UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Anneliese Domingues Wysocki

Tuberculose: tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo
serviço de saúde em São José do Rio Preto – SP (2009)

Ribeirão Preto

2011

ANNELIESE DOMINGUES WYSOCKI

**Tuberculose: tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo
serviço de saúde em São José do Rio Preto – SP (2009)**

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

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
saúde.

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

Ribeirão Preto

2011

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Wysocki, Anneliese Domingues

Tuberculose: tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde em São José do Rio Preto – SP (2009)

103f. : il. ; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem de Saúde Pública.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Tuberculose. 2. Diagnóstico tardio. 3. Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Anneliese Domingues Wysocki

Tuberculose: tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde em São José do Rio Preto – SP (2009)

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Ao Pai celestial, por guiar meus passos, meus pensamentos, por ter me dado a vida e a
oportunidade da evolução espiritual;
À minha família, minha escola do coração, que concebeu em mim valores morais e espirituais,
me ensinando a ser quem hoje sou.*

Agradecimento Especial

*À Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa, minha orientadora,
que com sua dedicação e liderança soube delinear e lapidar meus conhecimentos.
Mais que isso, me oportunizou amadurecimento pessoal e profissional, me ensinando o
verdadeiro significado de se trabalhar em grupo e a ter habilidade e coragem
para enfrentar desafios.
Muito obrigada por acreditar e confiar em mim.*

Agradecimento Especial

*Ao Prof. Dr. Antônio Ruffino-Netto,
por ter me ensinado, sempre com muito carinho e atenção, a colocar tudo de mim em cada
mínima e irrelevante coisa da vida. Obrigada por me acolher, me ouvir e acreditar em mim.
Sobretudo, obrigada por ter contribuído na minha evolução pessoal, profissional e espiritual.
Foi um privilégio tê-lo como educador.*

Agradecimentos

Aos meus pais, Ana e Gerhard, que sempre me incentivaram e confiaram em minhas potencialidades, me encorajando a caminhar independente do desafio e, sobretudo, por me transmitirem a verdadeira essência da vida.

À minha irmã, Helga, que me ensinou a ser firme, confiante e determinada. Que me protegeu e me ensinou a como ser melhor a cada dia. Por todas as maravilhosas lembranças de nossas vidas. Pelo incentivo constante e por ter me ensinado a levantar a cada queda. Você é essencial em minha vida. “Sucesso”!

Às minhas irmãs do coração, Amelinha, Bia, Polyana e Rúbia, por terem estado ao meu lado em todos os momentos. Muito obrigada...Amo vocês.

Aos todos os docentes do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, pela dedicação à minha formação acadêmica e lições de amor à profissão.

Aos professores Dr. Nelson Iguimar Valério e Dr^a Eny Maria Golloni-Bertollo por terem me orientado na iniciação científica e me dado a oportunidade de conhecer o caminho da pesquisa e sua contribuição social, fazendo brotar em mim a semente que hoje se concretiza em mais um fruto.

Às Prof^{as} Dr^{as} Silvia Helena Figueiredo Vendramini e Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos, pelo incentivo, “puxões de orelha”, carinho, dedicação e valiosas contribuições neste estudo e em tantos outros momentos da minha vida.

À Prof^a Dr^a Cláudia Eli Gazetta, minha orientadora durante meu aprimoramento realizado na FAMERP (2008), pela torcida e incentivo ao meu ingresso na pós-graduação.

Ao Prof. Pedro Fredemir Palha, pela sabedoria transmitida em cada nova discussão do grupo Geo-IB, por valorizar nosso trabalho e pelas contribuições dadas durante minha trajetória na pós-graduação.

À Prof^a Dr^a Aline Aparecida Monroe, pela sua sua doçura, sensibilidade, amizade, carinho e consideração em todos os momentos. Obrigada por sempre valorizar as potencialidades e buscar soluções para as fragilidades nesse trabalho e em tantos outros momentos em grupo e, sobretudo, por ter me mostrado o que é ir além.

Ao Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcência e à Prof^a Dr^a Lúcia Scatena Villa, pelas preciosas contribuições feitas neste estudo e nas discussões em grupo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que me acolheu e tornou possível a concretização desse trabalho.

À todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela colaboração, dedicação e acolhimento.

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

Aos doentes de Tuberculose de São José do Rio Preto.

À querida Paty, pela maneira carinhosa e especial de acolher e de dedicar seu trabalho com todo o coração. Obrigada pela amizade e incentivo diários.

Ao Rafael, pelo companheirismo, carinho e amor dedicados a mim. Obrigada por incentivar minha luta, meu crescimento, meus sonhos e, sobretudo, por compreender que juntos somos mais fortes.

Aos meus queridos amigos e amigas do grupo Geo-IB, por terem me ensinado mais do que se pode encontrar nos livros. Obrigada pelo apoio, incentivo, palavras de carinho e por terem em mim acreditado: Aline Beraldo, Altair, Amelinha, Bia, Érika, Gabi, Karen, Laís, Maria Eugênia, Monalise, Paty, Reinaldo, Rúbia, Tiemi e Uthânia, e todos que estiveram, de alguma forma, ligados à mim. Vocês estarão eternamente em meu coração.

Muito obrigada

*Na vida,
não vale tanto
o que temos
nem tanto importa
o que somos.*

*Vale o que realizamos
com aquilo que possuímos
e, acima de tudo,
importa
o que fazemos de nós.*

FRANCISCO CÂNDIDO XAVIER

RESUMO

WYSOCKI, A.D. **Tuberculose: tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde em São José do Rio Preto – SP (2009)**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

As características biológicas e comportamentais relacionadas aos doentes de tuberculose (TB) são importantes aspectos a serem considerados quando se almeja a precocidade da detecção dos casos, uma vez que determinam a procura e utilização dos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivo descrever os aspectos relacionados aos doentes de TB que interferem no tempo de procura por um serviço de saúde após a percepção do início dos sintomas da doença na cidade de São José do Rio Preto – SP. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e exploratório, do tipo inquérito. Participaram do estudo 100 doentes de TB entrevistados por meio de um instrumento que contemplou questões sócio-demográficas, clínicas, econômicas e comportamentais dos doentes. A partir da questão relacionada ao tempo para proceder a procura por um serviço de saúde realizou-se o cálculo da mediana e, por meio do valor obtido, definiu-se o ponto de corte a partir do qual se considerou atraso na procura por atendimento. O tempo mediano decorrido entre a percepção do início dos sintomas da TB e a primeira procura por um serviço de saúde foi de 15 dias, sendo a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o principal serviço de saúde procurado. Houve predominância de doentes do sexo masculino. Encontrou-se atraso (>15 dias) entre homens e indivíduos com idade entre 50 a 59 anos que procuraram pelas UPA e entre mulheres e indivíduos cuja faixa etária estava entre 18 a 29 e maiores de 60 anos que optaram pelas Unidades de Atenção Básica (UAB). No que se refere ao estado civil, somente tiveram atraso doentes que se declararam divorciados/separados. Doentes sem escolaridade ou com EF incompleto, sem remuneração e que possuíam a forma pulmonar da TB atrasaram ao buscar UPA. Doentes com forma extrapulmonar da TB e em recidiva/retratamento atrasaram quando a busca por atendimento ocorreu nas UAB. Co-infectados foram mais rápidos ao buscar por atendimento nos serviços especializados. Demoraram para buscar pelo primeiro atendimento aqueles que relataram os sintomas ao início da doença como sendo de fracos a moderados. Houve atraso entre doentes que não fumavam e procuraram por UAB e UPA. Houve demora superior a 15 dias somente quando a procura por assistência entre os doentes consumidores de bebidas alcoólicas ocorreu nas UAB. Tiveram retardo doentes com conhecimento precário que procuraram as UAB e aqueles com conhecimento satisfatório que optaram pelas UPA. A maioria dos doentes deste estudo tinham o hábito de procurar pelos serviços mais próximos do domicílio antes do diagnóstico da TB e não atrasaram ao buscar por atendimento em UAB e serviços especializados. Levanta-se a necessidade de maior atenção por parte da equipe dos serviços de saúde quanto às características do perfil dos usuários que tiveram atraso na busca por atendimento. O reconhecimento dessas características e do padrão de utilização dos serviços de saúde é primordial para o planejamento em saúde e definição de estratégias que favoreçam a busca por atendimento entre os usuários em menor tempo, de modo a possibilitar o diagnóstico precoce da TB pelos serviços de saúde.

Palavras-chaves: Tuberculose, Diagnóstico tardio, Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

WYSOCKI, A.D. **Tuberculosis: time between onset of symptoms and search for health services in Sao Jose do Rio Preto - SP (2009)**. 2011. 103f. Dissertation (Masters) – School of Nursing at Ribeirao Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2011.

The biological and behavioral characteristics related to patients with tuberculosis (TB) are important aspects to be considered when the early detection of cases of the disease is aimed, since they seem to play an important role in demand and utilization of health services patterns. This study aimed to describe the aspects related to TB patients that affect time to search for a health facility after the perception of the onset of disease symptoms in Sao Jose do Rio Preto - SP. An epidemiological study, descriptive and exploratory type of investigation were conducted including 100 TB patients, who were interviewed by an instrument that included socio-demographic, clinical, economic and behavioral characteristics. From the issue related to time to search for a health service the median was calculated, and half the value obtained, we defined the cutoff point from which delay in seeking treatment was considered. The median time between the perception of TB symptoms' onset and the first demand for a health service was 15 days, being the Emergency Unit (EU) the main health service sought. There was a predominance of male patients. A delay was found (> 15 days) among men and those with age from 50 to 59 years who sought first a EU and among women and those with age between 18 to 29, as well as seniors over 60, who opted for searching first a Primary Care Unit (PHU). Regarding to marital status, in general, only patients who declared themselves as divorced/separated had shown delay. Patients without education or with incomplete level of formation, without remuneration and who presented the TB pulmonary form seek the EU with delay. Patients with extrapulmonary TB and relapse/retreatment delayed when searching for treatment occurred in the PHU. Co-infection patients seek faster care at specialized services. Those who reported the symptoms of the disease as being low to moderate showed longer time to search. Patients who didn't smoke and looked for PHU and EU also present delayed. Among patients who consumed alcohol, delay was greater than 15 days when demand for care occurred at UAB. Those who present poor knowledge and sought PHU and those with satisfactory knowledge that opted for the EU also showed longer delays. Most patients in this study were used to seek services closer to their homes before the diagnosis of TB and did not delay in seeking care at PHU and specialized services. Need for greater focus by the team of health services regarding the characteristics of the profile of users who have had to seek delays for care is raised. Recognition of patient's characteristics and health services' utilization patterns, in their different ways of organizing and delivering assistance is central to health planning and developing strategies to promote the search for treatment among users in less time, in order to enable early diagnosis of TB at health services.

Keywords: Tuberculosis, Delayed Diagnosis, Patient Acceptance of Health Care.

RESUMEN

WYSOCKI, A.D. **Tuberculosis: El tiempo entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de servicios de salud en Sao Jose do Rio Preto - SP (2009)**. 2011. 103f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2011.

Las características biológicas y de comportamiento asociados a pacientes con tuberculosis (TB) son aspectos importantes a considerar cuando se tiene como objetivo la detección precoz de casos de la enfermedad, ya que estos determinan la demanda y la utilización de los servicios de salud. Este estudio tuvo como objetivo describir los aspectos relacionados con los pacientes de tuberculosis que afectan la busca de un centro de salud después de la aparición de síntomas de TB en Sao Jose do Rio Preto - SP. Es un estudio epidemiológico, de tipo descriptivo y exploratorio que incluyó 100 pacientes, entrevistados por un instrumento que incluye características socio-demográficas, clínicas, económicas y de comportamiento. A partir del momento de la búsqueda de un servicio de salud se llevó a cabo el cálculo de la mediana, y por el medio valor, se definió el punto de corte para demora en la búsqueda de tratamiento. La mediana de tiempo entre la percepción de inicio de los síntomas de la tuberculosis y la primera solicitud de un servicio de salud fue de 15 días, siendo la Unidad de Emergencia (UE), el servicio de salud más buscado. Hubo un predominio de pacientes del sexo masculino. Hube retraso (> 15 días) entre los hombres y las personas de 50 a 59 años que buscaran la UE y entre las mujeres y aquellos cuya edad era entre 18 a 29 así como mayores de 60 años que optaron por la Atención Primaria (AP). Del estado civil, sólo los pacientes que declarado divorciados o separados tuvieron retraso. Los pacientes sin escolaridad o con ensino primário incompleto, sin sueldo y que tenían la forma pulmonar buscaron la EU con retraso. Los pacientes con tuberculosis extrapulmonar y en recaída o retratamiento retrasaron cuando la búsqueda de tratamiento fue en la AP. Pacientes de co-infección fueron más rápidos a buscar atención en los servicios especializados. Los que informaron los síntomas de la enfermedad como de bajo a moderado obtuvieron retraso. Entre los pacientes que no fumaban hubo retraso na búsqueda de la AP y la UE. Se retrasó más de 15 días La busqueda por AP los pacientes que consumían alcohol. Retrasaron los pacientes cuyo conocimiento de TB fue insuficiente em la AP, y los con conocimiento suficiente em la EU. La mayoría de los pacientes en este estudio tenían la costumbre de buscar los servicios más cerca de casa antes del diagnóstico, sin retraso en la búsqueda de atención em AP y servicios especializados. Hay necesidad de una mayor atención por parte del equipo de servicios de salud sobre las características de los usuarios que han tenido retraso para recibir atención. El reconocimiento de estas características y el patrón de utilización de los servicios de salud, en sus diferentes formas de organización y prestación de cuidados, es fundamental para la planificación de la salud y el desarrollo de estrategias para promover la búsqueda de tratamiento entre los usuarios en menos tiempo, permitiendo el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Palabras claves: Tuberculosis, Diagnóstico Tardío, Aceptación de la Atención de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	O Sistema de Serviços de Saúde.....	31
Figura 2 -	Impacto do problema TB.....	33
Figura 3 -	Mapa de São José do Rio Preto com a distribuição das Unidades de Saúde e área de abrangência.....	40
Figura 4 -	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da TB e a procura pelo primeiro atendimento em um serviço de saúde em São José do Rio Preto, 2009.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Tabela 2X2 para o cálculo do odds segundo o retardo para procurar o primeiro serviço de saúde e variáveis do perfil dos doentes.....	55
Tabela 2 -	Tempo decorrido entre a percepção do início dos sintomas da TB e a primeira procura pelo serviço de saúde segundo o perfil dos doentes e o serviço de saúde procurado, São José do Rio Preto, 2009.....	62
Tabela 3 -	Distribuição ODDS do atraso relacionado à procura pelo primeiro serviço de saúde segundo o perfil dos doentes de TB, São José do Rio Preto, 2009.....	69

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE 1 - Distribuição do tempo decorrido entre o início dos sintomas da TB e a procura pelo serviço de saúde em São José do Rio Preto, 2009.....	96
---	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I -	Questionário doentes - Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	98
ANEXO II -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
ANEXO III -	Comitê de Ética em Pesquisa	103

