmã querida, minha amiga, minha conselheira, minha cúmplice, meu porto seguro. Obrigada por estar sempre ao meu lado. Seu jeito doce e meigo de menina e sua força e dedicação de mulher faz o meu viver mais feliz. Minha "filhinha", como eu amo você!!!

Ao **Rafael**, meu primeiro e grande amor, pelo seu companheirismo, paciência, apoio, amizade, compreensão e principalmente por estar ao meu lado dando forças para eu sempre seguir adiante e crescer. Obrigada por você existir em minha vida. Amo você.

À **Vó Cida** e **Vô João**, pela presença em minha vida, pelo amor, pelas orações e pelas ligações de todas as terças-feiras que fizeram-me sentir sempre perto de vocês.

Aos meus **tios/tias** e **primos/primas**, por darem sentido ao que conheço por família, pelos conselhos, pela companhia e orações.

Aos meus cunhados **João Neto**, **Simoni** e **Marcelo**, pelos bons momentos vividos e pela torcida.

Aos meus sogros **Ivaníra e Adão**, por me acolherem como filha em sua família.

À **Lana**, pela sua alegria contagiante a cada minha chegada.

Às minhas amigas **Paulinha, Damarís, Marília, Natália Santos, Camila Takáo, Marisa, Marcela, Crís, Eliana, Jamile, Carol, Bía**, por todo incentivo, carinho e bons momentos que passamos junto. Muito obrigada!

À **Leila**, pela amizade, pelo apoio, conselhos e por permitir que minhas aulas de inglês se tornassem momentos de terapias... mas sempre em inglês.

À **Anne e Bía**, pela presença em mais essa fase da minha vida. Obrigada por estarem ao meu lado na alegria e nos momentos mais difíceis. Obrigada por me compreenderem quando nem eu mesma me compreendia. Obrigada por me aceitarem exatamente como eu sou. Estar com vocês só me faz ser melhor. Vocês são as irmãzinhas que Deus permitiu que eu escolhesse. Amo muito vocês.

À **Rubia**, pela sua imensa contribuição neste trabalho. Pela sua paciência, sabedoria. Admiro a dedicação que tens em tudo o que faz e o grande coração que tens. O seu jeito humilde e simples de passar seus conhecimentos faz a diferença. Sem você tudo ficaria mais difícil. Obrigada por ter sido um instrumento de Deus em minha vida pessoal e profissional. Você é uma pessoa iluminada pelo Espírito Santo, e ter sua amizade é um presente que guardarei por toda a minha vida. Obrigada, amiga querida.

À **Paty** que, com seu espírito materno, sempre nos acolhe, nos ajuda e nos apoia. Você é o braço direito, esquerdo, as pernas, o tronco e todo o resto do grupo GEOTB. "Mamucha" se eu tentasse definir o quanto você é especial para mim, palavras não teriam fim. Você é preciosa!!!

Aos amigos e amigas **Anne, Bía, Alíne Beraldo, Rúbia, Gabi, Maria Eugênia, Tiemi, Livia, Nathália, Hélen, Márcio Curto, Érika, Reinaldo, Alíne Monroe, Ricardo, Roxana, Jordana** e todos os outros membros que, constituindo o Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), foram os grandes responsáveis por este trabalho. "Tropa de Elite", obrigada por toda a ajuda, sugestões e dedicação de cada um de vocês. Obrigada mais ainda por terem me acolhido, ensinado a trabalhar em equipe e por constituírem a minha família de Ribeirão Preto. Obrigada pelas boas lembranças que ficarão para sempre na memória. Amizade é um dom de Deus e os levarei dentro do meu coração para aonde quer que eu vá.

À **Lúcia Marina Scatena**, por partilhar comigo seus conhecimentos em estatística e ter despertado em mim o interesse para novos olhares sobre a pesquisa.

Aos membros do **Grupo de Estudo Qualitativos em Saúde (GEOQualis)**, Prof. **Pedro Palha, Simone, Káren, Laís, Cassiara, Altaír, Carol Scarpel, Elisângela, Monalise** e demais integrantes, por todos os conhecimentos compartilhados, pelo aprendizado e amizade.

Às **Prof^{as}. Sílvia Vendramini, Maria de Lourdes Sperli, Geraldine Santos, Marilene da Rocha Santos, Cláudia Elí Gazetta e Sônia Aparecida da Cruz Oliveira**, aos alunos de iniciação científica, mestrado, doutorado e a todos que fazem ou fizeram parte do **Grupo de Pesquisa em Tuberculose de São José do Rio Preto**. Obrigada por terem brotado em mim a semente da Saúde Pública, em especial a da tuberculose; por serem corresponsáveis pela minha inserção no GEOTB; terem possibilitado mais esta etapa da minha vida; pelas grandes contribuições e orientações neste estudo e, sobretudo, no meu crescimento profissional.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)** e ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, pelo acolhimento e por tornar possível a realização deste doutorado.

A todos os **professores da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)**, por toda dedicação na minha formação profissional.

À **Dr^a. Maria Rita de Cássia Oliveira Cury** e a todos os funcionários do **Programa de Controle da Tuberculose de São José do Rio Preto** que não mediram esforços e contribuíram para a realização deste estudo.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, pelo apoio financeiro à pesquisa.

Aos **doentes de tuberculose de São José do Rio Preto** que foram os atores principais e o verdadeiro sentido deste estudo.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, tornaram possível a concretização deste estudo e que rezaram por mim.

Tecendo a manhã

um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto

(Homenagem ao Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose - GEOTB)

RESUMO

PONCE, M.A.Z. **Diagnóstico da Tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, SP.** 2012. 97f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O estudo teve como objetivo analisar o desempenho do primeiro serviço de saúde procurado para o diagnóstico da tuberculose (TB), em São José do Rio Preto (2009), na percepção do doente. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, tipo inquérito, que adotou como eixo metodológico os componentes de avaliação de serviços de saúde estrutura e processo. Participaram do estudo 99 doentes de TB, maiores de 18 anos e em tratamento, entrevistados por meio de um instrumento elaborado com base no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), adaptado para avaliar a atenção aos doentes de TB, e que contemplou questões das dimensões de porta de entrada e acesso ao diagnóstico. A análise dos dados foi realizada por meio de distribuição de frequência absoluta/relativa e da construção de indicadores, utilizando proporções e intervalos de confiança, de acordo com o tipo de serviço de saúde procurado pela primeira vez, quando da percepção dos sinais/sintomas, sendo esses agrupados em: Atenção Básica (AB), Pronto Atendimento (PA) e Serviços Especializados (SE). O perfil epidemiológico dos doentes entrevistados evidencia o predomínio dos casos novos de TB pulmonar entre indivíduos do sexo masculino, em idade produtiva e reprodutiva, com baixa renda e escolaridade. A principal porta de entrada no município foi o PA. Em relação ao componente estrutura, encontrou-se que o PA e, principalmente, a AB se constituíram como os serviços mais próximos ao domicílio dos doentes, entretanto, a AB não foi a mais acessível, uma vez que a maioria daqueles que a procuraram não conseguiu consulta no prazo de 24 horas. Quanto ao componente processo, houve baixa suspeição de TB nos três tipos de serviços analisados. A maior proporção de exames solicitados para o diagnóstico ocorreu no SE, seguido pelas unidades de AB. Houve baixa proporção de encaminhamento para a realização de baciloscopia de escarro, nos três tipos de serviços. O PA e a AB encaminharam a maioria dos doentes para realização de raio-x e para consulta médica em outro serviço, principalmente os casos extrapulmonares. Doentes com TB, que buscaram primeiramente a AB, necessitaram procurar mais vezes os serviços de saúde e mais de 50% desses tiveram atraso no diagnóstico. O PA foi o serviço que menos diagnosticou os usuários suspeitos, sendo o SE (especialmente os hospitais) os que apresentaram melhor desempenho, principalmente para o diagnóstico dos casos extrapulmonares. Para o controle efetivo da doença, os serviços de saúde, que se configuram como porta de entrada do sistema, devem estar preparados para a suspeição e diagnóstico e que sejam criadas estratégias de fluxo de referência e contrarreferência entre o primeiro serviço de saúde procurado e os outros serviços que compõem a rede de atenção, de modo que seja assegurada a continuidade da assistência.

Palavras-chaves: Tuberculose. Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Desempenho. Diagnóstico Tardio. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

PONCE, M.A.Z. **Tuberculosis diagnosis: first contact care performance in São José do Rio Preto, SP.** 2012. 97p. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The study aimed to analyze the performance of the first health care sought for the diagnosis of TB, in São José do Rio Preto (2009), according to the patients' perception. A descriptive epidemiological study was conducted, which adopted as methodological framework the components of health services assessment: structure and process. The study included 99 TB patients, aged 18 years and in treatment, interviewed using a questionnaire based on the Primary Care Assessment Tool (PCAT), adapted to assess TB care and that included dimensions of first contact care and access to diagnosis. Data analysis was performed using absolute and relative frequency and indicators development, by ratios and confidence intervals, according to the type of health service sought by the first time when the perception of signs / symptoms, grouped as follows: Primary Health Care (PHC), Emergency Services (ES) and Specialized Services (SS). The epidemiological profile of patients interviewed shows the prevalence of new cases of TB among males, in productive and reproductive age with low income and low education. The main first contact care in the city was the ES. Regarding the structure component, we found that the ES and, especially, the PHC are identified as services closest to the patients' home, however, PHC was not accessible, since most of those failed to get a medical appointment within 24 hours. Regarding the process component, there was a low suspicion of TB in the three types of services examined. The greatest proportion of diagnosis exams requirement occurred in SS, followed by PHC. There was a low proportion of referrals to performing sputum smear test, in the three types of services. ES and PHC refer the majority of patients to perform x-ray and medical examinations to another service, especially extrapulmonary cases. TB patients, who sought first the PHC, needed to look for more health services and over 50% of these had a delay in diagnosis. The ES was the one who less diagnosed TB suspect case, and the SS (especially hospitals) showed the best performance, particularly for the diagnosis of extrapulmonary cases. For effective control of this disease, first contact care should be prepared for suspicion and diagnosis, and strategies of reference between the first health care sought and other services need to be developed, building a network of care so that it ensured the continuity of it.

Keywords: Tuberculosis. Health Services. Primary Health Care. Performance Assessment. Delayed Diagnosis. Human Resources in Health.

RESUMEN

PONCE, M.A.Z. **El diagnóstico de la tuberculosis: la primera actuación de los servicios de salud que se buscan en Sao José do Rio Preto, SP.** 2012. 97f. Tesis (Doctorato) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

El objetivo del estudio fue analizar la performance de la atención del primer servicio de salud que se buscó para el diagnóstico de la TB, en Sao José do Rio Preto (2009), en la percepción del paciente. Este es un estudio epidemiológico descriptivo, tipo investigación, que adoptó como eje metodológico los componentes de la evaluación de los servicios de salud: estructura y proceso. El estudio incluyó a 99 pacientes con TB, de 18 años y bajo tratamiento, entrevistados mediante un instrumento desarrollado sobre el *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* adaptado para evaluar la atención a TB, y que incluye las dimensiones de las puertas de entrada y acceso al diagnóstico. Los datos fueron analizados por la distribución de frecuencia absoluta / relativa y por medio de indicadores, usando proporciones y los intervalos de confianza, de acuerdo con el tipo de servicio de salud solicitado, por primera vez cuando hubo la percepción de los signos y síntomas, agrupados de la siguiente manera: Atención Primaria (AP), Atención de Emergencia (AE) y Servicios Especializados (SE). El perfil epidemiológico de los pacientes entrevistados muestra la prevalencia de nuevos casos entre los hombres, en edad productiva y reproductiva, con bajos ingresos y baja educación. La principal puerta de entrada a la ciudad fue la AE. En cuanto al componente de estructura, se ha encontrado que AE y, especialmente, el AP son los servicios más cercanos a las casas de los pacientes, no obstante, AP no fue accesible, ya que la mayoría de los pacientes no obtuvieron consulta dentro de 24 horas. En cuanto a la componente de proceso, se produjo una baja sospecha de la tuberculosis en los tres tipos de servicios examinados. La mayor proporción de los exámenes para el diagnóstico se produjo en los SE, seguido por la AP. Hubo una baja proporción de referencias para efectuar la baciloscopia en los tres tipos de servicios. AP y AB referenciaron la mayoría de los pacientes para examen de rayos X y consultas con médicos en otro servicio, especialmente en los casos extrapulmonares. Los pacientes con TB, que buscaban en primer lugar la AP, tuvieron que buscar otros servicios de salud y más de 50% de ellos tuvieron un retraso en el diagnóstico. La AE diagnosticó menos los usuarios sospechosos, y los SE (en especial los hospitales) mostraron mejor rendimiento, sobre todo para el diagnóstico de los casos extrapulmonares. Para un control efectivo de la enfermedad, los servicios de salud, que se configuran como puerta de entrada, deben estar preparados para la sospecha y el diagnóstico, y, estrategias deben ser creadas para el flujo de referencia entre la primera atención de la salud y otros servicios que componen la red de atención para que se asegure la continuidad de la atención.

Palabras clave: Tuberculosis. Servicios de Salud. Atención Primaria a la Salud. Evaluación del Desempeño. Retraso en el Diagnóstico. Recursos Humanos en Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Impacto do problema tuberculose	25
Figura 2.	O sistema de serviços de saúde	32
Figura 3.	Mapa de São José do Rio Preto, com a distribuição dos serviços de Saúde e áreas de abrangência	35
Figura 4.	Fluxograma de seleção dos participantes do estudo	39
Figura 5.	Variáveis selecionadas para a análise da estrutura e processo dos serviços de saúde, de acordo com os respectivos elementos e dimensões de São José do Rio Preto	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Indicadores de cura, abandono e óbito dos casos de TB registrados no sistema de informação TBWEB, em São José do Rio Preto, SP, no período de 2006 a 2009	36
Tabela 2.	Distribuição de frequência das variáveis demográficas e socioeconômicas dos doentes de TB, no município de São José do Rio Preto, SP, 2009	49
Tabela 3.	Distribuição de frequência das variáveis clínicas dos doentes de TB, no município de São José do Rio Preto, SP, 2009	50
Tabela 4.	Distribuição dos doentes com TB pulmonar e extrapulmonar, segundo o primeiro serviço de saúde procurado e o local de diagnóstico da TB, em São José do Rio Preto, SP, 2009	50
Tabela 5.	Distribuição dos doentes com TB pulmonar, segundo o primeiro serviço de saúde procurado e o local de diagnóstico da TB, em São José do Rio Preto, SP, 2009	51
Tabela 6.	Distribuição dos doentes com TB extrapulmonar, segundo o primeiro serviço de saúde procurado e o local de diagnóstico da TB, em São José do Rio Preto, SP, 2009	52
Tabela 7.	Distribuição dos indicadores de desempenho do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB, em São José do Rio Preto, SP, 2009	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	População de São José do Rio Preto, sintomáticos respiratórios estimados e examinados, percentual de examinados em relação aos estimados e positividade de casos, no período de 2002-2009	36
Quadro 2.	Variáveis e indicadores construídos para a análise da estrutura e processo dos serviços de saúde de São José do Rio Preto	44

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AR	Ambulatório de Referência
ARE	Ambulatório Regional de Especialidades
BK	Baciloscopia de escarro
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológicos Operacionais em Tuberculose
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
LABTB	Sistema de informação laboratorial
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDR	Multidrogarresistência
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NADS	Núcleo de Apoio aos Distritos de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto-Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
SADT	Serviços de Apoio Diagnoses e Terapias
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SE	Serviços Especializados

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SM	Salários-Mínimos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBWEB	Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Apresentação.....	19
1 Delineamento do Objeto de Estudo.....	21
1.1 O desafio do diagnóstico da TB no primeiro serviço de saúde procurado	22
1.2 Estado da arte: publicações científicas sobre o desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB	26
2 Objetivos	28
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 Material e Métodos	30
3.1 Delineamento do estudo	31
3.2 Referencial metodológico	31
3.3 Local de estudo.....	33
3.4 População de estudo.....	39
3.5 Coleta de dados.....	40
3.5.1 Procedimentos de coleta de dados.....	40
3.5.2 Instrumento de coleta de dados.....	42
3.5.3 Variáveis do estudo	42
3.6 Análise dos dados.....	44
3.7 Aspectos éticos	47
4 Resultados	48
4.1 Caracterização dos doentes de TB entrevistados	49
4.2 O primeiro serviço de saúde procurado e o diagnóstico da TB.....	50
4.3 O desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB: componente estrutura e processo	52
5 Discussão	56
6 Limitações do estudo.....	65
7 Considerações Finais	67
8 Referências	70
Anexos	82
Apêndices	90

Apresentação

O presente estudo está inserido no projeto multicêntrico intitulado Avaliação da efetividade dos modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose, em municípios das Regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil – Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE - 067/2009 – REBRATS – nº558835/2009-0, desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), sob coordenação da Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa e do Prof. Dr. Antônio Ruffino-Netto.