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica (AB)
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
aids	<i>Acquired immune deficiency syndrome</i>
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
DOTS	<i>Directly Observed Therapy, Short Course</i>
EF	Ensino Fundamental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEO TB	Grupo de Estudos Epidemiológicos Operacionais em Tuberculose
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LABTB	Sistema de informação laboratorial
MDR	Multidrogarresistência
MS	Ministério da Saúde
NGA-60	Núcleo de Gestão Ambulatorial
PA	Pronto Atendimento
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Serviços Especializados
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-WEB	Sistema Estadual de Informações de Notificação de Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
UAB	Unidades da Atenção Básica
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

VD

Visita Domiciliar

SUMÁRIO

Apresentação	21
1. Introdução	23
2. Quadro teórico	28
3. Objetivos.....	36
3.1. Objetivo Geral	37
3.2. Objetivos específicos.....	37
4. Materiais e métodos.....	38
4.1. Modelo de estudo	39
4.2. Local de estudo.....	39
4.2.1. Descrição do sistema de saúde de São José do Rio Preto – SP.....	39
4.2.2. Atenção à TB em São José do Rio Preto.....	41
4.2.3. Atendimento aos usuários nos diferentes tipos de serviços de saúde	42
4.3. População de estudo	48
4.4. Coleta de dados.....	49
4.4.1. Instrumento de coleta de dados	49
4.4.2. Variáveis utilizadas no estudo.....	50
4.4.3. Procedimentos para a coleta de dados.....	51
4.4.4. Aspectos facilitadores e dificultadores para a coleta de dados	53
4.5. Análise dos dados	53
4.6. Aspectos Éticos	55
5. Resultados.....	56
6. Discussão	71
7.Considerações Finais	82
Referências	85
Apêndice	95
Anexos.....	97

Apresentação

O presente estudo faz parte de uma série de pesquisas realizadas em diferentes regiões do Brasil a partir do projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, aprovado e financiado pelo MCT/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 034/2008 575386/2008-8, e desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Sob coordenação dos líderes Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto, este projeto multicêntrico conta com a participação de pesquisadores de entidades governamentais (coordenação estadual, municipal, gestores e profissionais dos serviços de saúde da rede básica), Instituições de Ensino Superior Estaduais e Federais, estudantes de doutorado, mestrado, graduação e Centros de Pesquisa e Agências de Cooperação Internacional, compondo o Grupo de Estudos Epidemiológico Operacionais em Tuberculose (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq desde 2002.

O GEOTB realiza estudos relacionados à avaliação de serviços de saúde que desenvolvem ações de controle e tratamento da tuberculose (TB), procurando contribuir com o Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de formular e subsidiar as políticas públicas que disponibilizam indicadores para o planejamento e execução das mesmas. Além disso, visa contribuir com gestores e profissionais de saúde, incorporando novos métodos de gerência, monitoramento e avaliação das atividades relacionadas ao controle da doença.

Ressalta-se que este estudo foi desenvolvido no município de São José do Rio Preto-SP, tendo a colaboração de todos os membros do GEOTB do município, visando possibilitar a identificação de aspectos que podem influenciar no tempo que o doente leva para acessar o primeiro serviço de saúde a partir da percepção dos sintomas da doença.

1. Introdução

A tuberculose (TB) é considerada um dos principais agravos à saúde da população mundial e, mesmo sendo uma doença cuja cura foi viabilizada há décadas, sua incidência no mundo em 2008 foi de 140 casos/100.000 habitantes. O Brasil, em 2009, teve uma incidência de 46 casos/100.000 habitantes, ocupando o 19º lugar no ranking dos 22 países de maior incidência da TB com baciloscopia positiva (WHO, 2010).

Decorridos mais de uma década da adoção da estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy, Short Course*) para o alcance das metas estabelecidas com relação à detecção de casos (70%) e ao sucesso do tratamento (85%) (VILLA et al, 2008), e mesmo após a recomendação de medidas adicionais nas estratégias de controle da doença por meio do plano *STOP-TB* (RAVIGLIONE, 2007), identifica-se que o problema está na implementação de medidas que favoreçam o acesso dos doentes de TB aos serviços de saúde (WHO, 1999).

No que se refere ao tratamento da TB, os indicadores epidemiológicos do Brasil tem mostrado um avanço cujo percentual de cura foi de 77% em 2008 (WHO, 2010). Entretanto ainda é preocupante a incipiência em que se tem ocorrido a detecção precoce de casos de TB, mesmo que existam esforços governamentais para melhorar os indicadores da doença e a disponibilidade de protocolos reconhecidamente eficazes sobre a busca, diagnóstico, tratamento e seguimento de indivíduos adoecidos pelo agravo. A problemática do atraso implica que, quanto maior o tempo decorrido até o diagnóstico da doença, maiores as possibilidades de transmissão e persistência da TB na sociedade (ASBROEK, 2008; MILLEN et al., 2008; WANG et al., 2007).

Interromper a cadeia de transmissão e diminuir a morbimortalidade da doença prevê a eliminação da fonte de infecção desta enfermidade na comunidade a partir não apenas das condições que conferem vulnerabilidade ao adoecimento, mas também dos múltiplos aspectos que levam à demora em realizar o diagnóstico da doença (MACIEL et al, 2010; TORRES et al, 2000). Nesse sentido, o diagnóstico precoce, embora essencial, se configura em crescente desafio.

Um dos aspectos a ser considerado quando se almeja a precocidade da detecção dos casos de TB é o intervalo de tempo entre o início dos sintomas da doença e a primeira visita ao serviço de saúde (definido pela literatura como o tempo de atraso ao diagnóstico relacionado ao doente) (BASNET et al., 2009; WANG et al., 2007), dado que o acesso, a procura por atendimento e a utilização dos serviços de saúde envolvem, além de questões

organizacionais desses serviços, uma gama multidimensional de aspectos socioculturais, econômicos e geográficos intrínsecos aos doentes de TB, bem como a satisfação que os mesmos têm em relação à oferta dos serviços pelas instituições, determinantes no comportamento do doente frente ao seu problema de saúde. (MENDOZA-SASSI, BÉRIA, 2001; BASNET et al, 2009; NORRIS et al, 2006). Assume-se, portanto, que a compreensão do processo diagnóstico inclui também a compreensão dos aspectos dos doentes envolvidos na busca por atendimento e os tipos de serviços acessados (NORRIS et al, 2006; BASNET et al, 2009).

Atualmente são escassas as informações acerca do intervalo de tempo esperado entre o início dos sintomas até a busca por atendimento e diagnóstico da TB. Considera-se, de maneira geral, que para um controle eficaz da TB o atraso relacionado ao doente não deve ser superior a 2 ou 3 semanas até que o mesmo procure um serviço de saúde a partir do início dos sintomas. Em uma revisão de literatura, Sreeramareddy e cols. (2009) levantaram que em países desenvolvidos e em desenvolvimento, os doentes de TB levaram de 4,9 a 162 dias, com média de 37,1 dias, para procurar por atendimento. Esse tempo decorrido entre a percepção dos sintomas da doença e a procura por um serviço de saúde foi excedido em cerca de 10 a 15 dias em todos os estudos que analisaram os aspectos determinantes na procura pelos serviços de saúde, corroborando com os resultados encontrados por Storla e cols. (2008), em estudo de revisão de literatura acerca do atraso do diagnóstico e dos fatores do acesso a ele relacionados.

A preocupação em conhecer as questões referentes ao atraso ao diagnóstico da TB motivou diversos estudos que trazem suas possíveis interpretações. Em geral, os atrasos no tempo decorrido até a busca por atendimento, diagnóstico e tratamento estavam relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo doente de TB, ao entendimento que os indivíduos tinham sobre a doença (sintomatologia, causa, disponibilidade de tratamento e cura), aos significados e a percepção sobre o adoecer, à gravidade dos sintomas, distância entre a moradia do doente e a unidade de saúde, aos custos envolvidos na busca por atendimento, bem como à percepção sobre a qualidade, nível de complexidade e facilidade em ter acesso ao atendimento (ASBROEK et al., 2008; MFINANGA et al., 2008; STORLA; YIMER; BJUNE, 2008; HANE et al., 2007; NEEDHAM et al., 2004; YIMER et al., 2005; CABRERA; MORISKY; CHIN; 2000; OGDEN et al., 2000).

No Brasil, pouco se sabe acerca dos aspectos comportamentais pertinentes à saúde e aos fatores que influenciam o doente de TB na busca por atendimento, bem como o tempo

despendido nesse processo. Tanto quanto é do nosso conhecimento, apenas 2 estudos nesta temática foram conduzidos no país (SANTOS et al, 2005; JOB et al, 1986), ambos objetivando angariar subsídios para aperfeiçoar a detecção de casos e início precoce do tratamento pelos serviços de saúde, porém, não evidenciando aspectos dos doentes relacionados à utilização dos serviços de saúde, bem como a influência dos aspectos organizacionais desses serviços na procura por atendimento.

A necessidade de se conhecer as características dos usuários e o padrão de utilização dos serviços de saúde, diferentes em suas formas de organizar e ofertar assistência, são primordiais para o planejamento em saúde.

No que se refere à oferta das ações de controle da TB, o Brasil, com intuito de melhorar o acesso ao diagnóstico da TB a partir da perspectiva de promoção e vigilância em saúde e da organização da demanda em função das necessidades da população (MASCARENHAS, 2003; OLIVEIRA; NATAL, 2007), estabeleceu a expansão das ações de controle da doença para todos os municípios brasileiros no âmbito da Atenção Básica (AB) (RODRIGUES et al, 2007) e, nesse contexto, a responsabilidade do controle da TB foi atribuída aos municípios, sendo as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) (VILLA et al, 2006) realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Nesses tipos de serviços de saúde, diferentemente dos demais, a busca por atendimento é desencadeada basicamente pelos indivíduos e, por ser permeada por aspectos socioculturais, geográficos e econômicos que modelam o pouco definido padrão de utilização dos serviços de de saúde, merece ser reconhecida.

Identificar as características dos doentes de TB segundo o padrão de utilização dos diversos tipos de serviços de saúde permite levantar subsídios para a reorganização da assistência prestada aos suspeitos de TB de acordo com suas necessidades, uma vez que, embora existam estudos que mostrem as USF e UBS como protetoras ao acesso dos usuários aos serviços de saúde (ELIAS et al., 2006), estudo recente realizado em um município do interior paulista demonstrou uma baixa resolutividade das UBS para o diagnóstico da TB (OLIVEIRA et al., 2009). Isso demonstra que, partindo da concepção de que o *processo de diagnóstico na AB difere daquele de outros níveis de atenção, sendo que as ameaças à efetividade e à eficiência encontram-se na maior probabilidade de não observar uma enfermidade quando ela está lá* (STARFIELD, 2002), o atraso do diagnóstico pode existir a partir das diferentes maneiras de organizar e ofertar a atenção, o que colabora ou não para que

o serviço de saúde seja procurado e utilizado pelos doentes em suas necessidades (RAJESWARI et al., 2002).

Diante da importância do diagnóstico precoce da TB e da necessidade de maior eficácia do acesso aos serviços de saúde como uma das condições para o controle da doença, concebeu-se este estudo, visando identificar as possíveis características relacionadas aos doentes que podem configurar o retardo no diagnóstico em um município prioritário para a TB no Brasil. Descrever sua magnitude permitirá repensar o modo de ofertar e atender as reais necessidades dos doentes de TB, servindo de subsídio para planejamento e intervenção da realidade estudada.

2. Quadro teórico

Desde a constituição de 1988, institui-se no Brasil o direito à saúde a todos os cidadãos, sendo dever do Estado garanti-la. Dentre os princípios que norteiam a provisão dos serviços de saúde pelo Estado, destacam-se a igualdade, ligada aos direitos de cidadania e dos usuários receberem tratamento igual independente da condição socioeconômica; e a equidade, que assume os padrões de desigualdade social existentes na sociedade como determinantes das condições de saúde de uma população, devendo, para tanto, existir uma abordagem diferenciada para os indivíduos com necessidades singulares para assim eliminar suas desigualdades (ALMEIDA et al, 2000; TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Muito embora a constituição brasileira tenha como proposta garantir saúde de maneira universal, porém diferenciada entre grupos sociais mais vulneráveis, o cenário nacional convive com acesso seletivo, excludente e focalizado nos serviços de saúde, demonstrando claramente os limites dos modelos de atenção e o descompasso existente entre a legislação e a realidade sanitária (LIMA et al., 2002).

No que se refere à garantia da saúde, torna-se explícito então, a necessidade da reorientação dos modelos e práticas de modo a organizar o sistema e os serviços de saúde privilegiando o acesso e a utilização dos mesmos, incorporando os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, reafirmando a saúde como um bem público (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO; 2003).

A compreensão da dinâmica operacional dos serviços de saúde, visando identificar os aspectos que obstaculizam e facilitam o acesso, pode ser realizada a partir da análise da porta de entrada ao sistema de saúde, componente organizacional da atenção primária que visa otimizar o uso dos recursos disponíveis, ordenar o fluxo das pessoas dentro do sistema e promover maior resolutividade aos problemas apresentados, prevendo, para isso, a acessibilidade e utilização do serviço a cada nova necessidade de saúde do usuário (STARFIELD, 2002).

A acessibilidade é muitas vezes utilizada como sinônimo de acesso. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade, enquanto outros preferem usar acesso. Starfield (2002) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, que, para oferecerem assistência e serem utilizados, devem estar acessíveis e disponíveis, caso contrário a atenção será adiada talvez a ponto de afetar

adversamente o diagnóstico e manejo do problema. Já o acesso é um conceito complexo, que varia entre os autores e que pode mudar ao longo do tempo e contexto sócio-político-econômico vigente. Em termos gerais, acesso define o ato de ingressar, entrada em um sistema indicando o grau de facilidade com que os indivíduos obtêm os cuidados de saúde. Seria, portanto, elemento de suma importância na utilização dos serviços de saúde.

Para Donabedian (1973), a acessibilidade está relacionada às características dos serviços e recursos de saúde capazes de produzir intervenções e responder às necessidades de saúde de uma determinada população, possuindo papel importante nas variações do uso das diversas instituições de saúde e, representando assim, extrema relevância nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde.

Baseada nessa caracterização de Donabedian, Fekete (1997) relaciona a acessibilidade ao grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e o perfil populacional no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, considerando-a elemento “estrutural” para a obtenção da atenção ao primeiro contato e resultado de uma combinação de fatores de distintas dimensões, classificadas como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Unglert (1990) caracteriza a acessibilidade como pré-requisito fundamental para a garantia do acesso da população à saúde. Andersen (1995) prioriza o termo acesso, apresentando-o como um dos aspectos da organização dos serviços que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento.

Entre as definições de acesso e acessibilidade anteriormente descritas, evidencia-se um ponto em comum: ambas se referem à facilidade ou dificuldade dos usuários na obtenção da primeira atenção e dos cuidados sanitários. Ressalta-se, nesse ponto, que os aspectos determinantes do uso dos serviços de saúde (ou seja, a acessibilidade) variam em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital) e da proposta assistencial ofertada (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Nessa lógica, concebe-se que a obtenção do primeiro contato está diretamente relacionada aos componentes dos sistemas de serviços de saúde, que possuem uma ESTRUTURA (ou capacidade), composta pelos recursos que permitem a oferta de serviços; PROCESSO (ou desempenho), que envolvem as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços; e RESULTADO, relativo aos estados de saúde obtidos a partir da assistência prestada (STARFIELD, 2002) (FIGURA 1).

Nos componentes que fazem parte do “processo” de um sistema de serviços de saúde, estão: *aqueles que representam atividades por parte de quem oferece a atenção* (Atenção proporcionada) e *aqueles que representam atividades da população* (Atenção recebida).

Os provedores devem primeiro reconhecer as necessidades existentes tanto na comunidade como nos pacientes individuais (reconhecimento de um problema/necessidade), subentendendo assim, a existência de situações que exigem atenção no contexto de saúde. Após o reconhecimento do problema, geralmente o profissional de saúde 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. Subseqüentemente, deve ser feito um arranjo para reavaliação do problema e determinar se seu reconhecimento original, seu diagnóstico e seu tratamento foram adequados. Assim, o processo de atenção inicia um novo ciclo de monitoramento e acompanhamento a partir da vigilância dos problemas existentes.

FONTE: Starfield, 2002

Figura 1. O Sistema de Serviços de Saúde

Os processos de atenção que refletem como as pessoas interagem com o sistema de atenção são muito importantes nesse contexto. A obtenção do primeiro contato e o recebimento da atenção, dentro desse processo, extrapola os aspectos envolvidos na assistência à saúde, sendo permeada pela *interface pessoas/profissional* e por uma combinação de aspectos sócio culturais, econômicos e comportamentais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à estrutura política, econômica e física vigente em determinado momento, interferindo no acesso, utilização, aceitação e satisfação com os serviços de saúde disponibilizados.

Ainda na interface usuário/profissional, caracterizada pelo processo de oferta e recebimento de atenção, ressalta-se que compete ao cidadão a decisão de usar ou não o sistema de atenção à saúde e qual o momento mais apropriado para fazê-lo. Se realmente utilizarem-no, chegam a uma compreensão sobre o que este serviço lhes oferece e, então, decidem quão satisfeitos estão com seu atendimento e se aceitarão as recomendações ou orientações dos profissionais de saúde. Em seguida, decidem sobre o quanto querem participar do referido processo (STARFIELD, 2002).

A respeito da interação do usuário com o sistema de atenção, estabelecida na procura por atendimento e utilização dos serviços de saúde, Barata (2008), assim como Starfield (2002), trazem elementos que permitem dividir em determinantes da oferta e da demanda. A oferta se refere inicialmente à existência dos serviços, a partir da qual se modula aspectos relativos à acessibilidade geográfica, cultural, econômica e organizacional. No que tange à demanda, explicada por aspectos geográficos, políticos, econômicos, antropológicos (religiosos, culturais) e conhecimentos populares (RUFFINO-NETTO, 2000), um dos principais determinantes do uso dos serviços é o estado ou a necessidade de saúde. A necessidade percebida, ou seja, a identificação de um problema pelo usuário, é um dos aspectos mais importantes da demanda e se sobrepõe, normalmente, a outras considerações de ordem demográfica e social.

Para problematizar a situação de busca e utilização dos serviços de saúde entre os doentes de TB é imprescindível destacar um estudo de Ruffino-Netto (2000) acerca das dificuldades de implementação de programas para o controle do agravo no Brasil, a partir do acesso dos doentes de TB aos serviços de saúde.

De acordo com o estudo supramencionado, numa primeira aproximação, imagina-se uma população P (Figura 2), em que existem X_1 casos de TB espalhados pela comunidade e, destes, apenas X_2 demandam assistência médica num serviço de saúde. Dentre os pacientes

que procuram por assistência (X_2), apenas X_3 serão atendidos pelo sistema. Dependendo da capacidade técnica dos serviços, seja em equipamentos e/ou recursos humanos, X_4 casos serão diagnosticados como portadores de TB. Somente X_5 iniciarão efetivamente o tratamento do agravo, a depender da agilização dos serviços e da burocracia interna dos mesmos, sendo que, dos pacientes que iniciam o tratamento (X_5) apenas X_6 chegam ao final do mesmo.

FONTE: Ruffino-Netto, 2000

Figura 2. Impacto do problema TB

Nesse raciocínio, vale chamar a atenção para a íntima interface existente entre os aspectos relacionados aos serviços de saúde (organizacionais e relacionados à política de saúde vigente no momento) e aos intrínsecos aos usuários e doentes de TB (antropológicos e comportamentais) no processo de oferta e recebimento da atenção (ou seja, no acesso ao serviço de saúde para o diagnóstico da TB), onde a relação entre o perceber-se doente, a satisfação e o acesso aos serviços de saúde pode acarretar numa busca tardia por atendimento e em falhas na detecção precoce e no tratamento oportuno da doença.

O “perceber-se doente” ou a necessidade percebida em saúde, segundo Travassos & Castro (2008), é um conceito que está intimamente relacionado à auto-avaliação do estado de saúde de indivíduos e grupos populacionais, variando de acordo com a cultura e ao longo do tempo. Assim, o acesso e utilização dos serviços de saúde intermedeiam a relação entre a procura e a entrada no serviço, referindo-se à capacidade de ofertar serviços de saúde que respondam às necessidades de saúde da população.

Várias são as razões que levam as pessoas a procurarem por atendimento, dentre elas, a prevenção, doenças agudas, crônicas e crônicas agudizadas. (COSTA; FACCHINI, 1997; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

Um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde atualmente consiste em enfrentar as condições crônicas, como a TB, que necessita de uma atenção sistemática e planejada, na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio do atendimento à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento (MENDES, 2002). Isso vem demonstrando que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” do sistema de saúde, em detrimento de uma atenção fragmentada, porém resolutiva aos olhos dos usuários (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

No que se refere à TB, condição crônica infecciosa, insidiosa e com momentos de agudização do quadro, intrinsecamente ligada à cenários onde prevalecem a desigualdade social, ainda são encontradas barreiras no acesso ao diagnóstico, que tem se concebido tardiamente em diversas regiões do mundo (STORLA; YIMER; BJUNE, 2008; SREERAMAREDDY, 2009).

Visando a redução das barreiras de acessibilidade, desde 1999 o Ministério da Saúde (MS) vem intensificando orientações para descentralização das ações de diagnóstico, controle e tratamento para as UBS e USF, prevendo uma maior aproximação dos usuários suspeitos de TB à esses serviços (BRASIL, 2006).

Entretanto, o atual contexto de descentralização das ações de controle da TB sem o adequado planejamento vem resultando na dificuldade de incorporação das responsabilidades transferidas aos pontos periféricos do sistema de saúde. A dificuldade de integração das ações prioritárias para o controle da doença somada à utilização de práticas fragmentadas em doenças crônicas limitam o acesso dos doentes às ações e serviços de TB (MONROE et al, 2008).

Estudos tem demonstrado a grande influência que exercem os universos social e cultural que podem determinar o grau de adoção de comportamentos de prevenção ou de risco sobre a utilização dos serviços de saúde, mesmo quando esses estão disponíveis. Tais comportamentos de utilização podem ser vistos como obstáculos à efetividade dos programas e serviços de saúde, uma vez que a mudança em saúde ocorre a partir do momento em que os serviços estão acessíveis e os usuários aceitam, utilizam e dão continuidade à sua assistência (UCHÔA; VIDAL, 1994; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

Questões referentes à acessibilidade dos serviços de saúde expressam os limites dos serviços de saúde, dada sua intrínseca relação com a procura e utilização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Levando em consideração os seguintes aspectos: várias as maneiras de organizar e ofertar a assistência nos diversos níveis de atenção; diversos pontos de atenção à saúde como porta de entrada do suspeito de TB para o sistema; e aptidão dos serviços de saúde em diagnosticar os problemas demandados; bem como diferentes perfis sócio-demográficos e clínicos dos usuários; e existência de diferentes padrões de utilização dos serviços de saúde, torna-se imprescindível conhecer os aspectos relacionados aos doentes de TB que contribuem para uma utilização oportuna ou não dos serviços de saúde, de modo a conferir equidade e direcionalidade às intervenções necessárias quanto à organização da assistência e à procura/utilização dos serviços.

Neste estudo, os substantivos acesso e acessibilidade serão utilizados como sinônimos, dada as definições apresentadas, e todas as variáveis estarão relacionadas aos aspectos relacionados aos doentes de TB no que se refere à utilização dos serviços de saúde.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Descrever os aspectos comportamentais e biológicos relacionados aos doentes de TB que interferem no tempo de procura por um serviço de saúde após a percepção do início dos sintomas da doença no município de São José do Rio Preto – SP.

3.2. Objetivos específicos

- ☞ Identificar o tempo decorrido entre a percepção do início dos sintomas da TB e a primeira procura pelo serviço de saúde, segundo o perfil dos doentes e o tipo de serviço de saúde procurado;
- ☞ Identificar o atraso relacionado à procura pelo primeiro serviço de saúde, segundo o perfil dos doentes.

4. Materiais e métodos

4.1. Modelo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e exploratório, do tipo inquérito de natureza quantitativa.

4.2. Local de estudo

O presente estudo foi realizado em São José do Rio Preto, um município de porte médio situado ao norte do estado de São Paulo que conta com uma população estimada de 419.632 habitantes, ocupando uma área total de 434,10 km² (sendo 96,8 Km² de área urbana) e possuindo uma densidade demográfica de 880 hab/m².

Dista a 451 km de São Paulo e a 710 km de Brasília, estando classificada no Grupo 1 do Estado de São Paulo (grupo de elite), com bons níveis de riqueza, longevidade e escolaridade, constituindo-se hoje em pólo de produção e consumo de bens e serviços de natureza econômica, social e cultural. Sua influência econômica gerou um crescimento substancial nas áreas de comércio e serviços especializados de alta tecnologia, medicina avançada e educação, o que tem contribuído para a melhoria dos seus níveis de competitividade e a ampliação dos seus mercados (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009).

4.2.1. Descrição do sistema de saúde de São José do Rio Preto – SP

São José do Rio Preto é classificado como prioritário no Estado de São Paulo para o controle da TB. Desde 2001, o sistema municipal de saúde está dividido em cinco distritos de saúde, localizados nas zonas norte, sul, leste e oeste, sendo composto por: 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), em fase de transição para a Estratégia de Saúde da Família, e 11 Unidades de Saúde da Família (USF), que realizam atendimento em horário comercial (com

4.2.2. Atenção à TB em São José do Rio Preto

No ano de 2009, o município apresentou 104 casos de TB por todas as formas, resultando numa incidência anual de 43/100.000 habitantes. No mesmo período, obteve-se 37,5% de cura (porém 41,35 ainda estavam sem encerramento); 3,85% de abandono e 3,85% de óbitos por TB.

Realizaram-se em 2009, 3072 amostras de baciloscopias para diagnóstico pela atenção básica, atingindo 73,2% do preconizado pelo Ministério da Saúde, que deveria ser realizado em até 1% da população (4196 amostras deveriam ser coletadas) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009).

Em São José do Rio Preto, a implantação do DOTS, que possui como um dos seus pilares o Tratamento Supervisionado (TS), ocorreu em 1998. Inicialmente o TS era oferecido somente aos doentes co-infectados e a supervisão da ingestão medicamentosa era realizada no domicílio por um funcionário contratado pelo Programa da aids. Em 2003, a Secretaria Municipal ampliou o TS para todos os doentes de TB, que passaram a ser tratados no Ambulatório de Referência do município, de acordo com a frequência de supervisão preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), a saber: três vezes por semana nos dois primeiros meses de tratamento e duas vezes por semana nos últimos quatro meses (VENDRAMINI et al, 2005).

No ano de 2004, o PNCT, visando o controle da doença, delineou como meta a ampliação do TS para 100% das unidades de saúde nos municípios prioritários, tendo como eixo a descentralização das ações técnicas para os serviços de AB (BRASIL, 2002). A partir dessa recomendação, o município de estudo iniciou o processo de descentralização do TS para as unidades da AB e, em 2007, após assinar o Pacto pela Saúde, as demais ações de controle da doença, como realização dos exames de apoio diagnóstico, consultas médicas e de enfermagem de controle, fornecimento de medicações e controle de comunicantes, também passaram a ser descentralizadas para as unidades de AB. No final de 2008, 100% das Unidades de saúde já realizavam essas ações de atenção à TB, a quais permanecem assim até hoje.

Ressalta-se que no município de estudo a porta de entrada dos doentes de TB para o diagnóstico da doença pode ocorrer em qualquer ponto da atenção à saúde, inclusive nos serviços privados.

Desde julho de 2007, o sistema municipal de saúde não realiza atendimento aos doentes das penitenciárias (apenas faz notificações e atualiza o Sistema Estadual de Informações de Notificação de Tuberculose – TB-WEB). Em acordo com Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, o Sistema Penitenciário recebe incentivos financeiros para o atendimento dos detentos.

4.2.3. Atendimento aos usuários nos diferentes tipos de serviços de saúde

- **Unidades de Atenção Básica (UAB)**

As Unidades de Atenção Básica (UAB) são compreendidas pelas UBS e USF, que atendem, das 7 às 17 horas (20 unidades) ou das 7 às 22 horas (4 unidades), a uma demanda espontânea e programada da população adscrita, a partir da qual fazem o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Tais serviços oferecem agendamento diário pessoalmente ou por telefone e executam, principalmente, atividades ligadas à saúde da mulher e gestante, da criança e outros “programas especiais” como o de diabetes e hipertensão, funcionando com equipe generalista. Embora as ações desenvolvidas nas UAB para o atendimento dos usuários ocorram por meio da utilização de recursos de baixa densidade tecnológica, as situações cotidianas envolvem uma grande complexidade assistencial, requerendo para isso a integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER ET AL,1999).

Nesses serviços, em casos de indisponibilidade de vagas para atendimento médico a usuários não agendados que procuram a unidade, é realizado o acolhimento e a avaliação de risco pelo profissional enfermeiro e, quando caracterizada prioridade, o usuário é encaminhado para atendimento médico em vagas já destinadas a este fim.

No que se refere à atenção à TB, tanto a UBS como a USF realizam ações de busca ativa de casos de TB, principalmente durante as Visitas Domiciliares (VD), diagnóstico, consulta médica e acompanhamento de TS. A equipe segue as recomendações do manual do Ministério da Saúde, sendo o protocolo de enfermagem para atendimento à suspeitos e doentes de TB, desenvolvido pelo município, introduzido no segundo semestre de 2009.