O GEOTB vem desenvolvendo estudos de avaliação de serviços de saúde com enfoque no controle da tuberculose (TB), na percepção de diferentes atores e com diferentes abordagens metodológicas. Atualmente, conta com a participação de pesquisadores oriundos de diversas entidades governamentais e instituições de ensino superior no país e no exterior, visando colaborar com o planejamento de políticas e ações que possam contribuir para o efetivo controle dessa enfermidade.

A proposta, nesta tese, foi analisar o desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB em São José do Rio Preto, município prioritário para o controle da TB no Estado de São Paulo, levando em consideração o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente no início dos sinais e sintomas e articulando os resultados encontrados com o contexto organizacional vigente, cujas ações de controle da TB foram transferidas para as unidades de atenção básica (AB) do sistema local.

Este estudo contou com auxílio financeiro (bolsa de doutorado direto) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo nº 2009/51684-1.

1 Delíneamento do Objeto de Estudo

1.1 O desafio do diagnóstico da TB no primeiro serviço de saúde procurado

Os sistemas de saúde, de modo geral, organizam-se a partir de uma porta de entrada, que corresponde ao primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário, a cada novo problema ou necessidade (STARFIELD, 2002), devendo essas ser de fácil acesso e dispensar atenção adequada e resolutiva, garantindo, quando necessário, à continuidade da assistência em outros serviços que integram as redes de atenção à saúde (MENDES, 2009), as quais constituem arranjos organizativos, formados por ações e serviços, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2011a).

No processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a AB*, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), é concebida como a porta de entrada preferencial e o eixo estruturante do sistema de saúde (BRASIL, 2006), devendo assumir três funções essenciais: resolubilidade, coordenação e responsabilização. A primeira função se refere à capacidade cognitiva e tecnológica dessas unidades para solucionar mais de 85% das necessidades de saúde, constituindo-se, assim, em um nível próprio de atendimento. A segunda diz respeito à capacidade de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes níveis de atenção, atuando como centro de comunicação e coordenador do cuidado aos usuários. Por fim, a AB tem a função de responsabilização econômica e sanitária em relação à população adscrita em seus microterritórios sanitários (MENDES, 2009; 2010; BRASIL, 2011a).

Embora a AB estruture seu processo de trabalho a partir da utilização de baixa densidade tecnológica, os problemas apresentados são de elevada complexidade uma vez, que geralmente, não são relacionados a sistemas orgânicos

* Denominação adotada pelo SUS para designar uma abordagem que corresponde ao que se tem chamado, na literatura internacional, de Atenção Primária à Saúde (APS). Embora o propósito deste estudo não seja discutir as vicissitudes que perpassam os conceitos APS e AB, reconhece-se que, no cenário brasileiro, o conceito AB, apesar das fortalezas indiscutíveis, ainda está atrelado à ideia de nível primário do sistema de saúde, concebida como porta de entrada em um sistema fragmentado e não como estratégia para organização de sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002).

específicos, sendo influenciados pelo contexto social no qual o usuário está inserido (STARFIELD, 2002). Assim, o trabalho na rede básica é dos mais complexos na medida em que, para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e a aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos (NARVAI; PEDRO, 2008).

Além da AB, as unidades de Pronto Atendimento (PA) também se constituem como portas de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2011b), no entanto, se voltam para o atendimento imediato e provisório de casos agudos ou de agudização de condições crônicas, sem necessidade de agendamento prévio, caracterizado pela atenção à queixa/problema/necessidade seguida de conduta/solução (MACHADO, 2009).

Os critérios para a procura do PA são, na maior parte das vezes, equivocados, criando fluxos distorcidos e gerando grande demanda de usuários com queixas que poderiam ser resolvidas na AB (CECÍLIO, 1997; DORNAS JUNIOR; FERREIRA, 2003; MARQUES; LIMA, 2007). Destaca-se que o PA como integrante das redes de atenção à saúde, deve basear a conduta/solução em uma classificação de risco, a qual determinará o atendimento dos casos ou o encaminhamento para um serviço de saúde mais apropriado, seja AB ou hospitalar (MENDES, 2009).

Os atendimentos nos serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados deveriam ser realizados a partir do referenciamento das portas de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2011b), no entanto, assim como os serviços de saúde privados, também são procurados espontaneamente pelos usuários, visto que alguns oferecem acesso direto à consulta médica e/ou serviços de emergência (SOUZA; SPINELLI; SOUZA, 2009).

Apesar dos reconhecíveis avanços na tentativa de aproximar a organização do sistema de saúde, a real busca por serviços e ações de saúde, no Brasil, ainda há descompasso entre a situação de saúde e o sistema de atenção, muito voltado para a lógica do atendimento das condições agudas e agudizações de condições crônicas (MENDES, 2002). No entanto, a tripla carga de doença, vivenciada no país, caracterizada pelo crescente incremento das condições crônicas (consequência do rápido envelhecimento da população), associada a uma agenda não concluída de infecções, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva e ao forte crescimento das causas externas tem exigido, a organização de um sistema de saúde capaz de

desenvolver enfoque sistemático e planejado para atender tanto às necessidades relacionadas aos eventos agudos como crônicos, sendo que, para tal, pressupõe uma rede horizontal e integrada de pontos de atenção à saúde, onde a AB ocupa o papel coordenador para a integração entre os elementos integrados da rede (MENDES, 2002).

Nesse cenário, insere-se a TB, considerada uma condição crônica em função de sua persistência no tempo, que impõe, dentre muitos desafios, o diagnóstico oportuno dos casos suspeitos, evidenciando a necessidade de os diversos serviços, que atuam como porta de entrada do sistema de saúde, serem habilitados para o reconhecimento de problemas de saúde, assim como observado em estudos, realizados em diferentes contextos (DÍEZ et al., 2004; SANTOS et al., 2005; LEUNG; LEUNG; TAM, 2007; WANG et al., 2007; STARFIELD, 2002).

No Brasil, a taxa de detecção de casos de TB alcançou 86% em 2009 (WHO, 2010), no entanto, ainda que esteja dentro da meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (70%), tal percentual não é homogêneo entre as Regiões, dada a vasta extensão territorial e os diferentes cenários sóciopolíticos, econômicos, culturais e epidemiológicos existentes. No Estado de São Paulo, o maior em número de casos notificados e um dos 10 Estados com maior taxa de incidência da doença (37,9/100.000 habitantes, em 2009), a taxa de sintomáticos respiratórios examinados (51,4%, em 2008) permanece aquém do esperado (GALESI, 2011).

No contexto de reorganização dos serviços e práticas no sistema de saúde, o MS priorizou, em 2001, a inclusão das ações de controle da TB como competência de todos os municípios brasileiros, reconhecendo-as como atribuição da AB (BRASIL, 2001). A partir de então, ainda que de forma lenta e gradual, deu-se início ao processo de desconcentração[†] das ações de controle da TB para as UBSs e USFs visando melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença (BRASIL, 2006; VILLA et al., 2006a; OLIVEIRA; NATAL, 2007).

Apesar da simplicidade e disponibilidade dos meios diagnósticos da TB, por meio da microscopia direta de amostras de escarro e de raio-x (BRASIL, 2002), a suspeição/confirmação da doença é influenciada por fatores relacionados aos doentes e serviços de saúde, caracterizando prática complexa, cujos conhecimentos

[†] Desconcentração consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório (MENDES, 1998).

devem ir além de habilidades técnicas/específicas e do saber biológico (NOGUEIRA et al., 2007; STORLA; YIMER; BJUNE, 2008; SREERAMAREDDY et al., 2009).

No que se refere aos fatores relacionados aos serviços de saúde, a literatura aponta que o horário de funcionamento das unidades de saúde, a demora no agendamento de consultas, as debilidades quantitativa de recursos humanos, a carência de conhecimentos técnicos dos profissionais em relação à doença e aos procedimentos para detecção de sintomáticos respiratórios configuram-se como barreiras importantes para o diagnóstico da doença, sendo necessárias repetidas visitas aos serviços de saúde (NEEDHAM et al., 2004; WANG et al., 2007; MONROE et al., 2008; STORLA; YIMER; BJUNE, 2008).

Assim, há uma série de etapas a serem vencidas, no período correspondente ao aparecimento dos sintomas (ou à tomada de consciência dos mesmos) até a efetivação do diagnóstico. Ruffino-Netto (2000) aponta que em uma determinada população existem X_1 casos de TB sem diagnóstico. Desses, apenas alguns (X_2) procuram pelos serviços de saúde ao perceberem os sinais e sintomas da doença, X_3 serão atendidos pelo sistema e somente alguns casos (X_4) serão diagnosticados adequadamente (Figura 1).

Figura 1. Impacto do problema tuberculose
 Fonte: Ruffino-Netto (2000)

Após a entrada do usuário no sistema de saúde, os serviços apresentam como desafio o reconhecimento de problemas que, muitas vezes, são inespecíficos, comuns a outros agravos ou ainda mal referidos pelos usuários, como apontado em estudo realizado num serviço de emergência, onde 67% dos casos de TB pulmonar relataram queixas clínicas e infecciosas não pulmonares ou traumáticas (SOKOLOVE; ROSSMAN; COHEN, 2000).

Reconhecendo que o diagnóstico oportuno dos casos de TB representa atividade essencial para o controle da doença, possibilitando a diminuição da morbimortalidade e a eliminação das fontes de infecção na comunidade (WHO, 1999), o desempenho dos serviços de saúde que atuam como porta de entrada para o diagnóstico da doença é essencial para o início apropriado do manejo dos casos.

1.2 Estado da arte: publicações científicas sobre o desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB

Apesar da problemática da detecção dos casos de TB, ainda são escassos os estudos que avaliam o desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da doença. Com a finalidade de conhecer o que a literatura científica já produziu sobre a referida temática, realizou-se levantamento bibliográfico em agosto de 2011, considerando-se os trabalhos completos publicados nos últimos 5 anos (2007-2011), nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, utilizando os descritores: *tuberculosis, diagnosis and health service*.

Dentre os 145 artigos completos encontrados, a maioria tem como enfoque a avaliação da eficácia de novos e antigos métodos diagnósticos (MILLEN et al., 2008; CATTAMANCHI et al., 2009; RAMSAY; HARRIES, 2009; SHEA, et al., 2009; SCHERER et al., 2009; DYRHOL-RIISE et al., 2010; PEDRO et al., 2010; CUEVAS et al., 2011a; CUEVAS et al., 2011b; MICHELON et al., 2011; SANKAR et al., 2011) e os fatores que levam ao atraso no diagnóstico da doença, principalmente relacionados ao perfil do usuário e seu comportamento de busca pelos serviços de saúde (HUONG et al., 2007; LACROIX et al., 2008; MAHENDRADHATA et al., 2008; MESFIN et al., 2009; RINTISWATI et al., 2009; SENDAGIRE et al., 2010; AHMAD et al., 2011; AYISI et al., 2011).

Apenas 10% dos artigos encontrados abordam o desempenho dos serviços e programas, no que se refere ao diagnóstico da TB (IGNOTTI et al., 2007; VARMA et al., 2007; GÓMEZ et al., 2008; SOLTAN et al., 2008; KRUK et al., 2009; SCATENA et al., 2009). Desses, dois foram realizados no Brasil (IGNOTTI et al., 2007; SCATENA et al., 2009), ambos enfocando a avaliação das unidades de AB para o diagnóstico da TB, uma vez que, no panorama nacional, a expansão da cobertura das USFs vem sendo acompanhada pela transferência de responsabilidade das ações de controle da TB para esses serviços. Embora essas ações pareçam facilitar o acesso à assistência próxima ao local de residência dos usuários, não foi verificada melhoria em relação ao diagnóstico oportuno e acompanhamento dos casos de TB (IGNOTTI et al., 2007; SCATENA et al., 2009).

Frente à escassez de evidências científicas pertinentes ao desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico oportuno da TB, este estudo teve como propósito produzir conhecimentos teóricos e operacionais relacionados à identificação de barreiras que interferem no diagnóstico da doença, visando a melhoria e qualificação da atenção nos serviços que se configuram como porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde.

2.1 Objetivo geral

Analisar o desempenho do primeiro serviço de saúde procurado (porta de entrada) para o diagnóstico da tuberculose em São José do Rio Preto, SP, 2009, na percepção do doente.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos doentes de tuberculose.
- Identificar o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente ao início dos sintomas e o serviço de saúde que realizou o diagnóstico da tuberculose.
- Analisar a estrutura do primeiro serviço de saúde procurado pelos doentes de tuberculose para o diagnóstico.
- Analisar o processo de atenção aos doentes de tuberculose para o diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado.

3 Material e Métodos

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, tipo inquérito.

3.2 Referencial metodológico

Neste estudo, optou-se por estudar o primeiro serviço de saúde procurado para o diagnóstico da TB, tendo como eixo os componentes **estrutura (capacidade)** e **processo** da proposta de avaliação dos serviços de saúde de Starfield (2002) e Donabedian (1980).

A **estrutura** consiste dos recursos/características que possibilitam a oferta de serviços e os **processos** envolvem as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços, ou seja, *aquelas que representam atividades por parte de quem oferece a atenção* (atenção proporcionada) ou *aquelas que representam atividades da população* (atenção recebida). É importante ressaltar que esses componentes interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico, onde o sistema de serviços de saúde existe (STARFIELD, 2002). O desempenho dos serviços de saúde, embora ainda exista discordância conceitual, se refere, de modo geral, ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde (HURST; HUGHES, 2001), sendo fortemente influenciado pelos referidos componentes (TANAKA; MELLO, 2001).

De acordo com Starfield (2002), para a avaliação da atenção na porta de entrada é necessário um dos quatro *elementos estruturais* (acesso/acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva ou continuidade) e um dos dois *elementos processuais* (utilização ou reconhecimento do problema/diagnóstico). Neste estudo, priorizou-se o elemento estrutural **acesso/acessibilidade** e os elementos processuais **reconhecimento do problema e diagnóstico** (atenção proporcionada), de acordo com a Figura 2.

Figura 2. O sistema de serviços de saúde
Fonte: STARFIELD (1992)

A *acessibilidade* envolve a proximidade da localização do estabelecimento de saúde da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos da acessibilidade (STARFIELD, 2002).