Todos os exames diagnósticos da TB podem ser requisitados nessas unidades e salienta-se que a solicitação de baciloscopia de escarro pode ser realizada por todos os profissionais da unidade. As mesmas, quando solicitadas, são registradas no livro dos suspeitos dos sintomáticos respiratórios, sendo entregues 2 potes para a coleta de escarro ao suspeito, seguidas da orientação quanto ao procedimento correto de coleta. A primeira amostra é coletada ainda na unidade de saúde.

Após a referida coleta os potes são entregues no setor de coleta de material biológico da unidade solicitante e encaminhados ao laboratório de referência contratado pela Secretaria Municipal de Saúde (UNILAB), que passa diariamente, até às 12:00h, recolhendo todas as baciloskopias (diagnóstico e controle) coletadas na rede pública. Os resultados analisados pelo laboratório são encaminhados diretamente às unidades solicitantes de 7 a 10 dias após a coleta. Em casos de resultados positivos, o doente é convocado pelo ACS ou Auxiliar de enfermagem para comparecimento no dia seguinte para efetivação da consulta médica na unidade. Toda a equipe se responsabiliza pelo doente de TB. Quando este opta por não realizar o acompanhamento da doença nas unidades de saúde, os mesmos são encaminhados para outras UAB ou ao PCT, localizado no Núcleo de Gestão Assistencial – NGA-60.

Quanto à solicitação de outros exames (raios-x e Teste Tuberculínico), o suspeito de TB é encaminhado para serviços de referência (hospitais conveniados aos SUS para a realização do RX e PCT para a realização do Teste Tuberculínico), sendo necessário agendamento prévio.

- **Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

As UPA's são estruturas cujo aparato tecnológico duro é intermediário entre as UBS e as portas hospitalares de urgência. Caracterizam-se pela lógica de atendimento baseada na queixa-conduta, funcionamento 24 horas por dia e atendimento realizado a casos que procuram espontaneamente a unidade de saúde em situações agudas ou crônico-agudizadas em caráter de urgência ou emergência. O atendimento é proporcionado por equipes de especialistas em urgência e emergência, sendo que em cada turno atuam: três clínicos e um pediatra; uma enfermeira no Pronto Atendimento (PA) e duas enfermeiras no acolhimento (classificação de risco); e cinco auxiliares/técnicos de enfermagem. Entretanto, nem todos os atendimentos realizados nessas unidades se configuram como urgência e emergência, sendo

que a maioria ocorre aos usuários que não conseguiram agendar consulta ambulatorial. A entrada do usuário neste tipo de serviço de saúde também pode ocorrer via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No tocante à atenção à TB, nessas estruturas não há nenhum funcionário que assuma a responsabilidade em gerenciar as ações de diagnóstico da TB. Todos os funcionários do PA podem solicitar o exame de baciloscopia de escarro. Quando solicitada, primeiramente é realizado o registro do suspeito no livro dos sintomáticos respiratórios, seguida da entrega de 2 potes para a coleta de escarro e orientação quanto ao procedimento de coleta das amostras, ambas coletadas na residência do usuário, sendo que o mesmo é orientado a solicitar autorização do pedido de exame no setor de regulação, que funciona das 7:00 às 16:30 na UBS ou USF de sua área de abrangência. A entrega dos potes contendo a amostra de escarro deve ocorrer no dia seguinte à coleta do escarro no setor de coleta de material biológico da UBS ou USF de sua área de abrangência, cujo funcionamento ocorre de segunda à sexta-feira das 7:00 às 10:00.

Os potes contendo as amostras de escarro são encaminhados ao laboratório de referência contratado pela Secretaria Municipal de Saúde (UNILAB), que passa diariamente, até às 12:00h, recolhendo todas as baciloscopias (diagnóstico e controle) coletadas na rede pública. Os resultados analisados são encaminhados diretamente à UBS ou USF na qual o suspeito de TB entregou as amostras de escarro, num prazo de 7 a 10 dias após a coleta.

Em casos de resultados positivos, o doente é convocado pelo ACS ou Auxiliar de enfermagem para comparecimento no dia seguinte à consulta médica na unidade, e o procedimento realizado posteriormente é o mesmo que ocorre nas UAB, conforme já descrito anteriormente.

Quanto à solicitação de outros exames (raios-x e Teste Tuberculínico), o suspeito de TB é encaminhado para serviços de referência (hospitais conveniados aos SUS para a realização do RX e PCT para a realização do Teste Tuberculínico), sendo necessário o agendamento prévio.

- **Serviços Especializados (SE)**

Os Serviços Especializados (SE) são compreendidos pelos hospitais, consultórios particulares, Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e PCT.

Hospitais

Nos hospitais os atendimentos ocorrem 24 horas por dia, de maneira programada, ou seja, é necessário que os usuários sejam encaminhados por meio de uma guia de referência a partir de alguma UAB ou UPA. Esse serviço dispõe de uma alta densidade tecnológica (serviço de RX e apoio laboratorial próprio, garantindo agilidade na realização e resultados dos exames) e equipes especializadas para o atendimento ao usuário.

Após a entrada de um suspeito de TB nesse serviço, os casos diagnosticados são notificados e iniciam o tratamento ainda durante a internação, sendo que na alta hospitalar são encaminhados para acompanhamento no SAE (em caso de co-infecção) ou NGA-60 (que aloca o PCT do município), aonde terão a opção de dar continuidade ao tratamento no próprio PCT ou na unidade da AB que faz parte da área de abrangência do seu domicílio.

Consultórios Particulares/Conveniados

Nesses serviços, os atendimentos ocorrem por demanda espontânea mediante agendamento prévio, geralmente em horário comercial. Por se tratar de um atendimento particular, as consultas geralmente são conduzidas por médicos das mais variadas Especialidades, sem que seja necessário, previamente à essa consulta, uma “triagem” pelo Clínico Geral.

À suspeita de TB, os casos suspeitos realizam os exames de baciloscopia e Rx, quando solicitados, no laboratório do município de sua preferência. Os resultados ficam prontos num prazo de 7 a 10 dias e frente a um caso positivo de TB, os mesmos são encaminhados para o PCT do município, que notifica o caso e oferece ao doente de TB a opção em realizar o tratamento da doença tanto nas UAB da área de abrangência de seu domicílio quanto no próprio PCT.

Serviço de Assistência Especializado – SAE

Atende aos doentes de aids e os co-infectados TB/HIV (Human Immunodeficiency Virus), realizando diagnóstico, consulta médica e TS, de segunda à sexta-feira das 07:00h às 17:00h. Conta com uma equipe especializada composta por: 07 médicos (03 infectologistas,

02 clínicos, 01 ginecologista e 01 pediatra), 03 enfermeiras (01 gerente), 01 técnico e 02 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de laboratório, 01 farmacêutica, 01 auxiliar de farmácia, 01 educadora de saúde, 01 psicóloga, 01 assistente social, 02 recepcionistas, 02 motoristas (ambulância e viatura) e 02 agentes de saúde.

O doente de TB geralmente chega ao serviço encaminhado por outro ponto de atenção (Hospital, consultório particular, Unidade de Saúde e/ou PCT) já diagnosticado com a doença e, neste momento, é agendada consulta médica. Num primeiro instante, o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social ou educador em saúde realiza o acolhimento e a abertura do prontuário do doente (mediante documento e exame anti-HIV) de forma a fazer uma primeira avaliação. Em seguida, este é encaminhado para verificação de sinais vitais e peso. O serviço conta com protocolos para atendimento aos doentes e todos os profissionais fazem uso dos mesmos.

Por se tratar de um atendimento exclusivo aos doentes de aids, uma outra maneira do suspeito de TB entrar nesses serviços é por demanda espontânea antes mesmo que o diagnóstico da doença seja realizado. Os usuários podem procurar espontaneamente por atendimento nesses serviços quando em alguma necessidade de saúde, sem que seja necessário o encaminhamento de alguma UAB, e, à suspeita de TB, todos os exames diagnósticos pertinentes a esse usuário são solicitados.

Quando ocorre a solicitação de baciloscopia, é realizado o registro no livro dos suspeitos dos sintomáticos respiratórios, sendo entregues 2 potes para a coleta de escarro ao suspeito, seguidas da orientação quanto ao procedimento correto de coleta. A primeira amostra é coletada ainda na unidade de saúde. Os resultados dos exames realizados são entregues aos doentes no retorno agendado. Em caso de resultado positivo o doente de TB é convocado a comparecer no serviço, sendo realizada a notificação e dado início as ações de acompanhamento e tratamento da doença.

Programa de Controle da Tuberculose (PCT)

O PCT do município possui suas dependências físicas no Núcleo de Gestão Assistencial – NGA-60 (Ambulatório de Especialidades) e funciona diariamente das 7:00 às 12:00 h. Conta com equipe fixa e especializada composta por 01 médico Pneumologista, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 assistente social e 01 digitador, além do interlocutor/coordenador para o programa que faz a gestão do programa no local.

De modo geral, os doentes de TB chegam ao PCT já com o diagnóstico da doença, encaminhados pelos hospitais (principalmente), consultórios particulares e UAB (nos casos mais complexos ou que o doente não aceita fazer tratamento na unidade de saúde da sua respectiva área de abrangência). Uma outra maneira do doente de TB entrar no PCT é usá-lo como a primeira porta de entrada ao sistema de saúde, o que geralmente ocorre entre usuários em recidiva dos sintomas ou entre doentes que já foram acompanhados anteriormente por esse serviço (no caso dos comunicantes e casos novos que realizaram tratamento há mais de 5 anos). No que se refere ao acompanhamento e tratamento dos doentes de TB, todos os casos diagnosticados ou não no PCT do município podem ser encaminhados para acompanhamento nas unidades de saúde da AB, para o SAE (em caso de coinfeção TB/HIV) ou continuam no próprio programa.

Após a entrada do usuário no PCT, primeiramente é realizada a pré-consulta para posterior encaminhamento para consulta com o médico pneumologista. Neste serviço existe protocolos para o atendimento do médico (do Ministério da Saúde), de enfermagem e do serviço social (Secretaria Municipal de Saúde).

Todos os integrantes da equipe do PCT têm autonomia para solicitar baciloscopias. Duas amostras são coletadas em ambiente ao ar livre na área externa do prédio (não há local específico para essa coleta) que, imediatamente são entregues aos profissionais do serviço para que sejam encaminhadas ao laboratório de referência, que as recolhe diariamente até às 12:00 h. Caso o doente não consiga colher a amostra de escarro no próprio local, procede-se a orientação de coletá-las no domicílio (uma no mesmo dia e outra na manhã seguinte) e entregá-las de segunda à sexta-feira, até às 10:00 h. Exames de RX solicitados no PCT são realizados no próprio local e o teste Tuberculínico, independente da unidade solicitante (seja UBS, USF ou SAE) é realizado na sala de vacina do NGA- 60.

O PCT possui como atribuição realizar as seguintes ações para o controle da TB:

a) *Gerenciamento geral do PCT* (Alimentação do Sistema de Informação do doente, inicialmente denominado EPITB, até 2007, posteriormente TBWEB; e alimentação do Sistema de informação laboratorial - LABTB), gera informações para as Unidades, para Boletim Epidemiológico Anual e Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH) semestral desde 2008.

b) *Assistência aos doentes* de nível de referência para a micro região e município, pacientes co-infectados, extra pulmonares complicados, intoxicações medicamentosas decorrentes do tratamento, micobactérias atípicas, pacientes multi drogas resistentes (MDR),

além de pacientes nas seguintes situações: diagnóstico de comunicante cujo doente estava em tratamento no local; diagnóstico, consulta médica e TS de doentes mais complexos; tratamento de doentes que recusam acompanhamento na Unidade da área de abrangência do seu domicílio; e leitura de teste tuberculínico. Conta com viatura pela manhã três vezes por semana regularmente, para efetuar atividades múltiplas e TS.

c) *Capacitação das Equipes da rede básica* por meio de: discussão de casos locais com médicos e enfermeiros.

d) *Supervisão nas Unidades* por meio de: análise dos prontuários dos doentes, produção da Unidade (número de baciloscopias realizadas, TS e ações desenvolvidas na comunidade) e supervisão no domicílio de alguns doentes que são acompanhados pelas UBS/UBSF.

4.3. População de estudo

A população de estudo foi constituída por todos os doentes de TB que realizavam tratamento no período de novembro de 2008 a novembro de 2009 e atendiam aos seguintes critérios:

Inclusão:

Doentes com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em São José do Rio Preto, não pertencentes ao sistema prisional e que não apresentavam limites de cognição.

Exclusão:

Casos que haviam terminado o tratamento há mais de um mês da data da coleta de dados e que tiveram como desfechos: mudança de diagnóstico, óbito e transferência para outro município.

Para a obtenção do número total de doentes de TB que estavam em tratamento no período de novembro de 2008 à novembro de 2009, contactou-se a coordenadora local do PCT que disponibilizou a banco de dados do TB-WEB para a coleta. No período referido,

havia 224 doentes em tratamento, entretanto, destes, apenas 110 doentes atendiam aos critérios de inclusão e de exclusão do estudo, sendo excluídos: 12 doentes menores de 18 anos, três detentos, dois doentes psiquiátricos, oito mudanças de diagnóstico, um transferência, 19 óbitos (por TB e outras causas), um pertencente a outro município e 68 que já haviam terminado o tratamento há mais de um mês no período da coleta de dados. Uma vez que nove doentes se recusaram a participar da pesquisa e um não tinha condições de responder por estar internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 100 doentes foram entrevistados no estudo.

Dos 100 doentes entrevistados, dois não souberam responder quantos dias demoraram para procurar por um serviço de saúde a partir do momento que perceberam os sintomas da TB e um não sabia identificar qual o primeiro serviço de saúde procurado, sendo assim, optou-se pela exclusão dos mesmos, uma vez que para atingir os objetivos propostos no presente estudo tais informações eram imprescindíveis.

4.4. Coleta de dados

4.4.1. Instrumento de coleta de dados

Para a obtenção dos dados, foi elaborado um instrumento de coleta (ANEXO I) que contempla questões referentes às características sócio-demográficas dos doentes e questões que procuram recuperar o trajeto do mesmo desde o momento em que percebeu os sintomas da TB e desejou obter cuidado até a procura pelos serviços de saúde, o diagnóstico e início do tratamento, buscando identificar aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico por parte do doente e do serviço de saúde.

Uma vez que neste estudo deu-se enfoque para os aspectos relacionados aos doentes que podem levar ao retardo ao diagnóstico, para atingir os objetivos apresentados foram utilizadas variáveis de 2 partes do questionário: a primeira, que continha questões que sobre o perfil dos doentes de TB que podem interferir no tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura por atendimento no município de estudo; e a segunda, composta por informações gerais sobre a atenção à TB. Esse questionário foi submetido à um pré-teste, realizado por

meio de entrevistas aos doentes de TB que estavam em tratamento no município de estudo no período, subsidiando a revisão e adequação do referido instrumento.