Já o *reconhecimento de um problema* (ou de necessidade) é o passo que precede o processo diagnóstico. Os profissionais de saúde devem primeiro reconhecer as necessidades existentes tanto na comunidade como nos pacientes individuais, subentendendo, assim, a existência de situações que exigem atenção no contexto de saúde. Após o reconhecimento do problema, geralmente o profissional formula um *diagnóstico* (ou o entendimento do problema quando um diagnóstico não for possível) necessário para chegar ao passo seguinte, no processo de atenção: a instituição de uma estratégia adequada para tratamento ou manejo dos casos (STARFIELD, 2002).

3.3 Local de estudo

Este estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, situado na região noroeste paulista, com população estimada, em 2009, de 419.633 habitantes (DATASUS, 2009).

3.3.1 Descrição do sistema de saúde do município de São José do Rio Preto

O sistema municipal de saúde está dividido em cinco distritos de saúde localizados nas zonas norte, sul, leste e oeste (Figura 3).

A AB, em 2009, constituiu-se por 25 unidades de saúde, sendo 14 UBSs e 11 USFs (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011). No mesmo ano, 17 equipes de Saúde da Família respondiam por 14,2% de cobertura da estratégia (BRASIL, 2011c).

As UBSs oferecem atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Odontologia e Enfermagem. Nas USFs, o atendimento é proporcionado pelo médico generalista e conta com o apoio de ginecologistas e pediatras (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

O Distrito II (zona norte) e IV conta com a presença de uma equipe do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), sendo que os demais Distritos contam com um serviço de apoio denominado Núcleo de Apoio aos Distritos de Saúde (NADS), os quais são estruturados com uma equipe multiprofissional que desempenha ações de apoio matricial, intersetoriais, assistenciais, dentre outras aos serviços de AB (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

No município, existem quatro unidades de PA, localizadas na mesma estrutura física de UBS, além do Pronto-Socorro Geral, os quais operam por livre demanda ou via encaminhamento das unidades de AB (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

Destaca-se que, no período de coleta de dados, o município de São José do Rio Preto passava por uma nova política de governo que priorizava a rotatividade de profissionais da AB e PA, com o intuito de “renovar” o ambiente de trabalho.

Em relação aos serviços de atenção especializada, o município conta com clínicas e ambulatórios de especialidades nas áreas de saúde mental, saúde do trabalhador, reabilitação, prevenção e diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DST), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aids (Serviço de Atendimento Especializado - SAE), policlínicas e Serviços de Apoio para Diagnoses e Terapias (SADT) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

São José do Rio Preto conta com 14 hospitais, sendo sete gerais e sete especializados. Desses, nove são conveniados ou contratados para atendimento ao SUS, sendo que, em 2009, foi implantado o Hospital Estadual. Considerando os leitos do SUS, no município há 2,73 leitos para cada 1.000 habitantes, sendo que 13,4% do total pertence a unidades de terapia intensiva (UTI), o que reflete a vocação municipal na assistência hospitalar, sendo o município referência para o tratamento de diversas doenças em nível regional, estadual e até mesmo federal (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

Recentemente, o município foi classificado como o quinto melhor em saúde pública, entre 29 municípios classificados como mais ricos do País, em avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (MS) (IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde), que avaliou, no período de 2008 a 2010, o acesso e a efetividade dos serviços de atenção básica, hospitalar, ambulatorial, urgência e emergência por meio de 24 indicadores. Em uma pontuação de zero a dez, São José do Rio Preto atingiu 6,55, sendo superior à média nacional (5,47), estadual (5,77) e do Sudeste (5,56) (BRASIL, 2012).

Figura 3. Mapa de São José do Rio Preto, com a distribuição dos serviços de Saúde e áreas de abrangência

Fonte: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (2011)

3.3.2 Atenção à tuberculose em São José do Rio Preto

São José do Rio Preto é considerado um dos municípios prioritários para o controle da TB no país (BRASIL, 2004b), com coeficiente de incidência apresentando queda significativa, através dos anos, chegando a 23,1 casos por 100.000 habitantes em 2009 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011), sendo esse indicador inferior ao do Estado de São Paulo (37,9/100.000 hab.) (GALESI, 2011). Nesse mesmo ano, a taxa de detecção de casos da doença foi de 73,2% (Quadro 1), superando a meta de 70% da OMS.

Ano	População	Meta anual (1% da população)	Sintomáticos respiratórios examinados	% da meta	Casos positivos	% da positividade
2002	374745	3747	1624	43,3	110	6,8
2003	382273	3823	3001	78,5	148	4,9
2004	389781	3898	2729	70	105	3,8
2005	406827	4068	3042	74,8	100	3,3
2006	415509	4155	2783	67	128	4,6
2007	424114	4241	2344	55,3	166	7,1
2008	414272	4143	2514	60,7	109	4,3
2009	419633	4196	3072	73,2	180	5,9

Quadro 1. População de São José do Rio Preto, sintomáticos respiratórios estimados e examinados, percentual de examinados em relação aos estimados e positividade de casos, no período de 2002-2009

Fonte: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009

É alarmante, no município, a alta taxa de coinfeção TB/HIV que, em 2009, foi de 23% (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011). Em relação ao desfecho do tratamento, tem-se observado esforço para alcançar as metas estabelecidas pela OMS (85% de cura, <5% de abandono) (BRASIL, 2004), sendo os melhores indicadores apresentados em 2007 e 2008 (Tabela 1).

Tabela 1. Indicadores de cura, abandono e óbito dos casos de TB registrados no sistema de informação TBWEB, em São José do Rio Preto, SP, no período de 2006 a 2009

Indicadores	2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Proporção de cura	84	76,5	95	84,1	110	84	80	77,7
Proporção de abandono	10	9,0	10	8,8	6	4,6	7	6,8
Proporção de óbito TB e não TB	16	14,5	08	7,1	15	11,4	16	15,5
Falência / Transferência / Sem informação	00	0,0	06	5,3	11	8,4	0	0,0
TOTAL	110	100	113	100	131	100	103	100

O óbito dos doentes de TB no município se mantém alto por interferência da coinfeção TB/HIV e de outras doenças associadas. No total de óbitos (TB e não TB) observados, a TB é responsável por um terço desses (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

No decorrer dos anos, a atenção aos doentes de TB no município era predominantemente realizada de forma centralizada pela equipe do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), inserida no Ambulatório Regional de Especialidades (ARE), o qual era responsável pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos.

A partir de 2001, com a expansão da rede básica e a necessidade de também se expandir o tratamento diretamente observado (TDO) para todos os doentes de TB, iniciou-se o processo de desconcentração da dose supervisionada para as UBSs e USFs, ainda com forte resistência dessas unidades em assumir tais ações (VENDRAMINI, 2005). No final de 2004, a TB foi considerada prioridade no trabalho de Vigilância em Saúde e as metas de desconcentração gradual das atividades de diagnóstico e consultas médicas, realizadas pelo PCT, foram traçadas. A equipe do PCT assumiu relação mais próxima com as equipes das UBSs e USFs para que as mesmas incorporassem essas ações (VENDRAMINI, 2005).

Em 2007, o município assinou o Pacto pela Vida, assumindo o compromisso de transferir a responsabilidade das ações de controle da TB para todas as unidades de AB, até 2009. Atualmente, a busca de sintomáticos respiratórios, o diagnóstico, o acompanhamento clínico-terapêutico, o TDO e o controle dos comunicantes são de competência das referidas unidades.

Em relação ao diagnóstico da TB, diante de um sintomático respiratório, as UBSs, USFs e PAs têm disponíveis insumos para solicitar o exame de baciloscopia de escarro (formulário para pedido e pote de escarro), colhidos no próprio serviço, podendo ser solicitados por todos os profissionais, entretanto, os médicos e enfermeiros são os que mais solicitam.

Geralmente, a primeira amostra de escarro é colhida no momento da suspeita, não existindo um local específico e apropriado para a coleta e armazenamento das amostras. A segunda amostra é coletada no domicílio do suspeito, no dia seguinte, devendo ser entregue na unidade, pela manhã. O laboratório responsável pelas análises dos exames recolhe diariamente as amostras de escarro em todos os serviços da rede pública de saúde.

Os resultados das baciloscopias de escarro são encaminhados diretamente aos serviços e ao PCT, de 7 a 10 dias após a coleta. No caso de resultados positivos, o laboratório informa esses serviços por telefone, imediatamente. Os resultados positivos das baciloscopias solicitadas nos serviços privados e hospitalares são enviados ao PCT.

O exame de raio-x é realizado no PCT e em dois hospitais, sendo necessário o agendamento e encaminhamento do suspeito. O teste tuberculínico é realizado exclusivamente no PCT.

Os doentes diagnosticados nos diferentes serviços de saúde do município são encaminhados para realizar o tratamento na UBS/USF de sua área de abrangência.

O PCT, localizado nas dependências do ARE, conta com equipe multidisciplinar especializada e o coordenador do programa que faz a gestão do programa e alimentação dos sistemas de informação, além de oferecer suporte técnico para as equipes de saúde da AB e atendimento clínico aos casos mais complexos.

O suporte técnico oferecido à AB é realizado por meio de discussão de casos, através de contato telefônico e visitas, além da supervisão das ações de TB realizadas. As produções das unidades (exames solicitados para diagnóstico e controle, doentes em tratamento, comunicantes acompanhados, doses supervisionadas e as consultas médicas realizadas) são enviadas mensalmente em forma de relatório para o PCT, para a alimentação dos Sistemas de Informação existentes no município: Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose (TBWEB), Sistema de Informação Laboratorial (LABTB), Boletim Epidemiológico Anual e Painel de Monitoramento semestral da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O atendimento clínico prestado pela equipe do PCT ocorre diariamente, no período da manhã, sendo voltado para os casos que apresentam toxicidade medicamentosa, decorrente da terapêutica, formas clínicas extrapulmonares, micobactérias atípicas, multidrogarresistência (MDR) e também de doentes que optam por realizar o tratamento e acompanhamento no PCT.

A maior parte dos doentes de TB coinfectados pelo HIV/aids é acompanhada pelo SAE, que funciona de segunda a sexta-feira, em horário comercial, e também conta com equipe especializada.

3.4 População de estudo

Foram selecionados para o estudo doentes de TB residentes no município, maiores de 18 anos, que realizaram tratamento no período de novembro de 2008 a novembro de 2009.

CrITÉRIOS de exclusão: doentes que terminaram o tratamento há mais de um mês do período de coleta de dados, pertencentes ao sistema prisional, internados em hospitais, aqueles sem condições de responder ao instrumento de coleta de dados e que tiveram como desfechos: mudança de diagnóstico e transferência.

Após o levantamento do número de doentes, nas bases de dados do TBWEB, encontrou-se, no período supracitado, 137 doentes que realizaram tratamento para TB no município. Desses, 99 doentes constituíram a população final do estudo, conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4. Fluxograma de seleção dos participantes do estudo

3.5 Coleta de dados

3.5.1 Procedimentos de coleta de dados

Anteriormente ao início do projeto e após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, a proposta de pesquisa foi apresentada aos gerentes das unidades de AB, SAE e PCT, os quais também receberam, juntamente com a DAB da SMS, ofício comunicando a realização da pesquisa no município e solicitando a cooperação dos mesmos para a coleta dos dados.

O período da coleta de dados foi de julho a dezembro de 2009, realizado em 2 etapas, mostradas a seguir.

1ª etapa – LEVANTAMENTO DE DADOS PRIMÁRIOS - INQUÉRITO

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas aos doentes de TB selecionados para o estudo, utilizando um instrumento de coleta de dados estruturado. As entrevistas foram realizadas após agendamento prévio, via telefone ou através dos próprios profissionais dos serviços. O local e o horário da aplicação do instrumento de coleta foram escolhidos pelo doente. Quando realizada na própria unidade de saúde, a entrevista ocorreu em local que proporcionasse privacidade ao entrevistado.

Os pesquisadores e entrevistadores do estudo realizaram, por meio de videoconferência, treinamento oferecido pelo GEOTB de Ribeirão Preto (coordenação geral do projeto multicêntrico). Nesse treinamento, foi repassado aos diversos locais de estudo um manual do entrevistador contendo informações sobre o modo como o instrumento de coleta de dados foi concebido e organizado, o objetivo de cada variável, as informações necessárias para o correto preenchimento desse instrumento e as fontes de coleta de dados.

Durante essa etapa, muitas dúvidas foram sanadas em decorrência das diversidades de cada município do estudo, sendo o instrumento concebido de modo a contemplar as diversas realidades.

Também, aos pesquisadores foi orientada a forma de abordagem dos profissionais dos serviços de saúde para a coleta de dados com os doentes, bem

como a importância e necessidade de revisar todos os instrumentos no final das entrevistas.

2ª etapa – LEVANTAMENTO DOS DADOS SECUNDÁRIOS

A partir dos sistemas de informação (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e TBWEB) e outras fontes de dados secundárias do PCT (livro de registro e acompanhamento de doentes, fichas de notificação e prontuários) foram coletados os dados referentes às informações gerais sobre a atenção à TB (ver item 3.5.3).

Durante as etapas de coleta de dados foram encontradas as facilidades e dificuldades, a seguir.

Facilidades:

- bom relacionamento e cooperação entre os pesquisadores, a equipe do PCT e a SMS;
- parceria com os serviços de saúde e apoio das equipes de saúde na localização dos doentes e agendamento das entrevistas;
- colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde para realização das visitas;
- fornecimento de vale-transporte aos doentes para comparecer aos serviços de saúde para a entrevista;
- reuniões periódicas para discussões operacionais da coleta.

Dificuldades:

- população de estudo restrita (reduzido número de doentes de TB);
- em algumas unidades de AB verificou-se a falta de registro de acompanhamento mensal dos doentes nos prontuários;
- falhas de comunicação entre o PCT e as equipes de AB, no que se refere ao registro e atualização de informações do doente no TBWEB, o qual está centralizado no PCT, acarretando dificuldades para encontrar alguns doentes devido às mudanças do local de acompanhamento dos casos e residência;
- doentes não compareciam à unidade para entrevista pré-agendada;
- doentes com endereços desatualizados ou incorretos;
- algumas entrevistas realizadas em domicílios de difícil acesso (periferia urbana, favelas) e violência (narcotráfico, assalto);

- recusa em participar da pesquisa devido ao estigma.

3.5.2 Instrumento de coleta de dados

Para a obtenção dos dados, foi elaborado um instrumento estruturado (ANEXO 1) com base no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), validado para avaliação dos serviços de atenção primária no Brasil (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e adaptado para avaliar a atenção aos doentes de TB (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009). O instrumento buscou recuperar o trajeto do doente desde o momento em que percebeu os sinais e sintomas da TB e desejou obter cuidado até a procura pelos serviços de saúde, o diagnóstico e início do tratamento.

O referido instrumento contém 74 questões, divididas em seções e dimensões. Para este estudo, utilizaram-se as variáveis das seções: **informações sociodemográficas** e **informações gerais sobre a atenção à TB** e das dimensões **porta de entrada** e **acesso ao diagnóstico**.

O entrevistado respondeu cada pergunta do instrumento (exceto as informações gerais sobre a atenção à TB), segundo escalas variadas de respostas como dicotômicas, qualitativas ordinais ou quantitativas. O instrumento foi submetido a um pré-teste, subsidiando a revisão e adequação do mesmo.

3.5.3 Variáveis do estudo

Para caracterizar o perfil dos doentes de TB, foram utilizadas variáveis das sessões informações sociodemográficas e de informações gerais sobre a atenção à TB, divididas em:

- demográficas – sexo, idade;
- socioeconômicas – escolaridade, renda familiar mensal, número de pessoas dependentes da renda, situação empregatícia;
- clínicas - forma clínica da doença, tipo de caso, coinfeção pelo HIV (*fontes secundárias*).