4.4.2. Variáveis utilizadas no estudo

Para cumprir os objetivos deste estudo foram selecionadas as seguintes variáveis:

œ Para identificar o tempo decorrido entre o início dos sintomas da TB e a primeira procura pelo serviço de saúde, utilizou-se:

Variável relacionada ao tempo para proceder a procura por um serviço de saúde:

- Tempo (dias) decorrido entre o início dos sinais e sintomas da TB e primeira procura por um serviço de saúde;

œ Para caracterizar o perfil dos doentes de TB:

Variáveis sócio-demográficas e clínicas dos doentes de TB:

- Sexo;
- Idade;
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Forma clínica da doença;
- Tipo de caso;
- Co-infecção pelo HIV;
- Sintomas da doença;

Variáveis econômicas:

- Situação empregatícia;
- Rendimento familiar;

Variáveis comportamentais:

- Realização de controle preventivo de saúde antes da TB;
- Uso de bebidas alcoólicas;

- Uso do cigarro;
- Conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico;
- Procura do SS mais próximo do domicílio antes da TB;

Para classificar o primeiro tipo de serviço de saúde procurado, utilizou-se:

Variável relacionada ao tipo de serviço de saúde procurado:

- Primeiro tipo de serviço de saúde procurado a partir da percepção dos sintomas da TB;

4.4.3. Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente, foram realizados contatos prévios com as autoridades municipais, sendo que, para informá-los sobre a intenção da pesquisa e solicitar apoio para a execução da mesma, encaminhou-se ao secretário de saúde do município uma carta anexada ao projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”.

Após a autorização formal ter sido outorgada, o projeto foi enviado pela coordenadora local do GEOTB ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP e, após sua aprovação, os integrantes do GEOTB de São José do Rio Preto participaram de uma reunião mensal dos gerentes das UAB, SAE e PCT na Secretaria Municipal de Saúde apresentando-lhes o trabalho do GEOTB em parceria com o município e a proposta do projeto de pesquisa.

Concomitantemente, os elementos necessários para viabilizar o andamento no projeto no município começaram a ser providenciados.

Anteriormente ao início das entrevistas com os doentes de TB, foram enviados à Diretoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde ofícios a todos os gerentes das UAB, SAE e PCT, comunicando-os sobre a realização da pesquisa no município, informando-os sobre o início da coleta de dados e solicitando cooperação dos mesmos para contato com os doentes pelos entrevistadores.

Para proceder a coleta de dados foram selecionadas 5 enfermeiras que faziam parte do GEOTB local e que participaram, por meio de vídeo conferência, do treinamento às

entrevistadoras realizado pelo GEOTB de Ribeirão Preto e oferecido à todos os municípios participantes do projeto nacional.

O período da coleta de dados se estendeu de julho a dezembro de 2009 e ocorreu em duas fases:

- **Primeira fase:** entrevista com os doentes de TB e preenchimento da primeira parte do instrumento de coleta. As entrevistas foram realizadas por meio de agendamento, via telefone ou por meio da colaboração dos próprios profissionais do serviço no qual o doente estava em acompanhamento. O local e o horário da aplicação do questionário foram escolhidos pelo próprio doente. Quando realizada na própria unidade de saúde, a entrevista ocorreu em local que proporcionasse privacidade ao entrevistado.

Primeiramente os doentes eram esclarecidos quanto à pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO II), e solicitada colaboração. Cada entrevistado somente participou da pesquisa mediante a aceitação e assinatura do TCLE, sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

Os entrevistados responderam as perguntas do questionário segundo escalas variadas de respostas (nominal, ordinal, contínua, discreta, etc) e escala do tipo *Likert* variando de 1 a 5, onde os valores registraram o grau de preferência/concordância das afirmações: o número 1 representa melhor situação e o 5 pior. Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro explicativo sobre a escala de respostas do questionário.

- **Segunda fase:** realizada após a coleta dos dados primários, consistiu no levantamento de dados secundários nos prontuários e sistemas de informação (Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e TB-WEB) para o preenchimento da segunda parte do instrumento de coleta de dados.

4.4.4. Aspectos facilitadores e dificultadores para a coleta de dados

Facilidades encontradas na coleta de dados:

- ☞ Parceria com os serviços de saúde e apoio das equipes de saúde locais na localização e agendamento dos doentes;
- ☞ Bom entrosamento do grupo de pesquisadores;
- ☞ Reuniões periódicas para discussões operacionais da coleta;
- ☞ Fornecimento de vale transporte aos doentes para comparecer aos serviços de saúde para a entrevista.

Dificuldades encontradas na coleta de dados:

- ☞ População de estudo restrita (reduzido número de doentes de TB);
- ☞ Reduzido tempo de coleta de dados;
- ☞ Doentes não compareciam à unidade para entrevista pré-agendada;
- ☞ Doentes não residiam mais no endereço cadastrado;
- ☞ Algumas entrevistas realizadas em domicílio de difícil acesso devido à distância (periferia urbana, favelas) e violência (narcotráfico, assalto);
- ☞ Recusa em participar da pesquisa devido ao estigma;
- ☞ Possíveis vieses de memória por parte dos doentes ao informarem o tempo de diagnóstico e o primeiro serviço de saúde procurado;

4.5. Análise dos dados

As variáveis selecionadas neste estudo foram analisadas segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente ao início dos sintomas da TB. Para tal, os serviços de saúde existentes em São José do Rio Preto procurados pelos doentes de TB foram agrupados nas categorias “Unidades de Atenção Básica (UAB = UBS e USF)”, “Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)” e “Serviços Especializados (Hospital, PCT, SAE e consultórios

particulares)” por considerar diferenciada as formas de organização do processo de trabalho no que se refere à missão do serviço, às relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) e os tipos de tecnologias presentes em cada serviço que compõe as categorias acima citadas.

Em um primeiro momento, a fim de explorar os resultados preliminares, utilizou-se métodos de estatística descritiva, construindo-se tabelas contendo o cruzamento do perfil dos doentes de TB de acordo com o primeiro tipo de serviço de saúde procurado.

Com a finalidade de identificar o tempo decorrido entre a percepção do início dos sintomas da TB e a primeira procura pelo serviço de saúde, foram utilizadas medidas de tendência central (média, mediana e moda). Por meio deste cálculo encontrou-se que a mediana do tempo para o referido questionamento entre todos os doentes foi de 15 dias e, através desse tempo, definiu-se nesse estudo que teriam atraso no diagnóstico aqueles doentes de TB cuja mediana do intervalo de tempo entre a percepção do início dos sintomas da TB até a busca pelo primeiro atendimento fosse superior a 15 dias. Optou-se pela utilização da mediana uma vez que a distribuição dos valores referentes às respostas dos doentes para a variável “tempo” é assimétrica (APÊNDICE 1), sendo assim adequado o uso dessa medida. Verifica-se que estudos internacionais acerca do tempo também têm optado pela utilização dessa medida de posição (VAN DER WERF, 2006; PEHME et al, 2007) por possibilitar a amenização da interferência de valores aberrantes.

Após a definição do intervalo de tempo entre a percepção do início dos sintomas da TB até a busca por atendimento, a partir do qual seria considerado atraso relacionado ao doente neste estudo, foram calculadas as medianas e intervalos interquartis da variável tempo, acima supracitada, para todas as variáveis do perfil dos doentes de TB de acordo com o primeiro serviço de saúde procurado.

Além disso, com o intuito de alcançar o segundo objetivo específico, de identificar o atraso relacionado à procura pelo primeiro atendimento segundo o perfil dos doentes de TB, foram definidos dois grupos de doentes, com retardo e sem retardo, a partir dos quais foi possível calcular a medida de odds (acréscimo) e encontrar quantas vezes maior (ou menor) era o retardo entre as categorias de respostas de cada variável utilizada para caracterizar o perfil dos doentes.

Para a realização do cálculo do odds, os dados de cada variável utilizada neste estudo foram alocados em tabelas 2X2 criando-se, assim, quatro grupos (Tabela 1). Após a alocação dos dados de cada variável nas tabelas 2X2, encontra-se o odds por meio do cálculo da

relação entre a proporção de doentes que atrasaram para procurar o primeiro serviço de saúde na categoria 1 ($a/a+b$) e a proporção dos doentes que retardaram para buscar pelo primeiro atendimento na categoria 2 ($c/c+d$).

Tabela 1. Tabela 2X2 para o cálculo do odds segundo o retardo para procurar o primeiro serviço de saúde e variáveis do perfil dos doentes.

		Retardo para procurar o primeiro serviço de saúde		
		SIM (>15 dias)	NÃO (≤ 15 dias)	TOTAL
Variável do perfil dos doentes	Categoria 1	<i>a</i> Retardo entre categoria 1	<i>b</i> Não-retardo entre categoria 1	a+b
	Categoria 2	<i>c</i> Retardo entre categoria 2	<i>d</i> Não-retardo entre categoria 2	c+d

4.6. Aspectos Éticos

Reitera-se que este estudo representa um dos subprojetos que integram o Projeto de âmbito nacional intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, o qual foi aprovado pelo Comitê Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, conforme protocolo nº 7081/2008 (ANEXO III).

5. Resultados

De acordo com o cálculo da mediana do tempo decorrido entre o início dos sintomas de TB percebidos pelos doentes até a procura pelo primeiro atendimento, por meio do qual foi possível definir o ponto de corte para a definição de atraso neste estudo, verificou-se que 75% demoraram até 45 dias para buscar pelo serviço de saúde (Figura 4). Observa-se que em alguns casos os doentes excederam 90 dias para procurar o primeiro serviço de saúde, havendo um doente que relatou demora de 1 ano para buscar por atendimento.

Figura 4. Tempo decorrido entre o início dos sintomas da TB e a procura pelo primeiro atendimento nos serviços de saúde em São José do Rio Preto, 2009.

Tempo decorrido entre a percepção do início dos sintomas da TB e a primeira procura pelo serviço de saúde segundo o perfil dos doentes e o serviço de saúde procurado

A tabela 2 apresenta o perfil sócio-demográfico, clínico, econômico e comportamental dos doentes de TB e o tempo decorrido entre o início dos sintomas percebidos pelos doentes e a primeira procura por um serviço de saúde, segundo o tipo de serviço de saúde procurado.

Vale ressaltar que o principal serviço de saúde procurado após a percepção do início dos sintomas da TB foram as UPA (n=48), seguidos pelas UAB (n=29) e serviços especializados (n=20). É importante destacar que o presente estudo se refere à busca por atendimento pelo doente e, o fato do mesmo ter procedido à primeira procura por atendimento, não necessariamente significa suspeição e garantia de diagnóstico por parte dos serviços de saúde.

Houve predominância do sexo masculino na amostra total. Não houve diferenças na mediana total do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura por um serviço de saúde entre homens e mulheres. Foi encontrado atraso (>15 dias) na procura do primeiro atendimento entre mulheres que optaram pelas UAB (25 dias) e entre homens que procuraram pelas UPA (20 dias).

A Faixa etária que obteve a maior mediana de tempo para proceder a busca por atendimento após a percepção dos sintomas da TB foi dos 50 aos 59 anos (21 dias), seguida pelos doentes com 18 a 29 anos (20 dias). Setenta e cinco por cento dos doentes com idade superior a 60 anos demoraram até 60 dias para procurar pelo primeiro serviço de saúde.

Ao discriminar o tipo de serviço procurado para obtenção do primeiro atendimento, encontrou-se retardo entre doentes cuja faixa etária estava entre 18 a 29 anos (30 dias) e maiores de 60 (40 dias) que buscaram pelas UAB e entre aqueles de 50 a 59 anos que procuraram pelas UPA (30 dias) e por serviços especializados (106,5 dias).

No que se refere ao estado civil, predominou-se na amostra total do estudo doentes que relataram estar casados ou viverem em união estável, os quais não demoraram mais de quinze dias para buscar por atendimento ao início dos sintomas, independente do tipo de serviço de saúde procurado. De modo geral, somente retardaram na procura por atendimento doentes que se declararam divorciados/separados (22,5 dias). Houve atraso entre solteiros e viúvos que buscaram assistência nas UAB (20 dias), entre solteiros (20 dias) e

divorciados/separados (30 dias) que procuraram as UPA e entre os divorciados/separados que procuraram por atendimento nos serviços especializados (33,5 dias).

Em relação à escolaridade, não houve atraso observado por meio da mediana geral do tempo. Entretanto, 75% dos doentes sem escolaridade ou com Ensino Fundamental (EF) incompleto demoraram até 45 dias para procurar pelo primeiro serviço de saúde. Apenas atrasaram na busca por assistência doentes sem escolaridade ou com EF incompleto que procuraram atendimento nas UPA (21 dias) e aqueles com EF completo ou mais que o buscaram nas UAB (25 dias).

Não houve diferença na mediana total do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura por um serviço de saúde entre doentes cuja situação empregatícia gerava ou não alguma renda monetária. Houve atraso entre doentes com algum tipo de remuneração que buscaram por atendimento em UAB (20 dias) e entre os sem remuneração que procuraram pelas UPA (30 dias).

Doentes que possuíam uma renda familiar de 2 a 5 Salários Mínimos (SM) levaram, de modo geral, 20 dias para procurar por atendimento, sendo que, quando o primeiro tipo de serviço de saúde procurado foi da AB ou UPA, esses doentes levaram 20 e 21 dias, respectivamente; e ao buscarem pelos serviços especializados, demoraram 33,5 dias.

A maioria dos doentes do estudo possuía a forma pulmonar da TB, sendo que, desses, os que buscaram atendimento em UPA demoraram um tempo mediano de 20,5 dias para procederem tal procura. Dentre aqueles que possuíam a forma extrapulmonar da doença, a maioria procurou pelas UPA ao início dos sintomas (6 dias), sendo que, quando optaram por procurar por UAB, o tempo mediano foi de 25 dias.

Quanto ao tipo de caso, prevaleceram casos novos que, em sua maioria, buscaram assistência em UPA (15 dias). A minoria dos doentes do estudo estavam em recidiva ou em retratamento da TB e levaram, de maneira geral, 20 dias para buscarem pelo primeiro atendimento. Também houve retardo quando esses doentes optaram por procurar inicialmente pelas UAB (82,5 dias) e UPA (25 dias).

Não houve diferença entre co-infectados e não co-infectados para a mediana do tempo de procura do primeiro serviço de saúde (15 dias), embora 75% dos não co-infectados tenham demoraram até 45 dias para realizar essa procura. Co-infectados foram mais rápidos ao buscarem por atendimento nos serviços especializados (7 dias), atrasando ao buscar pelas UAB (20 dias). Não co-infectados levaram 20 dias para buscar assistência em UPA.

No que se refere à gravidade dos sintomas da TB percebidos pelos doentes ao início da doença, de maneira geral, houve atraso entre os doentes que os relataram como sendo de fracos a moderados (17,5 dias) e, dentre esses doentes, ao discriminar o tipo de serviço de saúde procurado, encontrou-se atraso os que buscaram pelas UAB (40 dias) e UPA (45 dias). A maioria dos entrevistados relataram esses sintomas como sendo fortes, porém, não atrasando para buscar por atendimento.