Para identificar o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente ao início dos sintomas e o serviço de saúde que realizou o diagnóstico da TB, utilizou-se uma

variável da dimensão porta de entrada e uma de acesso. Além disso, a partir do referencial metodológico, também foram selecionadas variáveis dessas duas dimensões para analisar a **estrutura** dos serviços de saúde e o **processo** de atenção aos doentes de TB para o diagnóstico, conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5. Variáveis selecionadas para a análise da estrutura e processo dos serviços de saúde, de acordo com os respectivos elementos e dimensões de São José do Rio Preto

Destaca-se que a variável “Diagnóstico realizado no primeiro serviço de saúde procurado” foi obtida por meio da confrontação entre as respostas dos doentes, sobre o primeiro serviço de saúde procurado ao início dos sintomas, e o serviço de saúde que realizou o diagnóstico da TB.

Para a variável “Ocorrência de atraso no diagnóstico da TB”, utilizou-se a informação fornecida pelos doentes sobre o tempo (dias) decorrido entre a procura pelo primeiro serviço de saúde ao início dos sintomas e o diagnóstico da TB, considerando o valor mediano como ponto de corte para a determinação do atraso (APÊNDICE 1). O uso da mediana foi a medida mais adequada uma vez que a distribuição dos valores referentes às respostas dos doentes, para a variável “tempo”, é assimétrica (APÊNDICE 2). Além do mais, outros estudos internacionais também fizeram uso dessa medida por possibilitar a amenização da interferência de valores aberrantes (VAN DER WERF et al., 2006; PEHME et al., 2007).

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados e processados através do programa *Statística*, versão 9.0, da Statsoft.

Para caracterizar os doentes de TB e descrever os serviços de saúde procurados ao início dos sintomas, bem como os que realizaram o diagnóstico da doença, utilizou-se a distribuição de frequência absoluta e relativa.

A análise do desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da TB foi realizada a partir da construção de indicadores, considerando a proporção de ocorrência dos eventos (variáveis) estudados (Quadro 2). Esses indicadores foram analisados de acordo com o tipo de serviço de saúde procurado pela primeira vez, quando da percepção dos sinais/sintomas, utilizando intervalos de confiança para proporções.

Variáveis	Indicadores	Medidas
Procura pelo SS mais próximo do domicílio	Proporção de doentes que procuraram pelo SS mais próximo do domicílio ao início dos sintomas	$\frac{\text{n doentes que procuraram o SS próximo do domicílio}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Obtenção de consulta em 24h	Proporção de doentes que obtiveram consulta no mesmo dia	$\frac{\text{n doentes que obtiveram consulta em 24 h}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Suspeita de TB	Proporção de doentes que tiveram a suspeita do profissional por tuberculose	$\frac{\text{n doentes suspeitos de TB na primeira consulta}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Solicitação de baciloscopia	Proporção de doentes que tiveram solicitação de exame de escarro	$\frac{\text{n doentes com solicitação de baciloscopia}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Solicitação de raio-X	Proporção de doentes que tiveram	$\frac{\text{n doentes com solicitação de raio - x}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$

	solicitação de exame de raio-x	
Encaminhamento para consulta com outro profissional	Proporção de doentes que foram encaminhados a outro profissional	$\frac{\text{n doentes encaminhados para consulta médica}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Encaminhamento para baciloscopia	Proporção de doentes que foram encaminhados para realização de exame de escarro em outro SS	$\frac{\text{n doentes encaminhados para baciloscopia}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Encaminhamento para raio-X	Proporção de doentes que foram encaminhados para realização de raio-x em outro SS	$\frac{\text{n doentes encaminhados para raio - x}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Número de vezes que procurou os SS até o diagnóstico da TB	Proporção de doentes que procuraram os SS mais de três vezes antes do diagnóstico	$\frac{\text{n doentes que procuraram os SS mais de 3 vezes}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Ocorrência de atraso diagnóstico da TB	Proporção de doentes que tiveram retardo no diagnóstico da TB no primeiro SS procurado	$\frac{\text{n doentes com atraso no diagnóstico}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$
Diagnóstico realizado no primeiro SS procurado	Proporção de doentes cujo diagnóstico ocorreu no primeiro SS procurado	$\frac{\text{n doentes com diagnóstico no primeiro SS}}{\text{Total de doentes entrevistados}} \times 100$

Legenda: SS – serviço de saúde

Quadro 2. Variáveis e indicadores construídos para a análise da estrutura e processo dos serviços de saúde de São José do Rio Preto

Considerando as diferenciadas formas de organização do processo de trabalho, no que se refere à missão dos serviços de saúde, às relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) e aos tipos de tecnologias presentes em cada serviço existente em São José do Rio Preto optou-se pelo agrupamento dos mesmos nas categorias mostradas a seguir.

- **Atenção Básica:** compreende as UBSs e USFs. Caracteriza-se por atender uma demanda espontânea e programada da população e território adscritos à unidade de saúde, a partir dos quais se realiza o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Desenvolve, principalmente, atividades programáticas (saúde da mulher, da criança, entre outros, como o de diabetes e hipertensão). Funciona em horário comercial, de segunda a sexta-feira, com equipe generalista que dispõe de recursos de baixa complexidade tecnológica para o atendimento dos usuários.
- **Pronto Atendimento:** caracteriza-se pelo atendimento de casos que procuram espontaneamente tal serviço, os quais se encontram, geralmente, em situações agudas ou crônicas agudizadas. Atende a população adscrita de determinado distrito sanitário por demanda espontânea, entretanto, funciona como porta aberta para o sistema de saúde. Baseia a lógica de atendimento na queixa/condução, funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, e atende com equipe emergencialista, dispondo de média densidade tecnológica para o atendimento aos usuários.
- **Serviços especializados:** compreendem os consultórios particulares, hospitais e ambulatórios de especialidades ou de referência, PCT e o SAE. Esses serviços atendem uma demanda programada, ou seja, necessitam de agendamento e o usuário precisa ser encaminhado por meio de carta de referência (exceto para consultórios particulares e hospitais particulares), a partir de alguma unidade de AB ou PA. Dispõem de média/alta densidade tecnológica e atua com equipes especializadas. O horário de funcionamento é comercial, de segunda a sexta-feira, exceto para os hospitais, que funcionam 24 horas por dia.

Ressalta-se que, devido às peculiaridades clínicas dos doentes de TB pulmonar e extrapulmonar, bem como à necessidade de exames detalhados para o diagnóstico desses casos, as variáveis e indicadores foram analisados, considerando ambas as formas da doença separadamente. Convém salientar que aqueles doentes com ambas as formas foram incluídos no grupo dos casos pulmonares.

3.7 Aspectos éticos

Após a autorização do Secretário de Saúde do município para implementação da pesquisa no município, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da FAMERP (ANEXO 2), conforme Protocolo nº7081/2008

Cada entrevistado participou da pesquisa mediante a aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3), sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

4 Resultados

4.1 Caracterização dos doentes de TB entrevistados

A maioria dos doentes entrevistados era do sexo masculino, com idade média de 44,3 ($\sigma=15,5$) anos e mediana de 43 anos.

Encontrou-se, entre os doentes, baixa escolaridade onde, a maioria possuía apenas o ensino fundamental (Tabela 2). O rendimento familiar dos doentes encontrava-se na faixa salarial de até dois salários-mínimos (SM). O número médio de pessoas dependentes dessa renda foi de 3,3 ($\sigma=1,8$), podendo encontrar um número máximo de nove pessoas. Nesse sentido, encontrou-se, entre as famílias dos doentes de TB, renda média de 0,79 SM por pessoa.

Em relação à situação empregatícia, 30,3% declararam não possuir nenhuma atividade profissional remunerada. Observou-se, ainda, que 13,1% dos doentes estavam afastados de seus empregos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis demográficas e socioeconômicas dos doentes de TB, no município de São José do Rio Preto, SP, 2009

Variáveis demográficas e socioeconômicas		DOENTES (n=99)	
		n	%
Sexo	Masculino	63	63,6
	Feminino	36	36,4
Escolaridade	Sem escolaridade ou ensino fundamental incompleto	6	6,1
	Ensino fundamental completo	64	64,6
	Ensino médio completo	15	15,2
	Ensino superior completo	1	1,0
Renda familiar em salários mínimos (SM)*	Sem rendimento	5	5,1
	Até 2 SM	47	47,5
	de 2 a 5 SM	39	39,4
	de 6 a 10 SM	6	6,1
	de 11 a 20 SM	2	2,0
Situação empregatícia	Desempregado	27	27,3
	Aposentado	19	19,2
	Empregado	19	19,2
	Autônomo	18	18,2
	Afastado	13	13,1
	Do lar	3	3,0

NOTA: *SM na época da coleta de dados R\$ 465,00.

A maioria dos doentes apresentava a forma clínica pulmonar. Entre os doentes que apresentavam a TB extrapulmonar, a TB pleural foi predominante (9,1%). A maior parte dos entrevistados foi classificada como caso novo e 17,2% apresentavam coinfeção pelo vírus do HIV (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de frequência das variáveis clínicas dos doentes de TB, no município de São José do Rio Preto, SP, 2009.

Variáveis clínicas		DOENTES (N=99)	
		n	%
Forma clínica da TB	Pulmonar	78	78,8
	Extrapulmonar	18	18,2
	Pulmonar + extrapulmonar	3	3,0
Tipo de caso	Caso novo	92	92,9
	Recidiva	5	5,1
	Retratamento	2	2,0
Coinfeção pelo HIV	Sim	17	17,2
	Não	82	82,8

4.2 O primeiro serviço de saúde procurado e o diagnóstico da TB

O principal serviço de saúde procurado, inicialmente, pelo doente de TB ao início dos sinais e sintomas foi o PA. No entanto, o serviço de saúde que mais diagnosticou a doença foi o hospital, seguido pelas unidades de AB (Tabela 4). Apenas 35,4% dos doentes foram diagnosticados no primeiro serviço de saúde procurado.

Tabela 4. Distribuição dos doentes com TB pulmonar e extrapulmonar, segundo o primeiro serviço de saúde procurado e o local de diagnóstico, em São José do Rio Preto, SP, 2009.

Primeiro SS procurado	Local de diagnóstico da tuberculose								TOTAL
	UBS	USF	AR	PCT	SAE	PA	CP	HOSP	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
UBS	11 (40,7)	2 (7,4)	2 (7,4)	2 (7,4)	1 (3,7)	-	2 (7,4)	7 (25,9)	27 (100)
USF	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	-	-	-	1 (33,3)	3 (100)
AR	-	-	1 (50,0)	-	-	1 (50,0)	-	-	2 (100)
PCT	-	-	-	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)

SAE	-	-	-	-	3 (75,0)	-	-	1 (25,0)	4 (100)
PA	7 (14,6)	3 (6,3)	2 (4,2)	2 (4,2)	1 (2,1)	8 (16,7)	-	25 (52,1)	48 (100)
CP	-	2 (40,0)	-	-	-	-	1 (20,0)	2 (40,0)	5 (100)
HOSP	-	-	-	-	-	-	-	9 (100)	9 (100)
TOTAL	18 (18,2)	8 (8,1)	5 (5,0)	6 (6,1)	5 (5,0)	9 (9,1)	3 (3,0)	45 (45,5)	99 (100)

Legenda: SS – Serviços de Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; USF – Unidade Saúde da Família; AR – Ambulatório de Referência/Policlínicas; PCT – Programa de Controle da Tuberculose; SAE – Serviço de Atendimento Especializado; PA – Pronto Atendimento; CP – Consultório particular; HOSP – Hospitais.

Ao analisar os doentes pulmonares e extrapulmonares, separadamente, encontrou-se que o PA foi o serviço escolhido para o primeiro atendimento por parcela semelhante de ambos, no entanto, o hospital diagnosticou 39,6% dos doentes pulmonares e 72,2% de extrapulmonares (Tabelas 5 e 6). Destaca-se, ainda, as unidades de AB também contribuíram para o diagnóstico dos casos pulmonares (Tabelas 5).

Tabela 5. Distribuição dos doentes com TB pulmonar, segundo o primeiro serviço de saúde procurado e o local de diagnóstico da TB, em São José do Rio Preto, SP, 2009

Primeiro SS procurado	Local de diagnóstico da tuberculose								TOTAL
	UBS n (%)	USF n (%)	AR n (%)	PCT n (%)	SAE n (%)	PA n (%)	CP n (%)	HOSP n (%)	
UBS	11 (45,8)	2 (8,3)	1 (4,2)	2 (8,3)	1 (4,2)	-	1 (4,2)	6 (25,0)	24 (100)
USF	-	1 (50,0)	-	1 (50,0)	-	-	-	-	2 (100)
AR	-	-	1 (50,0)	-	-	1 (50,0)	-	-	2 (100)
PCT	-	-	-	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)
SAE	-	-	-	-	2 (100)	-	-	-	2 (100)
PA	7 (14,6)	3 (7,5)	2 (5,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	8 (20,0)	-	17 (42,5)	40 (100)
CP	-	1 (33,3)	-	-	-	-	-	2 (66,7)	3 (100)
HOSP	-	-	-	-	-	-	-	7 (100)	7 (100)
TOTAL	18 (22,2)	7 (8,6)	4 (4,9)	6 (7,4)	4 (4,9)	9 (11,1)	1 (1,2)	32 (39,5)	81 (100)

Legenda: SS – Serviços de Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; USF – Unidade Saúde da Família; AR – Ambulatório de Referência/Policlínicas; PCT – Programa de Controle da Tuberculose;

SAE – Serviço de Atendimento Especializado; PA – Pronto Atendimento; CP – Consultório particular; HOSP – Hospitais.

Tabela 6. Distribuição dos doentes com TB extrapulmonar, segundo o primeiro serviço de saúde procurado e o local de diagnóstico da TB, em São José do Rio Preto, SP, 2009.

Primeiro SS procurado	Local de diagnóstico da tuberculose								TOTAL
	UBS	USF	AR	PCT	SAE	PA	CP	HOSP	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
UBS	-	-	1 (33,3)	-	-	-	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100)
USF	-	-	-	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
AR	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PCT	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SAE	-	-	-	-	1 (50,0)	-	-	1 (50,0)	2 (100)
PA	-	-	-	-	-	-	-	8 (100)	8 (100)
CP	-	1 (50,0)	-	-	-	-	1 (50,0)	-	2 (100)
HOSP	-	-	-	-	-	-	-	2 (100)	2 (100)
TOTAL	-	1 (5,6)	1 (5,6)	-	1 (5,6)	-	2 (11,1)	13 (72,2)	18 (100)

Legenda: SS – Serviços de Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; USF – Unidade Saúde da Família; AR – Ambulatório de Referência/Policlínicas; PCT – Programa de Controle da Tuberculose; SAE – Serviço de Atendimento Especializado; PA – Pronto Atendimento; CP – Consultório particular; HOSP – Hospitais.

4.3 O desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB: componente estrutura e processo

Ao analisar o desempenho dos serviços de saúde (Tabela 7), encontrou-se, em relação ao componente **estrutura**, que o PA e, principalmente, a AB se constituíram como os serviços mais próximos ao domicílio dos doentes. O PA foi o serviço que mais disponibilizou consulta no mesmo dia aos doentes.

Em relação ao componente **processo**, no que se refere ao elemento reconhecimento do problema, encontrou-se 32,3% de suspeita diagnóstica não informada aos doentes e houve baixa suspeição de TB nos três tipos de serviços em relação às metas nacionais e internacionais (suspeição de 100% dos casos pulmonares) (Tabela 7).