Não atrasaram na busca por cuidado doentes que previamente à TB realizavam algum tipo de controle preventivo de saúde. Dentre os que não realizavam controle preventivo, de maneira geral, levaram 17,5 dias para a busca por assistência, sendo que aqueles que procuraram UAB demoraram 37,5 dias e, a UPA, 20 dias.

A maioria dos doentes referiu consumo de bebidas alcoólicas sendo que, entre os que faziam uso ou não, não houve atraso geral para a busca do primeiro atendimento. Somente houve demora superior à 15 dias quando a procura por assistência entre os doentes que consumiam bebidas alcoólicas ocorreu nas UAB (17,5 dias). Independente do tipo de serviço de saúde procurado, doentes que não consumiam bebidas alcoólicas não tiveram retardo na procura por atendimento.

Doentes que habitualmente usavam tabaco demoraram 2,5 dias a menos para buscar atendimento em relação àqueles que não referiram o uso (15 dias). Ressalta-se que houve atraso apenas entre os doentes que não fumavam e procuraram por UAB (25 dias) e UPA (18 dias).

No que se refere ao conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico, de modo geral, não houve atraso entre doentes que o possuíam de forma precária. Entretanto, ao discriminar esse tempo pelo tipo de serviço de saúde procurado ao início dos sintomas, tiveram atraso na busca os doentes com conhecimento precário que procuraram as UAB (17,5 dias) e aqueles com conhecimento satisfatório que optaram pelas UPA (30 dias).

De maneira geral, doentes que possuíam ou não o hábito de procurar pelos serviços mais próximos do domicílio antes do diagnóstico da TB não tiveram atraso na busca por assistência.

A maioria dos doentes deste estudo tinham o hábito de procurar pelos serviços mais próximos do domicílio antes do diagnóstico da TB e não atrasaram ao buscar por atendimento em UAB e serviços especializados, porém, aqueles que optaram pelas UPA levaram 25,5 dias para procurar por assistência.

Dentre aqueles que não utilizavam os serviços de saúde mais próximos do domicílio para atendimento de suas necessidades, a maioria optou por procurar as UPA e não houve demora para proceder tal busca (6 dias). Entretanto, quando a procura por assistência ocorreu nas UAB, houve demora maior de 15 dias até a decisão de busca por esses doentes.

Tabela 2. Tempo decorrido entre a percepção do início dos sintomas da TB e a primeira procura pelo serviço de saúde segundo o perfil dos doentes e o serviço de saúde procurado, São José do Rio Preto, 2009.

Variáveis sócio-demográficas, econômicas, clínicas e sócio culturais dos doentes de TB		Primeiro tipo de serviço de saúde procurado											
		UAB (n=29)			UPA (n=48)			SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (n=20)			TOTAL		
		n	Mediana	Quartis	n	Mediana	Quartis	n	Mediana	Quartis	n	Mediana	Quartis
Sexo	Feminino	12 (41,4%)	25	[7; 75]	15 (31,2%)	15	[7; 30]	9 (45%)	7	[5; 9]	36 (37,1%)	15	[7; 30]
	Masculino	17 (58,6%)	15	[5; 45]	33 (68,8%)	20	[5; 45]	11 (55%)	7	[3; 60]	61 (62,9%)	15	[4; 45]
Faixa Etária	18 a 29 anos	7 (24,2%)	30	[10; 45]	9 (18,7%)	15	[7; 30]	1 (5%)	7	[7; 7]	17 (17,5%)	20	[7; 30]
	30 a 39 anos	9 (31%)	7	[7; 60]	9 (18,7%)	15	[7; 30]	7 (35%)	7	[2; 45]	25 (25,8%)	7	[4; 45]
	40 a 49 anos	3 (10,3%)	7	[5; 15]	16 (33,4%)	14,5	[6; 45]	6 (30%)	6	[4; 60]	25 (25,8%)	7	[5; 45]
	50 a 59 anos	4 (13,8%)	12,5	[7,5; 22,5]	9 (18,7%)	30	[20; 40]	2 (10%)	106,5	[3; 210]	15 (15,5%)	21	[7; 40]
	Acima de 60 anos	6 (20,7%)	40	[3; 120]	5 (10,5%)	3	[2; 40]	4 (20%)	7	[5; 33,5]	15 (15,5%)	7	[3; 60]
Estado Civil	Solteiros	12 (41,4%)	20	[7; 37,5]	19 (39,6%)	20	[7; 60]	5 (25%)	4	[3; 7]	36 (37,1%)	15	[7; 45]
	Casados/união estável	11 (38%)	15	[3; 60]	21 (43,8%)	15	[4; 30]	10 (50%)	6	[3; 60]	42 (43,3%)	15	[3; 40]
	Divorciados/separados	3 (10,3%)	15	[7; 90]	5 (10,3%)	30	[7; 45]	2 (10%)	33,5	[7; 60]	10 (10,3%)	22,5	[7; 45]
	Viúvos	3 (10,3%)	20	[5; 120]	3 (6,3%)	7	[2; 40]	3 (15%)	7	[7; 9]	9 (9,3%)	7	[7; 20]
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	19 (65,5%)	15	[5; 60]	35 (72,9%)	21	[7; 45]	15 (75%)	7	[4; 60]	69 (71,1%)	15	[5; 45]
	EF completo ou mais	10 (34,5%)	25	[7; 30]	13 (27,1%)	14	[1; 20]	5 (25%)	7	[3; 7]	28 (28,9%)	10,5	[3; 30]
Situação empregaticia	Com remuneração	21 (72,4%)	20	[7; 60]	29 (60,4%)	7	[2; 30]	17 (85%)	7	[4; 60]	67 (69,1%)	15	[3; 45]
	Sem remuneração	8 (27,6%)	7	[6; 20]	19 (39,6%)	30	[14; 60]	3 (15%)	4	[2; 7]	30 (10,9%)	15	[7; 40]
Renda familiar	Sem rendimento	1 (3,5%)	10	[10; 10]	4 (8,3%)	15	[14,5; 22,5]	-	-	-	5 (5,2%)	15	[14; 15]
	Até 2 SM	11 (37,9%)	10	[3; 120]	27 (56,3%)	11	[2; 45]	11 (55%)	7	[4; 9]	49 (50,5%)	7	[4;40]
	De 2 a 5 SM	14 (48,3%)	20	[5; 30]	15 (31,2%)	21	[7; 60]	6 (30%)	33,5	[5; 60]	35 (36,1%)	20	[7; 60]
	Maior 5 SM	3 (10,3%)	60	[15; 60]	2 (4,2%)	11	[7; 15]	3 (15%)	3	[3; 60]	8 (8,2%)	15	[5; 60]
Forma clínica da doença	Pulmonar	25 (86,2%)	15	[7; 60]	38 (79,2%)	20,5	[7; 45]	13 (65%)	7	[4; 45]	76 (78,4%)	15	[7; 45]
	Extrapulmonar	4 (13,8%)	25	[11,5; 37,5]	8 (16,6%)	6	[2,5; 52,5]	6 (30%)	7	[4; 60]	18 (18,6%)	7	[3; 45]
	Pulmonar + extrapulmonar	-	-	-	2 (4,2%)	12,5	[4; 21]	1 (5%)	3	[3; 3]	3 (3,1%)	4	[3; 21]
Tipo de caso	Casos novos	27 (93,1%)	15	[5; 45]	44 (91,7%)	15	[6; 45]	19 (95%)	7	[3; 60]	90 (92,8%)	14,5	[5; 45]
	Recidiva/retratamento	2 (6,9%)	82,5	[15; 150]	4 (8,3%)	25	[10,5; 35]	1 (5%)	7	[7; 7]	7 (7,2%)	20	[5; 45]
Co-infecção TB/HIV	Sim	2 (6,9%)	20	[20; 20]	7 (14,6%)	15	[1; 21]	8 (40%)	7	[3,5; 34,5]	17 (17,5%)	15	[4; 20]
	Não	27 (93,1%)	15	[5; 60]	41 (85,4%)	20	[7; 45]	12 (60%)	7	[3,5; 52,5]	80 (82,5%)	15	[5; 45]
Sintomas da doença	Forte	21 (72,4%)	10	[7; 30]	38 (79,2%)	15	[5; 30]	12 (60%)	7	[3; 60]	71 (73,2%)	15	[5; 30]
	Fraco a moderado	8 (27,6%)	40	[10; 135]	10 (20,8%)	45	[7; 120]	8 (40%)	7	[4,5; 8]	26 (26,8%)	17,5	[5; 120]
Realização de controle preventivo de saúde antes da TB	Sim	25 (86,3%)	15	[5; 30]	29 (60,4%)	15	[7; 40]	17 (85%)	7	[4; 60]	71 (73,2%)	14	[5; 45]
	Não	4 (13,7%)	37,5	[11; 90]	19 (39,6%)	20	[5; 45]	3 (15%)	7	[2; 45]	26 (26,8%)	17,5	[5; 45]
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	20 (69%)	17,5	[7; 52,5]	41 (85,4%)	15	[5; 45]	10 (50%)	7	[3; 45]	71 (73,2%)	15	[5; 45]
	Não	9 (31%)	10	[3; 30]	7 (14,6%)	15	[7; 30]	10 (50%)	7	[4; 60]	26 (26,8%)	8	[4; 30]
Consumo de tabaco	Sim	17 (58,6%)	10	[7; 45]	34 (70,8%)	15	[7; 40]	8 (40%)	7	[5,5; 26]	59 (60,8%)	15	[7; 45]
	Não	12 (41,4%)	25	[5; 45]	14 (29,2%)	18	[4; 45]	12 (60%)	6	[3; 60]	38 (39,2%)	17,5	[3; 60]
Conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico	Precário	18 (62%)	17,5	[7; 60]	37 (77,1%)	15	[5; 40]	12 (60%)	7	[3; 52,5]	67 (69,1%)	15	[4; 45]
	Satisfatório	11 (38%)	10	[5; 30]	11 (22,9%)	30	[7; 60]	8 (40%)	7	[4,5; 33,5]	30 (30,9%)	12	[7; 30]
Procura do SS mais próximo do domicílio antes da TB	Sim	26 (89,7%)	15	[5; 30]	34 (70,8%)	25,5	[7; 45]	15 (75%)	7	[4; 45]	75 (77,3%)	15	[7; 45]
	Não	3 (10,3%)	60	[7; 180]	14 (29,2%)	6	[1; 21]	5 (25%)	7	[3; 60]	22 (22,7%)	7	[3; 40]

Legenda: UAB – corresponde às UBS/PACS/PSF- Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde com Programa de Agentes Comunitários e Unidades Básicas de Saúde com Programa de Saúde da Família.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento. Outros – hospitais, consultórios particulares, ambulatório de atendimento especializado, programa de controle da tuberculose.

Distribuição ODDS do atraso relacionado à procura pelo primeiro serviço de saúde segundo o perfil dos doentes de TB.

A tabela 3 apresenta a distribuição do ODDS relativo ao atraso na procura pelo primeiro serviço de saúde segundo o perfil do doente de TB.

Ressalta-se que a tabela 3 permite explorar as informações relacionadas aos grupos/principais características dos doentes que apresentaram demora (> 15 dias) na procura pelo primeiro serviço de saúde após a percepção dos sintomas da TB, além de possibilitar a classificação de grupos com mais ou menos atraso.

Os resultados mostraram que, de maneira geral, os homens demoraram 10% mais para buscar pelo primeiro atendimento em relação às mulheres. Homens que procuraram por UAB ao início dos sintomas demoraram 30% menos tempo tal busca, sendo que, quando esses doentes procuraram UPA e serviços especializados a demora foi 27% e 64% maior, respectivamente, em relação ao tempo gasto pelas mulheres que procuraram pelos mesmos serviços.

No que se refere à idade, doentes com faixa etária entre 30 a 49 e acima de 60 anos demoraram, de modo geral, menos tempo para buscar por atendimento em relação aos doentes cuja idade estava entre 18 a 29 anos, independentemente do tipo de serviço de saúde procurado. Em relação àqueles com idade entre 18 a 29 anos, doentes cuja idade estava entre 50 a 59 anos demoraram 13% mais tempo para irem em busca de assistência, também atrasando quando essa busca ocorreu em UPA (75% mais tempo) e sendo mais rápidos na procura por atendimento em UAB (demora 65% menor).

Solteiros e divorciados demoraram 10% e 16% mais tempo, respectivamente, para buscarem pelo primeiro atendimento em relação ao tempo dos casados. Entretanto, destaca-se que houve maior agilidade na busca por atendimento entre os doentes que se declararam solteiros e procuraram pelos serviços especializados (demorando 50% menos tempo), divorciados/separados que buscaram pelas UAB (demorando 27% menos tempo) e viúvos procuraram as UPA (23% menos tempo) em relação tempo que os doentes casados levaram para buscar pelas mesmas unidades.

Houve predominância de doentes sem escolaridade ou com EF incompleto, que levaram um tempo 18% maior para proceder a busca por atendimento. Ao discriminar o tipo de serviço de saúde procurado ao início dos sintomas, doentes com baixa escolaridade foram

mais rápidos para buscar por atendimento nas UAB (levaram 30% menos tempo) e atrasaram mais para procurar as UPA (74% mais tempo) e serviços especializados (65% mais tempo) em relação ao tempo gasto pelos doentes com escolaridade igual ou superior ao EF completo que procuraram esses mesmos tipos de serviços.

No que se refere à situação empregatícia, doentes que não possuíam nenhum tipo de remuneração demoraram 5% menos em relação àqueles que a possuíam com algum tipo de vínculo empregatício. Ao avaliar o tempo que os doentes sem nenhum tipo de remuneração levaram para procurar pelas UAB, verificou-se um atraso 57% menor em relação aos que possuíam alguma forma de modalidade de vínculo. Já quando o primeiro atendimento ocorreu nas UPA, doentes sem rendimento apresentaram atraso 41% maior em relação àqueles que possuíam remuneração. De maneira geral, quando a família do doente de TB não possuía nenhum rendimento o atraso na busca por atendimento foi 47% menor e entre aqueles cuja renda era de 2 a 5 SM a demora foi 50% maior. Ao especificar o tipo de serviço de saúde procurado para o primeiro atendimento, doentes cuja renda familiar era de até 2 SM levaram 45% menos tempo para buscar por assistência tanto nas UAB como nos serviços especializados.

Doentes que possuíam a forma extrapulmonar, ao procurarem por serviços de AB, tiveram um atraso na busca por atendimento 70% maior em relação àqueles cuja forma clínica era pulmonar. Quando tais doentes procuraram por UPA, o atraso foi 53% menor.

Os casos novos de TB foram mais rápidos para procurar atendimento em relação àqueles que estavam em recidiva/retratamento da doença e, ao buscarem assistência nas UPA, levaram 40% menos tempo.

Doentes não co-infectados pelo HIV, de modo geral, demoraram 31% mais tempo para procurarem pelo primeiro atendimento. Ao especificar o tipo de serviço de saúde procurado encontrou-se que tais doentes demoravam mais tempo para buscar as UPA (demora 76% maior) e serviços especializados (demora 33% maior), e menos tempo quando a busca ocorria em UAB (56% menor), em relação aos co-infectados.

Quando os doentes de TB perceberam a intensidade dos sintomas como fracos à moderados, a demora para procurar pelo primeiro serviço foi 19% maior em relação àqueles com sintomas fortes. Esses doentes tiveram um maior atraso na busca por atendimento quando os serviços de saúde procurados foram da AB (43% mais tempo) ou UPA (66% mais tempo), sendo 70% mais rápidos ao procurarem pelos serviços especializados em relação àqueles com sintomas fortes.

Quando questionados sobre a realização de controle preventivo de saúde previamente ao diagnóstico da TB, aqueles que não apresentavam tal comportamento demoraram 19% mais para buscar pelo primeiro atendimento em relação àqueles que não realizavam tais controles. Ao discriminar o tipo de serviço de saúde procurado ao início dos sintomas, doentes que não realizavam controle preventivo de saúde demoraram: 4% mais tempo para buscar atendimento nas UAB, 15% mais tempo para procurar as UPA e 14% mais tempo para a busca nos serviços especializados em relação àqueles que procuraram esses mesmos serviços e que realizavam prevenção de doenças antes do diagnóstico da TB.

Aunto ao hábito de consumir bebidas alcoólicas, de maneira geral, aqueles que faziam uso demoraram 21% mais tempo para procurar pelo primeiro serviço e, ao buscarem pelas UAB e UPA, demoraram 14% mais tempo em relação àqueles que não consumiam bebidas alcoólicas.

No que tange ao consumo de tabaco, o tempo entre os usuários foi 18% menor em relação aos não usuários. Independentemente do tipo de serviço procurado os doentes que relataram fumar sempre estiveram adiantados na busca por atendimento em relação aos não fumantes.

Em relação ao conhecimento prévio dos sinais e sintomas da TB antes do diagnóstico do agravo, de modo geral, aqueles que o possuíam de forma precária/incipiente demoraram 9% menos tempo para buscar atendimento em relação àqueles que referiram conhecimento satisfatório. No entanto, ao observar o tipo de serviço procurado, encontrou-se que os doentes com conhecimento precário demoraram 11% e 32% mais para procurarem as UAB e serviços especializados como primeiro ponto de atenção à saúde, respectivamente, em relação àqueles com conhecimento satisfatório.

No que se refere à procura pelo serviço de saúde mais próximo do domicílio antes do diagnóstico da TB, doentes que não possuíam tal hábito não atrasaram para buscar pelo primeiro atendimento. Entretanto, ao discriminar pelo tipo de serviço de saúde procurado, somente foram mais rápidos aqueles que optaram primeiramente pelas UPA (demorando 48% menos tempo) sendo que, ao buscarem por assistência nas UAB e serviços especializados o tempo foi 45% e 48% maior, respectivamente, em relação aos doentes que possuíam o hábito de utilizar o serviço de saúde mais próximo do domicílio antes da TB.

Adicionalmente, convém ressaltar que a tabela 3 permitiu a verificação de atrasos não evidenciados pela identificação da mediana do tempo decorrido entre o início dos sintomas da

TB e a primeira procura por atendimento, mostrados na tabela 2. Nesse sentido, destaca-se que esses dois tipos de análise, mediana e odds, constituem-se em maneiras diferentes de se verificar o atraso no tempo para a primeira busca por atendimento e que podem ser usadas de forma “complementar” uma da outra.

No que diz respeito a essa constatação, segundo resultados da tabela 2, não foram encontrados atrasos entre os doentes que consumiam bebidas alcoólicas que buscaram assistência em UPA. Entretanto, por meio da medida do odds (tabela 3), encontrou-se um retardo na busca por UPA entre aqueles que possuíam hábito de consumir bebidas alcoólicas em relação àqueles que não consumiam”

No que se refere aos doentes de TB que procuraram pelos serviços especializados ao início dos sintomas da doença, constatou-se, por meio da identificação da mediana do tempo (tabela 2), que poucos doentes atrasaram para buscar assistência em tais serviços. No entanto, em relação à procura pelos serviços especializados após a percepção do início dos sintomas da TB, a distribuição odds revelou:

- doentes do sexo masculino demoraram 64% mais tempo em relação às mulheres;
- divorciados/separados demoraram 25% mais tempo em relação aos casados;
- doentes sem escolaridade ou EF incompleto demoraram 65% mais tempo em relação àqueles com EF completo ou mais;
- doentes com renda familiar de 2 a 5 SM levaram 51% mais tempo do que entre os doentes com mais de 5 SM;
- demora 10% maior entre doentes que possuíam a forma extrapulmonar da TB em relação ao tempo demorado pelos doentes cuja forma clínica era pulmonar;
- Não co-infectados demoraram 33% mais tempo para procurar por assistência em relação aos co-infectados;
- doentes que não realizavam controle preventivo de saúde antes do diagnóstico da TB levaram 14% mais tempo que dentre aqueles que realizavam;
- demora entre aqueles com conhecimento precário sobre a TB antes do diagnóstico da doença 32% maior em relação aos com conhecimento satisfatório; e,
- doentes que não tinham o hábito de procurar pelos serviços de saúde mais próximos do domicílio antes do diagnóstico da TB demoraram 33% mais tempo para decidirem

procurar pelo atendimento dos serviços especializados em relação àqueles que tinham esse hábito.

Tabela 3. Distribuição ODDS do atraso relacionado à procura pelo primeiro serviço de saúde segundo o perfil dos doentes de TB, São José do Rio Preto, 2009.

Variáveis sócio-demográficas, econômicas, clínicas e sócio culturais dos doentes de TB		Primeiro Serviço de Saúde procurado												TOTAL			
		UAB (n=29)				UPA (n=48)				SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (n=20)							
		N	n	%	ODDS	N	n	%	ODDS	N	n	%	ODDS	N	n	%	ODDS
Sexo	Feminino	12	7	58,3	1	15	6	40	1	9	2	22,2	1	36	15	41,7	1
	Masculino	17	7	41,2	0,70	33	17	51,5	1,27	11	4	36,4	1,64	61	28	45,9	1,1
Faixa Etária	18 a 29 anos	7	5	71,4	1	9	4	44,4	1	1	0	0	1	17	9	52,9	1
	30 a 39 anos	9	4	44,4	0,63	9	3	33,3	0,75	7	2	28,6	*	25	9	36	0,68
	40 a 49 anos	3	0	0	*	16	7	43,8	1	6	2	33,3	*	25	9	36	0,68
	50 a 59 anos	4	1	25	0,35	9	7	77,8	1,75	2	1	50	*	15	9	60	1,13
	Acima de 60 anos	6	4	66,7	0,93	5	2	40	0,91	4	1	25	*	15	7	46,7	0,89
Estado Civil	Solteiros	12	6	50	1,44	19	10	52,6	1,24	5	1	20	0,5	36	17	47,2	1,10
	Casados/união estável	11	5	45,5	1	21	9	42,8	1	10	4	40	1	42	18	42,8	1
	Divorciados/separados	3	1	33,3	0,73	5	3	60	1,39	2	1	50	1,25	10	5	50	1,16
	Viúvos	3	2	66,7	1,49	3	1	33,3	0,77	3	0	0	*	9	3	33,3	0,77
Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	19	8	42,1	0,70	35	19	54,3	1,74	15	5	33,3	1,65	69	32	46,4	1,18
	EF completo ou mais	10	6	60	1	13	4	30,8	1	5	1	20	1	28	11	39,3	1
Situação empregatícia	Com remuneração	21	12	57,1	1	29	12	41,3	1	17	6	35,3	1	67	30	44,8	1
	Sem remuneração	8	2	25	0,43	19	11	57,9	1,41	3	0	0	*	30	13	43,3	0,95
Renda familiar	Sem rendimento	1	0	0	*	4	1	25	*	0	0	0	*	5	1	20	0,53
	Até 2 SM	11	4	36,4	0,55	27	13	48,1	*	11	2	18,2	0,55	49	19	38,8	1,02
	De 2 a 5 SM	14	8	57,1	0,85	15	9	60	*	6	3	50	1,51	35	20	57,1	1,5
	Maior 5 SM	3	2	66,7	1	1	0	0	1	3	1	33,3	1	8	3	37,5	1
Forma clínica da doença	Pulmonar	25	11	44	1	38	20	52,6	1	13	4	30,8	1	76	35	46	1
	Extrapulmonar	4	3	75	1,70	8	2	25	0,47	6	2	33,3	1,1	18	7	38,9	0,85
	Pulmonar + extrapulmonar	0	0	0	*	2	1	50	0,94	1	0	0	*	3	1	33,3	0,74
Tipo de caso	Casos novos	27	13	48,1	0,96	44	20	45,5	0,60	19	6	31,6	*	90	39	43,3	0,77
	Recidiva/retratamento	2	1	50	1	4	3	75	1	1	0	0	1	7	4	57,1	1
Co-infecção TB/HIV	Sim	2	2	100	1	7	2	28,6	1	8	2	25	1	17	6	35,3	1
	Não	27	12	44,4	0,44	41	21	51,2	1,76	12	4	33,3	1,33	80	37	46,3	1,31
Sintomas da doença	Forte	21	9	42,8	1	38	16	42,1	1	12	5	41,7	1	71	30	42,3	1
	Fraco a moderado	8	5	62,5	1,43	10	7	70	1,66	8	1	12,5	0,3	26	13	50	1,19
Realização de controle preventivo de saúde antes da TB	Sim	25	12	48	1	29	13	44,8	1	17	5	29,4	1	71	30	42,3	1
	Não	4	2	50	1,04	19	10	52,6	1,15	3	1	33,3	1,14	26	13	50	1,19
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	20	10	50	1,14	41	20	48,8	1,14	10	3	30	1	71	33	46,5	1,21
	Não	9	4	44,4	1	7	3	42,9	1	10	3	30	1	26	10	38,5	1
Consumo de tabaco	Sim	17	6	32,3	0,53	34	16	47	0,94	8	2	25	0,75	59	24	40,7	0,82
	Não	12	8	66,7	1	14	7	50	1	12	4	33,3	1	38	19	50	1
Conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico	Precário	18	9	50	1,11	37	16	43,2	0,67	12	4	33,3	1,32	67	29	43,3	0,91
	Satisfatório	11	5	45,5	1	11	7	63,6	1	8	2	25	1	30	14	46,7	1
Procura do SS mais próximo do domicílio antes da TB	Sim	26	12	46,1	1	34	19	55,9	1	15	4	26,7	1	75	35	46,7	1
	Não	3	2	66,7	1,45	14	4	28,6	0,52	5	2	40	1,48	22	8	36,4	0,77

Legenda: UAB – corresponde às UBS/PACS/PSF- Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde com Programa de Agentes Comunitários e Unidades Básicas de Saúde com Programa de Saúde da Família.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento. Outros – hospitais, consultórios particulares, ambulatório de atendimento especializado, programa de controle da tuberculose.

* Não foi possível fazer o cálculo do ODDS para essa variável.

6. Discussão

O tempo necessário para que se obtenha o diagnóstico da TB depende, fundamentalmente, da busca passiva por atendimento entre os usuários dos serviços de saúde. Dessa maneira, a utilização dos serviços de saúde têm confirmado que o acesso e a procura oportuna por cuidados envolvem aspectos relacionados à necessidade de saúde, tecnologia disponível, resolutividade da atenção, condições de acesso, agilidade no atendimento e marcação de consultas, bem como o vínculo estabelecido pelo usuários com os profissionais, os quais se configuram como cruciais na definição da escolha do atendimento e no tempo decorrido até a procura pelo primeiro serviço de saúde pelo usuário (MARQUES; LIMA, 2007).

Neste estudo, as desigualdades do tempo na procura pelos diferentes tipos de serviços refletem não apenas as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, mas também as diferenças no comportamento perante suas necessidades, expectativas e condições de vida e as características da oferta em cada tipo de serviço. No que tange à TB, esse comportamento tardio de busca por atendimento pode ser considerado grave do ponto de vista epidemiológico da doença, uma vez que uma maior gravidade dos sintomas da TB prevê também uma maior disseminação da doença, sugerindo que são necessários esforços para melhorar a conscientização sobre o agravo para a diminuição da transmissão da mesma na comunidade.

Com relação ao primeiro tipo de serviço de saúde procurado, de maneira geral, encontrou-se que o tempo decorrido entre a percepção do início dos sintomas da doença e a procura por atendimento foi menor quando o doente foi atendido em serviços especializados, corroborando com estudo de Silva (2002) realizado no Mato Grosso. À respeito da maior preferência dos doentes de TB por UPA é possível inferir, a partir do entendimento da interface existente entre usuários e profissionais de saúde na relação entre a oferta (caracterizando o acesso aos serviços) e recebimento de atenção (relacionado ao perceber-se doente), que tal comportamento não favorece a organização da demanda e do atendimento das condições sensíveis à AB em espaços adequados a essas queixas, uma vez que a busca por atendimentos mais agéis e de fácil obtenção nem sempre caracterizam atendimentos de urgência/emergência (CECILIO, 1997; OLIVEIRA et al, 2009).

Scatena et al (2009), em estudo avaliativo sobre o desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB, mostraram que unidades de atendimento com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em municípios da região nordeste não propiciaram a ampliação do

diagnóstico da doença, considerado um agravo sensível à AB, em contrapartida a ambulatorios regionalizados do sudeste, cuja organização apresentou melhor desempenho. Nesse aspecto, Dall'Agnol, Lima e Ramos (2009) mostraram que o acesso aos serviços de saúde está intimamente ligada à auto-avaliação do usuário acerca da organização e do atendimento prestado pelos diferentes tipos de serviços de saúde.

Em relação ao presente estudo, especificamente no que se refere às características dos usuários que podem influenciar na procura e utilização dos serviços de saúde, ressalta-se que contou-se com uma população de doentes de TB onde houve predominância de homens, confirmando a maior suscetibilidade masculina à doença, como encontrado em outros estudos realizados no país (PAIXAO; GONTIJO, 2007; LINDOSO et al., 2008).

No que se refere à demora na busca por atendimento, não foram encontradas diferenças no tempo de diagnóstico da TB entre homens e mulheres, resultado consoante com estudo realizado na Colômbia (CÁCERES-MANRIQUE & OROZCO-VARGAS, 2008). Entretanto, essa realidade de atraso ao diagnóstico entre os gêneros não é a mesma nas diversas regiões do mundo, sendo que na Índia (RAJESWARI et al., 2002) os homens demoraram um tempo maior para buscar por atendimento, diferentemente da Tanzânia (MFINANGA et al, 2008), Taiwan (LIN et al., 2009), Nepal (YAMASSAKI-NAKAGAWA, 2001) e Bangladesh (KARIN et al., 2007), onde as mulheres atrasam mais para procurar por atendimento visando o diagnóstico da TB, influenciadas tanto pela carga de trabalho como pela falta de independência e de acesso aos recursos financeiros (DÍEZ et al., 2005). Assim, a discordância nos resultados acerca da busca por atendimento após a percepção dos sintomas da TB possivelmente esteja relacionada às peculiaridades dos locais estudados.