A maior proporção de baciloscopias de escarro, solicitadas para o diagnóstico, ocorreu nos serviços especializados, seguido pelas unidades de AB. Entre os doentes pulmonares, a solicitação de baciloscopias não atingiu nem 50% dos casos. Embora não se tenha encontrado diferença estatisticamente significativa entre os serviços, a AB apresentou desempenho próximo ao dos serviços especializados, quanto à suspeição diagnóstica e à solicitação da baciloscopia (Tabela 7).

O raio-x foi mais solicitado para a elucidação do diagnóstico do que a baciloscopia, com exceção do PA cuja proporção de solicitação foi mais baixa que na AB e serviços especializados (Tabela 7).

A maior proporção de doentes encaminhados para consulta médica em outros serviços se deu no PA e AB, principalmente entre os doentes extrapulmonares. Quanto aos exames diagnósticos, o encaminhamento para a realização de baciloscopia foi baixo nos três tipos de serviços, não se encontrando diferença estatística entre eles. Já em relação ao raio-x, o PA encaminhou mais que os serviços especializados (Tabela 7).

Os doentes com TB pulmonar e extrapulmonar que buscaram primeiramente a AB necessitaram procurar mais vezes os serviços de saúde do que os que procuraram os serviços especializados e mais de 50% deles apresentaram retardo no diagnóstico da TB.

O PA foi o serviço de saúde que menos diagnosticou usuários suspeitos que procuraram pelo primeiro atendimento nesse serviço. Os serviços especializados foram os que apresentaram melhor desempenho, principalmente para o diagnóstico dos casos extrapulmonares. A AB diagnosticou mais da metade dos doentes pulmonares que procuraram, inicialmente, por esse tipo de serviço.

Tabela 7. Distribuição dos indicadores de desempenho do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB, em São José do Rio Preto, SP, 2009.

Componente	Elemento	Indicadores	Todos doentes (n=99)			Doentes pulmonares (n=81)			Doentes extrapulmonares (n=18)		
			AB (n=30)	PA (n=48)	SE (n=21)	AB (n=26)	PA (n=40)	SE (n=15)	AB (n=4)	PA (n=8)	SE (n=6)
			% [IC]	% [IC]	% [IC]	% [IC]	% [IC]	% [IC]	% [IC]	% [IC]	% [IC]
Estrutura	Acesso/ Acessibilidade	Proporção de doentes que procuraram pelo SS mais próximo do domicílio ao início dos sintomas	97 ^a [90;100]	81 ^a [70;93]	14 ^b [0;30]	96 ^a [88;100]	85 ^a [74;96]	13 ^b [0;32]	100 ^a	63 ^{ab} [22;100]	17 ^b [0;56]
		Proporção de doentes que obtiveram consulta no mesmo dia	43 ^a [25;62]	88 ^b [78;97]	52 ^a [30;75]	46 ^a [26;66]	88 ^b [77;98]	67 ^{ab} [40;93]	25 ^{ab} [0;94]	88 ^a [60;100]	17 ^b [0;56]
Processo	Reconhecimento do problema	Proporção de doentes que tiveram a suspeita do profissional por tuberculose	40 ^a [22;58]	21 ^a [9;33]	43 ^a [20;65]	38 ^a [19;58]	23 ^a [9;36]	40 ^a [13;67]	50 ^a [0;100]	13 ^a [0;40]	50 ^a [0;100]
		Proporção de doentes que tiveram solicitação de BK	43 ^a [25;62]	29 ^a [16;42]	57 ^a [35;80]	50 ^a [30;70]	35 ^a [20;50]	60 ^a [33;87]	0 ^a	0 ^a	50 ^a [0;100]
		Proporção de doentes que tiveram solicitação de exame de raio-x	57 ^a [38;75]	23 ^b [11;35]	76 ^a [57;96]	54 ^{ab} [34;74]	25 ^a [11;39]	80 ^b [58;100]	75 ^a [6;100]	13 ^a [0;40]	67 ^a [17;100]
		Proporção de doentes que foram encaminhados a outro profissional	47 ^a [28;65]	50 ^a [35;65]	19 ^a [1;37]	42 ^a [22;62]	45 ^a [29;61]	27 ^a [2;51]	75 ^a [6;100]	75 ^a [39;100]	0 ^b

continua

continuação

Processo	Reconhecimento do problema	Proporção de doentes que foram encaminhados para realização de BK em outro SS	12 ^a [0;28]	11 ^a [0,35]	8 ^a [0;24]	8 ^a [0;24]	7 ^a [0;22]	11 ^a [0;35]	0 ^a	0 ^a	0 ^a
		Proporção de doentes que foram encaminhados para realização de raio-x em outro SS	82 ^{ab} [63;100]	100 ^a	44 ^b [17;70]	93 ^{ab} [78;100]	100 ^a	50 ^b [18;82]	33 ^{ab} [0;100]	100 ^a	25 ^b [0; 94]
	Diagnóstico	Proporção de doentes que procuraram os SS mais de três vezes antes do diagnóstico	70 ^a [53;87]	48 ^{ab} [33;62]	24 ^b [4;43]	65 ^a [46;85]	40 ^{ab} [24;56]	20 ^b [0;42]	100 ^a	88 ^{ab} [60;100]	33 ^b [0;83]
		Proporção de doentes que tiveram retardo no diagnóstico da TB no primeiro SS procurado	53 ^a [35;72]	44 ^a [29;58]	38 ^a [16;60]	54 ^a [34;74]	40 ^a [24;56]	40 ^a [12;67]	50 ^a [0;100]	63 ^a [28;97]	33 ^a [0; 83]
		Proporção de doentes cujo diagnóstico ocorreu no primeiro SS procurado	47 ^{ab} [28;65]	17 ^a [6;28]	81 ^b [63;99]	54 ^a [34;74]	20 ^b [7;33]	87 ^a [67;100]	0 ^a	0 ^a	67 ^b [17;100]

Legenda: AB: Atenção Básica; PA: Pronto Atendimento; SE: Serviços Especializados; BK – baciloscopia de escarro; SS – serviço de saúde

Nota: Letras diferentes mostram onde houve diferença estatisticamente significante

5 Discussão

O perfil demográfico, socioeconômico e clínico encontrado entre os doentes entrevistados corrobora os achados da literatura que evidenciam o predomínio dos casos novos de TB pulmonar, entre indivíduos do sexo masculino, em idade produtiva e reprodutiva, de baixa renda e escolaridade (CALIARI; FIGUEIREDO, 2007; IGNOTTI et al., 2007; CRUZ et al., 2008; SANTO; SANTOS; MOREIRA, 2009; ZOCHE; SILVA, 2009; BELO et al., 2010; COELHO et al., 2010).

No entanto, ao analisar o perfil da população em geral de São José do Rio Preto, é possível observar algumas discordâncias com os resultados encontrados neste estudo. A razão entre a população feminina e masculina geral do município é de 1:0,9 - assim, a diferença entre os sexos parece não se constituir em um aspecto que influencia no maior número de homens acometidos pela doença (SEADE, 2011) – o que poderia ter sido influenciado por fatores relacionados à exposição (econômicos, culturais e sociais), como apontado em outro estudo (BELO et al., 2010).

Já em relação à escolaridade e à renda da população do município, de acordo com os dados mais atuais, em 2000, São José do Rio Preto possuía taxa de analfabetismo de 5,39%, média de 8,2 anos de estudo, entre a população de 15 e 64 anos, e 51,5% de indivíduos de 18 a 24 anos com o ensino médio completo. A média total de remuneração encontrava-se na faixa salarial de 3,4 SM (SEADE, 2011). Ressaltam-se os bons índices educacional, de longevidade e riqueza que fizeram que o município fosse classificado, desde 2006, no Grupo de Elite (grupo 1) do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) (SEADE, 2011).

Dessa forma, o perfil do doente de TB encontrado no estudo revela que a TB acomete parcela diferenciada da população, podendo refletir o fato dessa ser uma doença de estreita relação com a pobreza, baixos níveis educacionais e com as más condições de vida (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000; VENDRAMINI et al., 2006).

A alta taxa de coinfeção TB/HIV encontrada entre os doentes entrevistados confirma a situação alarmante da associação desses dois agravos no município, sendo maior que os dados de coinfeção no Estado de São Paulo, em 2007 (11,4%) (GALESI, 2011). Tal resultado pode estar ligado ao fato de o município possuir um programa de aconselhamento em todas as UBSs e USFs para a busca ativa de

casos de HIV/aids, e, ainda, possuir um ambulatório de referência especializado no manejo clínico dos casos (SAE), tornando-se polo de atração para o diagnóstico e tratamento da doença (SANTOS et al., 2009). Também não se pode descartar a possibilidade de as altas taxas de coinfeção estarem relacionadas ao adequado acesso às ações de detecção da TB, bem como à inadequada prevenção da doença nas pessoas que vivem com HIV/aids, refletindo o grau de interação entre ambos os programas.

O conhecimento do perfil dos doentes de TB é de extrema importância no processo de diagnóstico da doença, uma vez que a literatura tem mostrado que algumas características podem interferir na busca pelo serviço de saúde ao início dos sintomas da doença, acarretando maior atraso no diagnóstico (HUONG et al., 2007; LACROIX et al., 2008; MAHENDRADHATA; SYAHRIZAL; UTARINI, 2008; MESFIN et al., 2009; RINTISWATI et al., 2009; SENDAGIRE et al., 2010; AHMAD et al., 2011; AYISI et al., 2011).

A compreensão do processo diagnóstico da TB também inclui a identificação dos tipos de serviços acessados pelos doentes, após o início dos sintomas (DÍEZ et al., 2004; SANTOS et al., 2005; LEUNG; LEUNG; TAM, 2007; WANG et al., 2007). Embora a AB seja preconizada pelo MS como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2006), o principal serviço de saúde procurado para o diagnóstico da TB, em São José do Rio Preto, foi o PA, corroborando a realidade da busca por serviços de saúde no Brasil (CECÍLIO, 1997; MARQUES; LIMA, 2007; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Os motivos da opção pela procura do PA são consequências de fatores que dificultam o acesso do usuário, dentre eles a inflexível definição de porta de entrada do sistema de saúde pela AB amarrada à moradia do usuário como referência territorial, associada às restrições quanto ao horário de funcionamento e número de vagas para consulta (atendimento agendado), indefinição dos critérios de urgência, sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário, demora na obtenção do atendimento, desorganização do sistema “referência e contrarreferência” e o grande número de fila (ZERBINI et al., 2008; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). A agilidade na obtenção de consulta, como mostrado neste estudo, também atrai os usuários ao PA para obter respostas mais rápidas às suas necessidades (MARQUES; LIMA, 2007).

A acessibilidade quanto ao horário tem sido relacionado à procura pelos PAs principalmente por indivíduos provedores do lar, devido à possibilidade de atendimento nesses serviços fora do horário de trabalho (GOMES; NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007). No entanto, quase 60% dos doentes entrevistados neste estudo eram desempregados, aposentados ou estavam afastados de seus empregos, podendo, assim, procurar pelos serviços de saúde em tempo mais flexível. Esse resultado reflete que a procura pelos serviços também sofre influência dos aspectos culturais, uma vez que ainda existe a imagem de menor qualidade sobre o cuidado de saúde a ser recebido no nível primário devido à importância dada pelos usuários aos especialistas e recursos tecnológicos, para a obtenção do alívio do sofrimento (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

No que tange ao papel do PA como porta de entrada para o diagnóstico da TB, considera-se que esse deve ser qualificado para a suspeição e o diagnóstico da doença, bem como para realizar um trabalho conjunto/articulado com os demais pontos de atenção no sentido de vincular, de fato, o doente diagnosticado à sua unidade de procedência, possibilitando o seguimento e adequado manejo do caso.

Ao analisar o primeiro serviço de saúde procurado no município, faz-se necessário também levar em consideração como vem ocorrendo a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o fortalecimento da AB. De acordo com Mendes (2002), a implantação da ESF no SUS não deve conceber apenas a existência ou não de USF, devendo considerar também a cobertura populacional e o grau de institucionalização dessas unidades em diversos espaços sociais: político, educacional, corporativo, dos serviços de saúde e da representação social.

No período da coleta de dados, o município encontrava-se no estágio de transição inicial da ESF, cuja cobertura populacional das unidades era de 14,2% e não havia quase nenhuma institucionalização com os diversos setores, principalmente no espaço da representação social e no espaço político, onde era possível observar que o discurso e a agenda de prioridades estavam voltados para a ampliação de mais PAs. Tais fatos refletem a necessidade de se investir em estratégias para que a AB seja fortalecida enquanto porta de entrada (não necessariamente a única) e, principalmente, em seu papel coordenador do cuidado na rede de atenção à saúde.

Apesar da alta procura pelo PA, encontrou-se, neste estudo, que grande parte do diagnóstico da TB, em São José do Rio Preto, foi realizada nos hospitais, os

quais também se constituíram como porta de entrada do suspeito, contrapondo-se à forma de organização hierarquizada do sistema municipal de saúde, que prevê a entrada nos hospitais públicos a partir de encaminhamentos. Entretanto, poderia justificar esse resultado o fato de existirem hospitais privados e mistos cujos serviços de emergência e consultórios particulares, respectivamente, são porta aberta para a população conveniada.

Estudos realizados no município apontaram que a descoberta dos casos de TB vem ocorrendo nos hospitais mesmo após a desconcentração das ações de TB e investimentos nas estruturas físicas das unidades de AB, podendo refletir a baixa resolutividade dessas na descoberta dos casos pela baciloscopia de escarro, resultando no encaminhamento dos usuários aos hospitais públicos, ainda sem o diagnóstico concluído (GAZETA et al., 2003; VENDRAMINI, 2005). Também se deve considerar o fato de que o doente, por diversos fatores apontados pela literatura (YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; SENGUPTA et al., 2006), retarda a procura pelos serviços de saúde, apresentando-se a esses já em estágio avançado da doença, configurando-se como uma emergência clínica, sendo então necessário o encaminhamento para o nível terciário onde é realizado o diagnóstico (VAN DER WERF et al., 2006).

Embora a acessibilidade tenha sido destacada como aspecto primordial e determinante para a utilização dos serviços e, por conseguinte, para a obtenção do diagnóstico, neste estudo a facilidade em adentrar a um determinado serviço por meio da obtenção de consulta em 24 horas e a proximidade dos serviços das residências dos usuários não necessariamente significou a garantia do diagnóstico da TB.

Desse modo, acredita-se que a dificuldade em diagnosticar a TB está mais voltada ao elemento processual de reconhecimento do problema nos serviços de saúde, uma vez que se identificou uma baixa suspeição de TB. Reconhece-se que a grande quantidade de suspeita diagnóstica não informada aos doentes entrevistados poderia interferir nesses resultados, tornando esse dado discutível. Entretanto, a baixa solicitação de exames diagnósticos de TB, em especial a baciloscopia de escarro, poderia ser um indicador de que tem ocorrido mesmo falha na suspeição da doença.

Esses resultados refletem o despreparo dos profissionais para diagnosticar a TB, o que também foi identificado no município, em 2003, frente à falta de

conhecimento sobre a doença, principalmente, entre os médicos e enfermeiros que trabalham em UBSs e PAs (MEIRELLES, 2003).

Na tentativa de desconcentrar as ações de controle da TB para a AB do município houve, em 2007, um treinamento com os profissionais desses serviços, realizado por meio de visitas técnicas do PCT para discussão dos casos e estabelecimento de uma equipe de referência para a TB (formada pelo enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem) em cada serviço de saúde. Nesses treinamentos, apesar de toda a equipe ser convocada, observou-se o predomínio de enfermeiros e a defasagem dos médicos.

A capacitação dos profissionais de saúde assume papel fundamental para o controle da TB e treinamentos e supervisões contínuas são necessários para identificar as falhas a serem enfrentadas na atenção e/ou na gestão, bem como no aprimoramento das habilidades adquiridas (MONROE et al., 2008), possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos serviços e dos profissionais de saúde, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011a). Na prática, encontram-se ainda barreiras quanto à programação de treinamentos e à participação de todos os profissionais, os quais, muitas vezes, não podem ser liberados de seus setores pela sobrecarga de trabalho e restrito número de recursos humanos, acarretando a centralização das informações que, com frequência, não são repassadas ao restante da equipe.

Caminero (2003) vai além ao relatar que o preparo do profissional deveria se iniciar nas universidades e escolas médicas, por meio da implantação de ações concretas como, por exemplo, a inclusão dos *guidelines* do programa nacional de controle da TB no ensino das universidades, com tempo suficiente para o ensino teórico e a prática em campo, a fim de capacitar o futuro profissional a lidar com a doença e sua prevenção de modo articulado com as atividades de controle da TB. No entanto, no Brasil, o ensino da TB na graduação ainda é insatisfatório, fragmentado e desvinculado dos programas de controle da doença, desenvolvidos pelo SUS (VILLA et al., 2006b).

A fragmentação do conhecimento em saúde reflete o modelo formador dos recursos humanos da saúde no Brasil que possui raízes intrínsecas da chamada medicina científica ou flexneriana, fundamentada no paradigma da prática médica, caracterizada pela concepção mecanicista do homem, redução a-social e a-histórica

da doença à dimensão biológica, individualização do seu objeto, crescente corporificação do conhecimento em tecnologias de alta densidade de capital, exercida por agentes especializados, ênfase nos aspectos curativos da medicina, pelo seu caráter urbanocêntrico e hospitalocêntrico e pela exclusão das formas alternativas de práticas (MENDES, 1985; 2002).

Como consequência das heranças deixadas por essa medicina científica, encontra-se hoje, no país, precária disponibilidade de profissionais com formação generalista, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, principalmente nas unidades de AB (MENDES, 2002).

Atualmente, tem se observado algumas iniciativas para a ocorrência de mudanças curriculares nos cursos de Medicina e Enfermagem por meio de programas propostos pelos Ministérios da Saúde e Educação, por exemplo, o Pró-Saúde, cuja perspectiva de reorientação da formação antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, sendo esses direcionados ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005).

Além disso, o envolvimento dos profissionais de saúde no controle da TB deve ser estimulado através supervisões contínuas pela coordenação do PCT e estabelecimento de fluxo de informações que garanta, tanto a qualidade/fidedignidade dos dados como o *feedback* dos resultados produzidos pelos serviços de saúde, valorizando, assim, o trabalho dos profissionais (MONROE et al., 2008). No município de estudo, após as capacitações das equipes das UBSs e USFs, a coordenação do PCT realizava, junto com os gerentes, médicos e enfermeiros da AB, a avaliação trimestral dos indicadores da TB. No ano 2009, com a mudança do gestor municipal e do gestor do PCT, a capacitação e avaliação dos indicadores da TB na AB não foram priorizadas. Destaca-se, ainda, que embora o PA seja a principal porta de entrada para o diagnóstico da TB, os profissionais dessas unidades não são incluídos nos treinamentos e avaliações realizadas pelo PCT.

Ressalta-se, ainda, que a sobrecarga de trabalho e a priorização das condições agudas, principalmente as doenças classificadas como sazonais, têm

deixado a TB em segundo plano, sendo as ações voltadas à detecção de casos realizada de forma pontual, apenas em época de campanha do MS.

Outro aspecto importante a destacar é a rotatividade dos profissionais de saúde, relacionada à descontinuidade político-partidária ocorrida na última gestão municipal. A falta de mecanismos de gestão que estimulem a fixação do profissional nos serviços de saúde pode também configurar-se como um problema de adaptação e prejudicar a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB (MONROE et al., 2008). Tal fato acarretou na indefinição da equipe de referência da TB na AB do município que, associada à falta de capacitação e avaliação dos indicadores da doença, pode justificar os resultados epidemiológicos da doença em 2009, com a diminuição na proporção de cura e aumento na proporção de óbitos e abandono.

A deficiência na capacidade de suspeição da TB também acarreta encaminhamentos desnecessários que, muitas vezes, se configuram em um círculo vicioso de sucessivas consultas, em vários serviços de saúde, sem que haja um diagnóstico oportuno, interferindo assim, no tempo de identificação do caso de TB. Neste estudo, embora se tenha diagnosticado parcela considerável de casos pulmonares, os doentes que buscaram a AB, ao início dos sintomas da TB, foram os que precisaram procurar mais vezes os serviços de saúde até o diagnóstico.

Ainda que preconizada pela OMS (WHO, 2004), como método principal para a descoberta de casos de TB pulmonar, a baciloscopia de escarro foi pouco priorizada nos três tipos de serviços. Estudos nacionais vêm mostrando obstáculos para o diagnóstico da doença, relacionados à não priorização desse exame (NOGUEIRA et al., 2007), bem como a falhas na sua operacionalização, as quais decorrem da deficiência de insumos para a realização e conservação do material, precária logística para o envio do mesmo ao laboratório e insuficiência na rede de apoio ao diagnóstico (MARCOLINO et al., 2009). No entanto, em São José do Rio Preto, as dificuldades para a realização do diagnóstico parecem estar mais relacionadas à baixa suspeição da TB e à não solicitação de exames diagnósticos, visto que todos os serviços de saúde possuem infraestrutura e materiais disponíveis para a solicitação de baciloscopia de escarro, além da retaguarda laboratorial.

Nos últimos anos, verificou-se aumento de baciloscopias de escarro solicitadas nas unidades de AB, que era inferior a 50% no município, atingindo um ápice em 2008 (82,7%), ano em que houve o maior investimento para a total

desconcentração das ações de controle da doença. No ano seguinte, o percentual de exames solicitados caiu para 57,5% (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009), o que é reflexo da não priorização da detecção de casos na agenda política, posto que os compromissos sanitários assumidos pelo município no Pacto pela Vida são avaliados por meio de indicadores reducionistas e meramente quantitativos, priorizando apenas os percentuais de cura da doença (BRASIL, 2006), de modo que o espaço micro reproduz a definição e direcionamento do nível macro.

Destaca-se que, atualmente, há grande movimentação em torno dos investimentos para desenvolver exames mais rápidos de diagnóstico da TB que possam ser oferecidos nos pontos de cuidado (entre eles, destaca-se o *GeneXpert*). No entanto, assim como evidenciados neste estudo, as dificuldades para o alcance de uma detecção eficaz de casos de TB podem estar mais relacionadas à forma como os serviços de saúde se organizam para detectar e tratar os casos de TB, do que propriamente aos meios diagnósticos em si (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007).

Os serviços especializados apresentaram o melhor desempenho em relação ao diagnóstico da TB, principalmente dos casos extrapulmonares. Entretanto, para alguns indicadores como, por exemplo, *proporção de doentes que tiveram a suspeita do profissional por TB*, *proporção de doentes que tiveram solicitação de exame de escarro*, *proporção de doentes que foram encaminhados para realização de exame de escarro em outro serviço de saúde*, o desempenho foi parecido ao da AB, o que não era esperado. Desse modo, duas hipóteses foram levantadas: os resultados obtidos nos serviços especializados em relação a esses indicadores refletem o baixo desempenho desses, incluindo os especializados em TB (PCT e SAE) ou estariam os serviços especializados em TB sofrendo influência dos outros serviços de saúde incluídos nessa mesma categoria.

Por fim, é importante destacar que a existência de diversas portas de entrada ao sistema de saúde não é suficiente para a adequada detecção de casos de TB, sendo necessária, sobretudo, a qualificação e organização dos serviços de saúde, enquanto espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento de problemas, de forma a garantir a continuidade do cuidado que se inicia nesse ponto de atenção e o acesso às ações e serviços de saúde que sejam mais adequados a cada caso (CECILIO, 1997; MENDES, 2002).

6 Limitações do estudo

É possível que neste estudo tenham ocorridos alguns vieses como:

- viés de memória.

- viés de informação - a informação sobre o primeiro serviço de saúde procurado pode ter sofrido influência pelo fato de o indivíduo associar o primeiro atendimento com o serviço que atendeu suas necessidades ou, ainda, pela falta de conhecimento quanto à organização, disposição e denominação dos serviços de saúde no município, principalmente quando um tipo de serviço ocupava a mesma estrutura física de outro, configurando-se em unidades mistas. Para minimizar esse viés, durante o treinamento com os entrevistadores, foi enfatizada a importância de se investigar com mais detalhamento o serviço de saúde procurado nessas unidades mistas.

- Outro viés de informação, que pode ser destacado, se refere aos dados obtidos das fontes secundárias. Encontrou-se dificuldade para se diferenciar as baciloscopias de escarro de diagnóstico e aquelas de acompanhamento, refletindo falhas de registro e de comunicação entre o PCT e as unidades de AB.

- Categorização dos serviços de saúde - optou-se por analisar os diferentes tipos de serviços de forma categorizada, considerando a especialidade de cada um e a complexidade tecnológica existente. Na categoria dos serviços especializados, ao incluir o PCT e SAE com outros serviços, houve equivalência entre os profissionais especialistas no manejo da TB com profissionais de saúde de outras áreas de atuação.

- Os resultados deste estudo foram obtidos a partir da percepção do doente de TB e se reduzem ao aspecto da atenção proporcionada, ou seja, *aquela que representa atividades por parte de quem oferece a atenção* (STARFIELD, 2002). Reconhece-se que, para a avaliação das ações de controle da TB, é necessária a percepção de todos os atores envolvidos no processo, ou seja, doentes, profissionais de saúde e gestores (BOZZI; PONTES; VASCONCELOS, 2010). Entretanto, realizou-se este estudo tendo como enfoque os doentes, uma vez que esses constituem o foco e a razão de existência dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Além disso, estudos realizados pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose (GEOTB), sob a perspectiva de diferentes atores, analisaram, elucidaram essa temática e contribuíram para a discussão deste estudo.

7 Considerações Finais

A caracterização dos participantes deste estudo evidenciou um perfil de vulnerabilidade para o adoecimento por TB (sexo masculino em idade produtiva e reprodutiva, com baixa renda e escolaridade). O reconhecimento de tal perfil instrumentalizaria os serviços de saúde, que atuam como porta de entrada do sistema, para a elaboração e operacionalização de tecnologias do cuidado individual/coletivo que sejam coerentes com as necessidades de acesso e acolhimento dos usuários.

Acredita-se que, para o controle efetivo da TB, todos os serviços de saúde de porta de entrada devem estar preparados para a suspeição e diagnóstico da doença e, principalmente, para determinar os fluxos dos usuários no sistema de saúde, fortalecendo os mecanismos de referência e contrarreferência, integrando os serviços que compõem a rede de atenção, inclusive os serviços privados, de modo que seja assegurada a continuidade da assistência.

Os resultados deste estudo, quanto à falta de suspeição da TB por parte dos profissionais de saúde, refletem o modo como vem ocorrendo a capacitação em TB no município, realizada ainda de forma descontínua, restrita aos profissionais da AB, não atingindo todos os membros das equipes. As falhas no processo de capacitação dos profissionais, aliadas à rotatividade dos recursos humanos enquanto política de gestão municipal, não tem colaborado para a garantia dos conhecimentos/habilidades/competências dos profissionais para o diagnóstico oportuno da TB. Nesse sentido, urge a necessidade de se pensar em estratégias que visem a qualificação e capacitação permanente e sistematizada dos profissionais de saúde que atuam nos diversos serviços que se constituem como portas de entrada da rede de atenção.

Além disso, é fundamental pensar também em estratégias que envolvam a parceria do PCT com novos atores, como, por exemplo, os profissionais do NASF, no intuito de compartilhar algumas atividades com a equipe de referência para a TB, atuando como retaguarda para os casos seguidos na AB, uma vez que essa equipe assume toda a complexidade da gestão da doença no município, que envolve não apenas habilidades gerenciais, mas, sobretudo, políticas, além da assunção do cuidado clínico individual.

Ainda há muito que se avançar na indução de efetivo compromisso político que transcenda o marco fragmentado e reducionista do controle da doença, nos diversos contextos sanitários, incluindo a detecção de casos de TB como meta prioritária no processo de pactuação vigente, como elemento disparador da elaboração de planos locais compatíveis com o efetivo controle da doença.

Este estudo possibilitou uma série de reflexões que transcendem a dimensão de porta de entrada e o desempenho dos serviços de saúde, permitindo discussões acerca da complexidade que envolve a viabilização do diagnóstico da TB, uma vez que a detecção da doença não envolve apenas uma ação técnica, mas deve ser vista e entendida com tal importância quanto o tratamento, uma vez que essa ação é ponto de partida para a condução e o manejo clínico dos casos.

8 Referências

AHMAD, R.A.; MAHENDRADHATA, Y.;UTARINI, A.;DE VLAS, S.J. Diagnostic delay amongst tuberculosis patients in Jogjakarta Province, Indonesia is related to the quality of services in DOTS facilities. **Tropical Medicine Internacional Health**, Jogjakarta, v.16, n.7, p.412-423, 2011.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ANTUNES, J.L.F; WALDMAN, E.A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.367-379, 2000.

AYISI, J.G.; VAN'T HOOG, A.H.; AGAYA, J.A.; MCHEMBERE, W.; NYAMTHIMBA, P.O.; MUHENJE, O.; MARSTON, B.J. Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patients in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study. **BMC Public Health**, London, n.29, p.511-515, 2011.

BELO, M.T.C.T.; LUIZ, R.R.; HANSON, C.; SELIG, L.; TEIXEIRA, E.G.; CHALFOUN, T.; TRAJMAN, A. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v.36, n.5, p.621-625, 2010.

BOSI, M.L.M; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p.318-324, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde 2012**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/idsus>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 24 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Decreto nº 7.508, de 28 de julho 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**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do histórico da cobertura da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 20 ago. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia Sanitária. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da Tuberculose**: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª. ed. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF, 2001.

CALIARI, S.J.; FIGUEIREDO, M.R. Perfil dos pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. **Revista Panamericana de Infectologia**, São Paulo, v.9, n.4, p.34-35, 2007.

CAMINERO, J. A. Is the DOTS strategy sufficient to achieve tuberculosis control in low- and middle-income countries? Need for interventions in universities and medical schools. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.7, n.6, p.509-515, 2003.

CATTAMANCHI, A.; DOWDY, D.W.; DAVIS, J.L.; WORODRIA, W.; YOO, S.; JOLOBA, M.; MATOVU, J.; HOPEWELL, P.C.; HUANG, L. Sensitivity of direct versus

concentrated sputum smear microscopy in HIV-infected patients suspected of having pulmonary tuberculosis. **BMC Infectious Diseases**, London, v.9, p.153, 2009.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-78, 1997.

COELHO, D.M.M.; VIANA, R.L.; MADEIRA, C.A.; FERREIRA, L.O.C.; CAMPELO, V. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina – PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p.34-43, 2010.

CRUZ, R.C.S.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; CAMPELO, A.R.L.; SILVA, E.J.C.; MAZZA, E.; MENEZES, R.C.; KOSMINSKY, S. Tuberculose pulmonar: associação entre extensão de lesão pulmonar residual e alteração da função pulmonar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.54, n.5, p.406-410, 2008.

CUEVAS, L.E.; YASSIN, M.A.; AL-SONBOLI, N.; LAWSON, L.; ARBIDE, I.; AL-AGHBARI, N.; SHERCHAND, J.A.; AL-ABS, A.; EMENYONU, E.N.; MERID, Y.; OKOBI, M.I.; ONUOHA, J.O.; ASCHALEW, M.; ASEFFA, A.; HARPER, G.; CUEVAS, R.M.A.; KREMER, K.; SOOLINGEN, D.V.; NATHANSON, C.M.; JOLY, J.; FARAGHER, B.; SQUIRE, S.B.; RAMSAY, A. A Multi-Country Non-Inferiority Cluster Randomized Trial of Frontloaded Smear Microscopy for the Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis. **PLoS Medicine**, São Francisco, v.8, n.7, 2011a.

CUEVAS, L.E.; AL-SONBOLI, N.; LAWSON, L.; YASSIN, M.A.; ARBIDE, I.; AL-AGHBARI, N.; SHERCHAND, J.B.; AL-ABSI, A.; EMENYONU, E.N.; MERID, Y.; OKOBI, M.I.; ONUOHA, J.O.; ASCHALEW, M.; ASEFFA, A.; HARPER, G.; CUEVAS, R.M.A.; THEOBALD, S.J.; NATHANSON, C.M.; JOLY, J.; FARAGHER, B.; SQUIRE, S.B.; RAMSAY, A. LED Fluorescence Microscopy for the Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis: A Multi-Country Cross-Sectional Evaluation. **PLoS Medicine**, São Francisco, v.8, n.7, 2011b.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. 2009. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 30 set. 2009.

DIÉZ, M.; BLEDA, M.J.; ALCAIDE, J.; CALOTO, T.; CASTELLS, C.; CARDENAL, J.I.; DOMÍNGUEZ, A.; GAYOSO, P.; GUTIÉRREZ, C.; HUERTA, C.; LÓPEZ, M.J.; MORENO, T.; MUÑUZ, F.; NAVARRO, C.; PICÓ, M.; POZO, F.; QUIRÓS, J.R.; ROBLES, F.; SÁNCHEZ, J.M.; VANACLOCHA, H.; VEJA, T.; AND MULTICENTRE PROJECT FOR TUBERCULOSIS RESEARCH (MPTR) STUDY GROUP. Determinants of patient delay among tuberculosis cases in Spain. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v.14, p.151-155, 2004.

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Michigan: Ann Arbor/Health Administration Press, 1980.

DORNAS JUNIOR, G.; FERREIRA, J.M. Informações de Unidades de Pronto-Atendimentos – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. **Informática Pública**, Belo Horizonte, v.5, n.1, p.27-48, 2003.

DYRHOL-RIISE, A.M.; GRAN, G.; WENTZEL-LARSEN, T.; BLOMBERG, B.; HAANSHUUS, C.G.; MORKVE, O. Diagnosis and follow-up of treatment of latent tuberculosis; the utility of the QuantiFERON-TB Gold In-tube assay in outpatients from a tuberculosis low-endemic country. **BMC Infectious Diseases.**, London, v.8, n.10 p.57, 2010.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Índice paulista de responsabilidade social.** Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs03/index_iprs.htm>. Acesso em: 24 jul. 2011.

GALESI, V.M.N. **Indicadores epidemiológicos e operacionais:** estado de São Paulo 2009. Disponível em: <http://www.sociedadeclementeferreira.org.br/images/ICF09_Vera_Maria_Neder_Galesi.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011.

GAZETTA, C.E.; TAKAYANAGUI, A.M.M.; COSTA JUNIOR, M.L.; VILLA, T.C.S.; VENDRAMINI, S.H.F. Aspectos epidemiológico da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, a partir das notificações da doença em um Hospital Escola (1993-1998). **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.155-162, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, 2007.

GÓMEZ, P.R.M.; ACHIONG, F.E.; RIGAU, J.M.M.; NÚÑEZ, L.V.; HERNÁNDEZ, J.Q.; FUNDORA, C.G.P. Evaluación de los indicadores operacionales del programa de la tuberculosis. Matanzas. Años 2000-2006. **Revista Médica Eletrônica**, v.30, n.5, 2008. Disponível em: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol5%202008/tema7.htm>. Acesso em: 10 ago. 2009.

HUONG, N.T.; VREE, M.; DUONG, B.D.; KHANH, V.T.; LOAN, V.U.T.; NGUYEN V.C.O.; CO, N.V.; BORGDORFF, M.W.; COBELENS, F.G. Delays in the diagnosis

and treatment of tuberculosis patients in Vietnam: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v.7, n.110, 2007.

HURST, J.; HUGHES, M.J. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Disponível em <www1.oecd.org>. OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers n. 47, pp.1-60, 2001. Acesso em: 15 fev 2012.

IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B.F.A.; HARTWIG, S.; OLIVEIRA, H.C.; SCATENA, J.H.G. Analysis of the Tuberculosis Control Program in the city of Cáceres, Brazil, prior to and after the implementation of a Family Health Program. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.33, n.3, p.287-294, 2007.

KRUK, M.E.; PRESCOTT, M.R.; PINHO, H.; GÁLEA, S. Are doctors and nurses associated with coverage of essential health services in developing countries? A cross-sectional study. **Human Resources for Health**, London, v.7, p.27, 2009.

LACROIX, C.; MARTIN, P.; TURCOTTE, S.; DEROCHE, S.; MAGLUILO V. The Delay in Diagnosis of Tuberculosis in the Monteregion of Quebec, Canada. **McGill Journal of Medicine**, Montreal, v.11, n.2, p.124-131, 2008.

LEUNG, E.C.C.; LEUNG, C.C.; TAM, C.M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v.13, n.3, p.221-227, 2007.

MACHADO, K. Novidades no SUS. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n.83, p.12-16, 2009.

MAHENDRADHATA, Y.; SYAHRIZAL, B.M.; UTARINI, A. Delayed treatment of tuberculosis patients in rural areas of Yogyakarta province, Indonesia. **BMC Public Health**, London, v.8, n.393, 2008.

MARCOLINO, A.B.L.; NOGUEIRA, J.N.; RUFFINO-NETTO A.; MORAES, R.M.; SÁ, L.D.; VILLA, T.C.S. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.2, p.144-157, 2009.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.13-19, 2007.

MEIRELLES, E. B. **Capacitacion en diagnostico precoce de tuberculosis en los profesionales de las equipes de salud en São José do Rio Preto**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Médica) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Escuela Nacional de Salud Publica de Havana, Havana, 2003.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009; 848 p.

_____. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: Editora FOMARC/OUC Minas Gerais. 1985.

MESFIN, M.M.; NEWELL, J.N.; WALLEY, J.D.; GESSESSEW, A.; MADELEY, R.J. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districtis of Ethiopia. **BMC Public Health**, London, v.9, n.53, 2009.

MICHELON, C.T.; ROSSO, F.; SCHMID, K.B.; SPERHACKE, R.D.; OLIVEIRA, M. M.; KRITSKI, A.L.; REZENDE JÚNIOR, L.; COSTA, E.R.D; RIBEIRO, A.W.; VERZA, M.; CAFRUNE, P.I.; SILVA, M.N.S.; KUHLEIS, D.; ZAHA, A.; ROSSETTI, M.L.R. Colorimetric microwell plate reverse-hybridization assay for Mycobacterium tuberculosis detection. **Memórias do. Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.106, n.2, p.194-199, Mar. 2011.

MILLEN, S.J.; UYS, P.W.; HARGROVE, J.; VAN HELDEN, P.D.; WILLIAMS, B.G. The Effect of Diagnostic Delays on the Drop-Out Rate and the Total Delay to Diagnosis of Tuberculosis. **PLoS ONE**, São Francisco, v.3, n.4, 2008.

MONROE, A.A; GONZALEZ, R.I.C; PALHA, P.F; SASSAKI, C.M; RUFFINO-NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.262-267, 2008.

NARVAI, P.C.; PEDRO, P.F.S. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, p. 269-295. 2008.

NEEDHAM, D.; BOWMAN, D.; FOSTER, S.D.; GODFREY-FAUSSET, P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. **Health Policy**, Londres, v.67, p.93-106, 2004.

NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; VILLA, T.C.S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.09, p.106-118, 2007.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S. Evaluation of the Implementation of Tuberculosis Control Program in Niterói, state of Rio de Janeiro, Brazil. **Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.29-38, 2007.

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS, R.A.; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1929-1938, 2009.

PEDRO, H.S.P.; NARDI, S.M.T.; FERREIRA, M.I.P.; GOLONI, M.R.A.; SILVA, R.R.F.E.; AILY, D.C.G.; COELHO, A.G.V.; LEITE, A.R.; GALLE, L.C.; SHIKAMA, M.L.M.; SILVA, C.R.C.; UEKI, Y.M. Bacilloscopy for pulmonary tuberculosis: multicenter study of bacilloscopy sputum smears in the diagnosis of pulmonary tuberculosis according to the World Health Organization and Brazilian Ministry of Health. **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v.39, n.4, p.273-282, 2010.

PEHME, L.; RAHU, K.; ALTRAJA, A. Factors related to health system delays in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Estonia. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.11, n.3, p.275–281, 2007.

RAMSAY, A.; HARRIES, A.D. The clinical value of new diagnostic tools for tuberculosis. **Medicine Reports**, Bethesda, v.1, p.36, 2009.

RINTISWATI, N.; MAHENDRADHATA, Y.; SUHARNA; SUSILAWATI; PURWANTA; SUBRANTO, Y.; VARKEVISSER, C.M.; VAN DER WERF, M.J. Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Jogjakarta, Indonesia. **BMC Public Health**, London, v.9, n.158, 2009.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, Porto Alegre, v.26, n.4, p.159-62, 2000.

SANKAR, S.; KUPPANAN, S.; BALAKRISHNAN, B.; NANDAGOPAL, B. Analysis of sequence diversity among IS6110 sequence of Mycobacterium tuberculosis: possible implications for PCR based detection. **Bioinformation**, Bethesda, v.6, n.7, p.283-285, 2011.

SANTO, L.A.; SANTOS, P.C.H.; MOREIRA, M.E. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com tuberculose em hospital universitário da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. BEPA, **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, vol.6, n.68, p.14-21, 2009.

SANTOS, M.A.P.S.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; XIMENES, R.A.A.; LUCENA-SILVA, N.L.C.L.; BRAGA, C.; CAMPELO, A.R.L.; DANTAS, O.M.S.; MONTARROYO, U.R.; SOUZA, W.V.; KAWASAKI, A.M.; RODRIGUES, L.C. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, London, v.5, n.25, 2005.

SANTOS, M.L.S.G.; PONCE, M.A.Z.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S.; SANTOS, N.S.G.M.; WYSOCKI, A.D.; KUYUMJIAN, F.G.; GAZETTA, C.E. The epidemiological dimension of TB/HIV co-infection. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.5, p.683-688, 2009.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Plano Municipal de Saúde para São José do Rio Preto 2010-2013**. São José do Rio Preto, 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Controle de Tuberculose ARE/VE. Situação da Tuberculose em São José do Rio Preto**. São José do Rio Preto, 2009.

SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO, A.; KRITSKI, A.L.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VENDRAMINI, S.H.F.; ASSIS, M.M.A.; MOTTA, M.C.S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.389-397, 2009.

SCHERER L.C.; SPERHACHE, R.D.; RUFFINO-NETTO, A.; ROSSETTI, M.L.; VATER, C.; KLATSER, P.; KRITSKI, A.L. Cost-effectiveness analysis of PCR for the rapid diagnosis of pulmonary tuberculosis. **BMC Infectious Disease**, London, v.31, n.9, p.216, 2009.

SENDAGIRE, I.; VAN DER LOEFF, M.S.; MUBIRU, M.; KONDE-LULE, J.; COBELENS, F. Long Delays and Missed Opportunities in Diagnosing Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study. **PLoS ONE**, São Francisco, v.5, n.12, p.14459, 2010.

SENGUPTA, S.; PUNGRASSAMI, P.; BALTHIP, Q.; STRAUSS, R.; KASETJAROEN, Y.; CHONGSUWIVATWONG, V.; VAN RIE, A. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.10, n.9, p.1008–1012, 2006.

SHEA, Y.R.; DAVIS, J.L.; HUANG, L.; KOVACS, J.A.; MASUR, H.; MULINDWA, F.; OPUS, S.; CHOW, Y.; MURRAY, P.R. High Sensitivity and Specificity of Acid-Fast Microscopy for Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in an African Population with a High Prevalence of Human Immunodeficiency Virus. **Journal of Clinical Microbiology**, Washington v.47, n.5, p.1553–1555, 2009.

SOKOLOVE, P.E.; ROSSMAN, L.; COHEN, S.H. The emergency department presentation of patients with active pulmonary tuberculosis. **Academic Emergency Medicine**, v. 7, n. 9, p. 1056-1060, 2000.

SOUZA, M.S.; SPINELLI, M.A.S.; SOUZA, P.C. Análise dos atendimentos realizados pronto-socorro de um hospital à luz do modelo vigente no sistema local de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, vol.11, n.45, p.173-178, 2009.

SOLTAN, V.; HENRY, A.K.; CRUDU, V.; ZATUSEVSKI, I. Increasing tuberculosis case detection: lessons from the Republic of Moldova. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.86, n.1, p.71-76, 2008.

SREERAMAREDDY, C.T.; PANDURU, K.V.; MENTEN, J.; ENDE, J.V.D. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Disease**, London, v.9, p.91-101, 2009.

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

_____. **Primary care**: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992. 262 p.

STORLA, D.G.; YIMER, S.; BJUNE, G.A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**, London, v.8, n.15, 2008.

TANAKA, Y. O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001. 83 p.

TB-WEB. Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose. 2010. Disponível em: <http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>. Acesso em: 22 març. 2010.

VAN DER WERF, M.J.; CHECHULIN, Y.; YEGOROVA, O.B.; MARCINUK, T.; STOPOLYANSKIY, A.; VOLOSCHUK, V. et al. Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.10, n.4, p.390–395, 2006.

VARMA, J.K; WIRIYAKITJAR, D.; NATENIYOM, S.; ANUWATNONTHAKATE, A.; MONKONGDEE, P.; SUMNAPAN, S.; AKKSILP, S.; SATTAYAWUTHIPONG, W.; CHARUNSUNTONSRI, P.; RIENTHONG, S.; YAMADA, N.; AKARASEWI, P.; WELLS, C.D.; TAPPERO, J.W. Evaluating the potential impact of the new Global Plan to Stop TB: Thailand, 2004–2005. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.85, n.8, p.586-592, 2007.

VENDRAMINI, S.H.F.; SANTOS, M.L.S.G.; GAZETTA, C.E.; CHIARAVALLOTTI NETO, F.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Tuberculosis risks and socio-economic level: a case study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.10, n.11, p.1231-1235, 2006.

VENDRAMINI, S.H.F. **O Programa de controle da tuberculose em São José do Rio Preto-SP: do contexto epidemiológico à dimensão social**. 2005. 251 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; ARCÊNCIO, R.A.; GONZALES, R.I.C. As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006a. p 29-47.

VILLA, T.C.S.; FIRMINO, D.R.; ANDRADE, R.L.P.; BRUNELLO, M.E.F.; OLIVEIRA, M.F.; RUFFINO-NETTO, A. Ensino prático de Tuberculose em cursos de graduação em enfermagem no Brasil – 2004. **Online brazilian journal of nursing (online)**, Niterói, vol.5, n.3, 2006b.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.35, n.6, p.610-612, 2009.

WANG, W.; JIANG, Q.; ABDULLAH, A.S.M.; XU, B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delay in diagnosis. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v.17, n.5, p.419–423, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report**, 2010. Geneve, 2010.

_____. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report**; 2004.

_____. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report**; 1999.

YIMER, S.; BJUNE, G.; ALENE, G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infectious Diseases**, v.5, n.112, 2005.

ZERBINI, E.; CHIRICO, M.C.; SALVADORES, B.; AMIGOT, B.; ESTRADA, S.; ALGORRY, G. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.12, n.1, p.63-68, 2008.

ZOCICHE, T.L.; SILVA, R.M. Tuberculose no município de Tubarão nos anos 2000-2006. **Revista . Pulmao RJ**, v.18, n.2, p.70-76, 2009.

ANEXO 1 – Instrumento de coleta de dados

Número do questionário: _____		Município: _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Digitador: _____		Data da digitação: ____/____/____ Local da coleta: _____	
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista		Sim Não Justificar: _____	

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO PACIENTE							
1.	Iniciais: _____						
2.	Sexo: 1- Feminino 2- Masculino						
3.	Idade: _____						
4.	Endereço Completo: _____						
5.	Raça / Cor	1 Branco	2 Negro	3 Pardo	4 Amarelo	5 Indígena	
6.	Estado civil	1 Solteiro	2 Casado/ União Estável	3 Separado / Divorciado	4 Viúvo	5 Outro _____	
7.	Crença ou religião	1 Sem religião	2 Católica	3 Evangélica	4 Espírita	5 Umbanda/Candomblé	6 Outras _____
8.	Até que série o(a) Sr(a) estudou?	1 Sem escolaridade	2 1ª fase do ensino fundamental (incompleto)	3 1ª fase do ensino fundamental (completo)	4 2ª fase do ensino fundamental (incompl.)	5 2ª fase do ensino fundamental (completo)	
		6 Ensino Médio (incompleto)	7 Ensino médio (completo)	8 Ensino superior (incompleto)	9 Ensino superior (completo)		
9.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	1 Desempregado	2 Empregado	3 Autônomo	4 Do lar	5 Estudante	6 Aposentado
		7 Afastado					
10.	Qual renda mensal da família? _____			11.	Número de pessoas que dependem dessa renda: _____		
12.	O local onde o(a) Sr(a) vive é:	1 Casa	2 Instituição (asilar/ abrigo)	3 Morador de rua			
13.	Zona	1 Urbana	2 Rural				

B. PORTA DE ENTRADA	
14.	<p>Antes de ficar doente de tuberculose qual era o primeiro local que o(a) Sr(a) procurava quando ficava doente?</p> <p>1- Locais religiosos/benzedadeiras 2- Farmácia 3- Serviços de saúde. Especificar: _____ 4- Outros _____ (se o doente responder nenhum, especificar em outros)</p>
15.	<p>Antes de ficar doente de tuberculose com que freqüência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) para fazer algum controle preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina)?</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre</p>
16.	<p>Qual o nome do serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) costuma procurar para consulta/exames de rotina?</p> <p>Nome: _____ 1 - UBS; 2 - UBS/PACS; 3 - USF; 4 - Pronto Atendimento; 5 - Ambulatório de Referência; 6 - Hospital Público; 7 - Hospital Privado; 8 - Consultório particular; 9 - Outros _____ 0 - Não sabe; 99 - Não se aplica (caso não nunca procure nenhum SS para consulta/exames de rotina) (preenchida pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)</p>
17.	<p>Antes de ficar doente de tuberculose com que freqüência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) mais próximo de sua casa?</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre</p>

18.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) recebia visita de algum profissional de saúde na sua casa?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre		
19.	Com que frequência o(a) Sr(a) via propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a tuberculose antes de saber que estava doente?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre		
20.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso de bebidas alcoólicas?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca		
21.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso do cigarro?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca		
22.	Antes de ficar doente de tuberculose , alguém da sua família já havia feito tratamento para tuberculose?	Sim	Não	Não sabe
23.	O(a) Sr(a) já fez tratamento preventivo para tuberculose? (quimioprofilaxia)	Sim	Não	Não sabe
24.	Antes de ficar doente da tuberculose , como era o conhecimento do(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- Muito ruim; 2- Ruim; 3- Regular; 4- Bom; 5- Muito bom		
25.	O que o(a) Sr(a) sentia (sintomas) quando começou a ficar doente de tuberculose?			
26.	Estes sintomas que o(a) Sr(a) sentia eram?	1- Muito fraco; 2- Fraco; 3- Moderado; 4- Forte; 5- Muito forte		
27.	Quando o(a) Sr(a) começou a perceber que estava doente , quantos dias demorou a procurar o primeiro serviço de saúde? _____ DIAS			
28.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente , procurou o serviço de saúde (postinho, PA...) mais perto de sua casa?	Sim	Não	
29.	Qual foi o primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a perceber que estava doente? 29.a. Nome: _____ 29.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado) 29.c. Tipo: 1- UBS; 2- UBS/PACS; 3- USF; 4- Ambulatório de Referência; 5- Pronto Atendimento; 6- Hospital Público; 7- Hospital Privado; 8- Consultório particular 9- Outros _____ 0- Não sabe			
30.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente , quantos dias demorou para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde? _____ DIAS			
C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO				
31.	O que o profissional de saúde que o atendeu na primeira vez em que foi até o serviço de saúde falou que o(a) Sr(a) tinha? _____			
32.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente pediu os exames:	32.a. Exame de escarro (catarro):	Sim	Não
		32.b. Exame de raio-X (chapa do pulmão):	Sim	Não
		32.c. Outros _____	Sim	Não
33.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente o encaminhou a outro serviço para:	33.a. Consulta médica com outro profissional	Sim	Não
		33.b. Fazer o exame de escarro:	Sim	Não
		33.c. Fazer o raio-X:	Sim	Não
		33.d. Fazer outros exames	Sim	Não
34.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente, QUANTAS VEZES precisou ir ao(s) serviço(s) de saúde para descobrir que tinha TB? _____			

35.	Depois que o(a) Sr(a) foi ao serviço de saúde (postinho, PA...) pela <u>primeira vez</u> , quantos dias levou para descobrir que tinha TB? _____ DIAS	
36.	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr (a) estava doente de TB? 36.a. Nome: _____ 36.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado) 36.c. Tipo: 1- UBS; 2- UBS/PACS; 3- USF; 4- Ambulatório de Referência; 5- Pronto Atendimento; 6- Hospital Público; 7- Hospital Privado; 8- Consultório particular 9- Outros _____ 0- Não sabe.	
37.	No serviço de saúde que descobriu a tuberculose , o(a) Sr(a) conseguiu consulta no prazo de 24 horas?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre
38.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto durante os fins de semana?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre 0- Não sabe
39.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto depois das 18:00 horas pelo menos um dia durante a semana?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre 0- Não sabe
40.	Com que frequência o(a) Sr(a) perdeu o turno de trabalho ou algum compromisso para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca
41.	Como é a distância do serviço de saúde que descobriu a tuberculose até a casa do(a) Sr(a)?	1- Muito distante; 2- Distante; 3- Regular; 4- Próximo; 5- Muito próximo
42.	Qual foi o meio de transporte mais utilizado pelo(a) Sr(a) para ir até o serviço de saúde para descobrir a TB?	
43.	Com que frequência o(a) Sr(a) precisou utilizar transporte motorizado para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca
44.	O(a) Sr(a) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca
45.	O(a) Sr(a) teve que pagar alguma quantia para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que descobriu a tuberculose ?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca
46.	O(a) Sr(a) necessitou de ajuda financeira para realizar as consultas e exames para descobrir que tinha tuberculose?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca
47.	Como foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que descobriu a tuberculose ?	1- Muito ruim; 2- Ruim; 3- Regular; 4- Bom; 5- Muito bom
D. ELENCO DE SERVIÇOS PARA O DIAGNÓSTICO		
48.	Todos os exames pedidos para o(a) Sr(a) foram realizados no serviço que descobriu a tuberculose ?	Sim Não
49.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose perguntou se o(a) Sr(a) tinha alguma dificuldade de transporte para realizar/entregar os exames?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre
50.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose ofereceu transporte e/ou vale transporte para a realização/entrega dos exames?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre

51.	O(a) Sr(a) recebeu orientação para a realização dos exames?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre
52.	Com que frequência faltou materiais (pote de escarro, etc.) para a realização dos exames no serviço que descobriu a tuberculose ?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca 0- Não sabe
53.	O(a) Sr(a) teve dificuldade para entregar o pote de escarro no serviço que descobriu a tuberculose ?	1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase nunca; 5- Nunca 0- Não sabe; 99- Não se aplica (caso não tenha feito exame de escarro)
54.	O(a) Sr(a) recebeu os resultados dos exames realizados:	<p>54.a. No serviço de saúde que fez o pedido dos exames</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre</p> <p>54.b. Em outro serviço de saúde _____</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre</p>
E. TRATAMENTO		
55.	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha TB, quantos dias demorou para começar a fazer o tratamento? _____ DIAS Não sabe	
F. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE		
56.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose perguntaram se as pessoas que moram com o(a) Sr(a) têm tosse, febre, emagrecimento?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre 0- Não sabe; 99- Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
57.	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha tuberculose, recebeu visita de algum profissional de saúde em sua moradia?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre
58.	As pessoas que moram com o(a) Sr(a) foram avaliadas com:	<p>58.a. Exame de escarro (catarro)</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; 0- Não sabe; 99- Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)</p> <p>58.b. Raio X (chapa do pulmão)</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; 0- Não sabe; 99- Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)</p> <p>58.c. PPD (exame na pele)</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; 0- Não sabe; 99- Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)</p>
59.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram com as pessoas que moram com o(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; 0- Não sabe; 99- Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
60.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram sobre as condições de vida das pessoas que moram com o(a) Sr(a) (emprego, moradia, saneamento básico)?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; 0- Não sabe; 99- Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
61.	O(a) Sr(a) observava visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança para perguntar se as pessoas têm tosse?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; 0- Não sabe

G. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista)									
FONTES DE COLETA DE DADOS: _____									
62.	No SINAN ou WEB-TB:				63.	Prontuário:			
64.	Serviço responsável pelo diagnóstico 64.a Nome: _____ 64.b. Endereço: _____ 64.c. Horário de atendimento: _____ 64.d. Tipo de Serviço de Saúde: 1 UBS 2 UBS/PACS 3 USF 4 Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose. 5 Hospital público 6 Hospital privado 7 Pronto Atendimento 8 Consultório Particular 9 Outro. _____								
65.	Data do diagnóstico:								
66.	Exames realizados	66.a. Baciloscopia	Sim	Não	66.e. Biópsia	Sim	Não		
		66.b. PPD	Sim	Não	66.f. Cultura de escarro	Sim	Não		
		66.c. Raio X	Sim	Não	66.g. anti-HIV	Sim	Não		
		66.d. Outros: _____				Sim	Não		
67.	Forma Clínica da TB	67.a. Pulmonar	Sim	Não	67.b. Extrapulmonar: _____		Sim	Não	
68.	Tipo de caso	68.a. Caso novo		Sim	Não				
		68.b. Recidiva		Sim	Não				
		68.c. Retratamento		Sim	Não				
		68.d. Tratamento após abandono		Sim	Não				
69.	Co-infecção pelo HIV	Sim	Não						
70.	Serviço responsável pela consulta médica de controle: 1 Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; 2 Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas 3 Outro (_____) 70.a. Nome: _____ 70.b. Endereço: _____ 70.c. Horário de atendimento médico aos doentes de TB: _____								
71.	Data de início do tratamento:								
72.	Tempo de Tratamento Medicamentoso	< 1 mês	1	> 6 Meses até 9 Meses		4			
		> 1 Mês até 3 Meses	2	> 9 Meses		5			
		> 3 Meses até 6 Meses	3						
73.	Faz tratamento supervisionado				Sim	Não			
74.	Serviço responsável pelo tratamento supervisionado/ auto-administrado 1 Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; 2 Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas 3 Outro (_____) 74.a Nome: _____ 74.b. Endereço: _____ 74.c. Horário de realização do TS: _____								

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa **FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/05/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 299/2010

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo nº 3643/2010 sob a responsabilidade de **Sílvia Helena Figueiredo Vendramini** com o título "Avaliação da efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em município de São José do Rio Preto/SP" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi aprovada por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 12 de agosto de 2010.

Prof. Dr. Antônio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) senhor (a),
Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Avaliação da efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ . Ela tem como objetivo avaliar a efetividade dos diferentes modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose.

Sua participação consistirá em responder a um questionário e/ou uma entrevista que será audiogravada, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

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 do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa 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 apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

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

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2009.

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

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP

Telefone (0XX16) 36023228

e.mail: *tite@eerp.usp.br*

APÊNDICE 1

O tempo do diagnóstico da tuberculose

A mediana do tempo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde até a obtenção do diagnóstico, considerando todos os indivíduos que se apresentaram aos serviços apresentando os sintomas da TB, foi de 15 dias (intervalo interquartis 6-30 dias). A mesma mediana de tempo foi encontrada entre os doentes de TB pulmonar com intervalo interquartis de 4-30 dias. Encontraram-se doentes pulmonares que relataram terem sido diagnosticados mais de 60 dias após adentrarem os serviços de saúde.

Entre os doentes com TB extrapulmonar, o tempo mediano de diagnóstico foi de 25 dias (intervalo interquartis 7-90 dias). Houve doentes que relataram ter sido diagnosticados há mais de 120 dias, podendo esse tempo ter alcançado 1 ano, conforme figura abaixo:

Mediana do tempo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde até a obtenção do diagnóstico, entre os doentes com TB pulmonar e extrapulmonar, São José do Rio Preto, SP, 2009

Os tempos medianos encontrados no município de estudo são relativamente menores que os achados em outras pesquisas no país, assim como quando comparado ao panorama mundial. Na Etiópia e China, grande parte dos doentes recebeu o diagnóstico da TB 30 dias ou mais depois da primeira visita ao serviço de saúde pública (MESFIN et al., 2009; XU et al., 2005).

Entre os extrapulmonares, o tempo de diagnóstico foi maior, o que poderia ser justificado pela inespecificidade dos sintomas da TB extrapulmonar, o que corrobora para o retardo na investigação, necessitando de maior atenção por parte dos profissionais e, ainda, uso de densidade tecnológica para a exclusão de outros diagnósticos.

APÊNDICE 2

Distribuição da variável tempo de diagnóstico

Distribuição de frequência da variável tempo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde até a obtenção do diagnóstico, entre todos os doentes de TB, São José do Rio Preto, SP, 2009

Distribuição de frequência da variável tempo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde até a obtenção do diagnóstico, entre os doentes com TB pulmonar, São José do Rio Preto, SP, 2009

Distribuição de frequência da variável tempo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde até a obtenção do diagnóstico, entre os doentes com TB extrapulmonar, São José do Rio Preto, SP, 2009

Tomando o gráfico da distribuição da variável do tempo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde até a obtenção do diagnóstico **entre todos os doentes de TB** para uma prévia exploração dos dados, observa-se que se se excluir os casos extremos, encontrar-se-á que 85% das observações estão no intervalo de até 90 dias, como mostra a Figura abaixo:

Distribuição e tendência de frequência da variável tempo entre a procura pelo primeiro serviço de saúde até a obtenção do diagnóstico entre todos os doentes

Nesse gráfico é possível observar que existe tendência decrescente da frequência de atraso em função do tempo, seguindo uma função exponencial como explicitada no gráfico.

Se se chamar y = frequência de atraso e x = tempo de diagnóstico (dias) encontrar-se-á que: $y = 27,968e^{-0,3907x}$

A tendência decrescente de frequência de atraso em função do tempo também poderia ser encontrada nos gráficos dos doentes pulmonares e extrapulmonares, com funções exponenciais diferentes.