A análise de comportamento frente à presença de algum sintoma/necessidade de saúde tem se demonstrado diferente entre os sexos sendo que, de maneira geral, estudos têm revelado uma tendência feminina em avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa, procurar os serviços de saúde com mais frequência e apresentar múltiplas queixas com sintomas mal definidos (TRAVASSOS et al, 2002; PINHEIRO et al, 2002; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). O conhecimento acerca desse comportamento entre as mulheres constitui-se de suma importância no sentido de chamar atenção dos profissionais de saúde à uma possível subvalorização dos sinais/sintomas clínicos de TB entre as mulheres que demandam atendimento, uma vez que, em razão de queixas inespecíficas, pode haver uma tendência dos profissionais de saúde de suspeitar de outras infecções respiratórias em

detrimento da TB, podendo refletir no agravamento do quadro clínico dos sintomas resultando em um diagnóstico e tratamento tardios (NGAMVITHAYAPONG et al, 2001).

Embora as taxas masculinas assumam um maior peso nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença dos homens nos serviços de AB é menor do que das mulheres, estando a busca por atendimento entre os mesmos relacionada predominantemente por motivo de doença (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; PINHEIRO et al, 2002), o que revela a íntima relação entre os papéis assumidos socialmente, as diferenças nas formas de expressar a doença e o comportamento entre homens e mulheres na procura pelos serviços de saúde.

Tais evidências vão de encontro com os achados deste estudo, onde grande parte dos doentes do sexo masculino procuraram inicialmente por UPA, embora tenham atrasado para proceder essa procura. Já as mulheres procuraram proporcionalmente por UAB e UPA, demorando para buscar assistência somente quando procuraram as UAB. Tal achado pode revelar a possibilidade de existir outras variáveis (como por exemplo, idade, escolaridade, gravidade dos sintomas, entre outras) interagindo entre si, interferindo no tempo e busca por atendimento entre os usuários dos serviços de saúde, incluindo os doentes de TB, que encontram diversas portas de entrada para o sistema de saúde no município estudado.

A crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho (formal e informal), somado aos afazeres do lar e criação dos filhos, o que lhes confere uma dupla jornada, além do fato de avaliarem pior seu estado de saúde e se demonstrarem mais sintomáticas (MENDOZA-SASSI et al, 2006), podem ter sido alguns dos aspectos envolvidos na sua busca em menor tempo pelas UPA. No que se refere à utilização das UAB pelas mulheres, acredita-se que esteja relacionado ao vínculo que já possuem com estes serviços por os buscarem para realizar outras ações de saúde, seja na área da saúde da mulher (papanicolau, consulta pré-natal) ou na área da saúde da criança (vacinação, consulta com pediatras).

No caso dos homens, há estudos que apontam sua preferência a serviços emergenciais, uma vez que tendem a responder mais prontamente às suas demandas no que se refere à atenção ofertada: fácil acesso, ausência de limitações nos horários de atendimento e consultas/realização de procedimentos no mesmo dia (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). No entanto, à respeito da agilidade na busca por atendimento, doentes do sexo masculino buscaram mais rapidamente por UAB, o que pode revelar evidências da concepção de complementariedade das UPA às UAB e de que o atendimento das queixas momentâneas, como ocorre nos serviços de PA, não são suficientes para a investigação da real causa do problema referido, fazendo-os evitar o agravamento dos sintomas e um maior número de

visitas aos serviços de saúde com consequentes afastamentos e prejuízos no emprego, garantindo assim sua boa disposição física, capacitação para o trabalho e sustento familiar.

Destaca-se que, no município em questão, no que se refere ao acesso organizacional dos serviços, é inexistente a diferenciação do acesso de homens e mulheres aos equipamentos de saúde e a entrada dos usuários no sistema local é facilitada pela disponibilidade de cinco UPA que atendem 24 horas/dia, e três UBS que prestam atendimento em horários alternativos (7:00 às 19:00). Embora esse seja o retrato encontrado no município estudado, sabe-se que a mera disponibilidade de atendimento não garante a procura e o acesso aos serviços de saúde (NORRIS et al., 2006) e, da mesma forma, a entrada do suspeito de TB no sistema de saúde não implica no seu diagnóstico devido à diversos aspectos: preparo e qualificação da equipe de saúde, acolhimento prestado e organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários entre os diversos pontos de atenção, dentre outros, o que permite sugerir a existência de outros elementos que motivem os usuários dos serviços a utilizá-los conforme sua conveniência/necessidade.

No Brasil, o modelo de pronto atendimento ainda é vigente, havendo inclusive uma política de incentivo à construção de novas UPA em diversos municípios brasileiros, de modo que o comportamento de busca por atendimento nesses serviços tem persistido ao longo do tempo. A facilidade de acesso, suposição da incapacidade e desconfiança na resolução da necessidade e inexistência de vagas para atendimento nas UAB são possíveis causas que podem induzir a procura direta dos usuários às UPA.

No presente estudo encontrou-se atraso entre a faixa etária dos 18 aos 29 e acima de 60 anos, em específico quando as unidades procuradas eram da AB, o que contrapõe achados de Silva (2002) e Mirsaiedi e cols (2007), que mostram os doentes mais jovens buscando pelos serviços de saúde de maneira mais precoce. O fato de estarem em idade economicamente ativa e se ocuparem com atividades empregatícias, além da não valorização dos sintomas e da existência de possíveis deficiências no conhecimento sobre a doença (não reconhecimento da gravidade dos sintomas), características frequentes entre os doentes de TB (SILVA, 2002), pode tê-los feito adiar a procura pelas UAB, assim como sugere outro estudo que aponta a limitação de horários de atendimento e grandes períodos de espera para o agendamento de consulta como sendo fator limitante à utilização oportuna dos serviços (EASTWOOD; HILL, 2004) e assim, podendo ser considerado um estímulo à procura por atendimentos emergenciais. O atraso na procura por atendimento entre o grupo de doentes que se encontravam nessa faixa etária pode levar a piores prognósticos da doença, sendo

necessária uma melhor atenção por parte dos serviços públicos sobre esses doentes com intuito de promover ações que interfiram no curso de evolução e transmissão da doença, evitando que a TB continue a se configurar como a principal causa de morte entre indivíduos economicamente ativos.

Dados da literatura de vários países têm reafirmado a maior probabilidade de indivíduos com idade avançada procurarem mais por consultas médicas em função do acometimento por moléstias crônicas e degenerativas que necessitam de maior acompanhamento (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; ROESE; GERHARDT, 2008; MENDOZA-SASSI et al, 2003). Para a faixa etária dos doentes de TB de 50 a 59 anos e acima dos 60 anos, que nesse estudo demoraram mais tempo para buscar por atendimento nas UPA e UAB, respectivamente, a co-existência de outras doenças e a falta de discernimento quanto aos sinais e sintomas da TB podem tornar a percepção dos sintomas e o diagnóstico diferencial mais complexo. Corroborando com os achados em outros estudos, os idosos podem enfrentar dificuldades em acessar os serviços de AB devido a seus problemas de saúde, dificuldades de locomoção e dependência de outras pessoas, optando por procurar os de maior complexidade e que oferecem facilidade na realização de exames de maior complexidade tecnológica (SILVA, 2002; ROESE; GERHARDT, 2008). Além disso, nos indivíduos mais velhos, acredita-se que possa ainda existir a crença das concepções miasmáticas no processo de adoecimento, o que os levam, em muitas ocasiões, a se auto-medicar e procurar por alternativas de tratamento antes de se consultarem em serviços de saúde formais.

A busca por atendimento nos serviços de saúde pode ter sido influenciada pela predominância de doentes com baixa escolaridade e baixo rendimento familiar, o que vai ao encontro de outros achados que relacionam a TB à pobreza, baixos níveis educacionais, baixa percepção acerca de seu estado de saúde e ao estigma intrínseco à uma doença supostamente grave. Ressalta-se, ainda, a co-morbidade com outros agravos, além das concepções do processo de adoecimento permeadas por credences e uso de tratamentos alternativos, que podem contribuir para o atraso na busca pelos serviços de saúde.

A preferência pelos serviços de PA entre doentes com escolaridade e rendimento familiar baixos não determinou a procura precoce por assistência. Silva (2002), em Cuiabá (MT), também observou procura tardia pelos serviços de saúde entre pacientes com características sócio-econômicas desfavoráveis. Motta et al (2009), em um estudo conduzido em Itaboraí-RJ, também relataram dificuldades de acesso entre doentes de TB cujos níveis

sócio-econômicos eram baixos, discutindo a interferência dos níveis educacionais, tipos de serviços de saúde procurados e ocupação profissional na utilização dos serviços de saúde.

Em razão aos achados da presente pesquisa, corroborada com outros estudos, pode ser aventada a possibilidade de que a demora na procura pelo primeiro atendimento entre esses doentes com baixas condições sócio-econômicas esteja relacionada à outros aspectos, como ao conhecimento insipiente sobre a TB e à percepção de gravidade dos sintomas, uma vez que neste estudo também foram encontrados atrasos entre aqueles que possuíam essas características. Vários estudos de diferentes populações têm apontado a relação existente entre os aspectos relacionados ao conhecimento sobre a doença, níveis de escolaridade e renda e satisfação com o atendimento prestado nos serviços de saúde e sua influência na procura/utilização dos mesmos, podendo deste modo conformar o retrato do retardo do diagnóstico da doença (ASBROEK et al., 2008; MFINANGA et al., 2008; STORLA; YIMER; BJUNE, 2008; HANE et al., 2007; NEEDHAM et al., 2004; YIMER et al., 2005; CABRERA; MORISKY; CHIN; 2000; OGDEN et al., 2000; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; MENDOZA-SASSI et al., 2003; DATE; OKITA, 2005).

Convém ressaltar que, acerca das evidências de uma possível interação entre as variáveis do estudo, como já abordado anteriormente, Mendoza-Sassi e cols (2003) apontam a existência de uma articulação entre os níveis de educação e renda, sendo maior a busca por atendimento nos serviços ambulatoriais entre indivíduos com baixa renda que tivessem mais anos de escolaridade (MENDOZA-SASSI et al., 2003). Dessa maneira, no presente estudo, embora não tenha sido objeto de investigação a relação entre as variáveis estudadas, pode ser que exista interação entre as características do perfil dos doentes na definição do tempo e tipo de unidade de saúde procurada para o primeiro atendimento.

No que se refere à forma clínica da TB, há evidências de que a busca por atendimento esteja relacionada à percepção e gravidade dos sintomas da doença. O conhecimento precário sobre o agravo, além dos sintomas inespecíficos e similares à outras doenças, como geralmente existentes na TB extrapulmonar, levam à baixa suspeição, principalmente em regiões onde o índice de TB é baixo, dificultando a percepção da doença pelo doente e o diagnóstico pelos profissionais de saúde (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007; ODUSANYA; BABAFEMI, 2004). Ressalta-se que foi possível identificar que o tempo para a busca por assistência entre doentes com TB extrapulmonar ocorreu de maneira mais ágil quando foram procuradas as UPA, indicando que a sintomatologia e a gravidade dos sintomas podem ter sido cruciais na procura por modalidades de serviço de saúde.

Já entre doentes cuja forma clínica era pulmonar, houve atraso quando a busca por assistência ocorreu em UPA. Tal achado pode indicar a possibilidade de que um dos principais sintomas referidos na TB (LIENHARDT et al., 2001), ou seja, a tosse, por se manifestar de maneira mais branda no início, pode ter feito com que tais doentes não se percebessem doentes ou negligenciasse tal sintoma, acreditando na possível cura espontânea. Para doentes com forma pulmonar que buscaram por atendimento em UAB, pode ser aventada a possibilidade de que aspectos relacionados ao comportamento do usuário quanto à hábitos preventivos anteriores ao diagnóstico da TB, bem como o vínculo com o serviço procurado, estejam envolvidos nessa procura.

No que se refere ao tipo de caso, observou-se que houve atraso na busca por atendimento em UAB e UPA entre doentes que estavam em recidiva ou retratamento da TB, levantando-se a possibilidade de que, pelo fato dos mesmos terem conhecimento acerca dos sintomas da TB e por já terem tido experiência prévia do tratamento, o medo da obtenção do diagnóstico, bem como a possível insatisfação quanto ao atendimento prestado nessas unidades pode tê-los feito adiar a procura por tal atendimento. Dessa maneira, a avaliação da satisfação dos doentes quanto ao atendimento prestado nos serviços de saúde é de suma relevância, uma vez que satisfeito com o acolhimento o usuário retorna ao serviço por tê-lo como referência na resolução de seus problemas/necessidades, garantindo a longitudinalidade do cuidado (PONCE et al, 2010).

Destaca-se que, altas porcentagens de recidiva e retratamento da TB revelam conseqüências sérias da doença, como o agravamento do quadro, persistência de fontes de infecção e evolução para a forma multirresistente da doença (SILVA, 2002), de maneira que a equipe de saúde deve estar atenta para o perfil epidemiológico dos doentes de TB e atuar de modo a evitar seguimentos inadequados dos casos, dando continuidade no acompanhamento mesmo após a alta, por meio da realização de reavaliações do estado de saúde dos indivíduos índices e comunicantes.

No presente estudo encontrou-se que doentes co-infectados foram mais rápidos na busca por atendimento, corroborando com achados mostrados Ngamvithaypong et al (2001) revelando que, além desses doentes já realizarem controle de saúde constante, os soropositivos possuem sintomas mais graves da TB, procurando mais rapidamente por atendimento à percepção dos mesmos. Deste modo, ao se colocarem numa posição de conhecedores de seu estado de imunossupressão, procuram prontamente por serviços que possam facilitar sua entrada ao sistema, como os serviços especializados e UPA. O fato do

município ofertar assistência exclusiva aos usuários portadores de HIV/aids, por meio de um serviço de referência, faz com que esses doentes ao terem qualquer tipo de sintoma, mesmo quando inespecíficos, procurem atendimento para a elucidação clínica em locais nos quais já possuem vínculo e realizam tratamento, o que justifica os menores tempos para a procura por serviços especializados.

Destaca-se, nesse ponto, que o risco de um indivíduo não-infectado por HIV desenvolver a TB ao longo da vida é de 5% a 10%, alcançando 50% entre os infectados por HIV (WHO, 2004). Dentre os soropositivos e portadores de infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*, o risco aumenta 20 vezes em relação aos soronegativos (REID et al, 2006). Assim, é necessário que a equipe dos serviços de saúde estejam atentas às queixas respiratórias entre indivíduos, com maior atenção aos co-infectados, alertando-os de modo a evitar aumento nos índices de morbi-mortalidade por ambos agravos.

No que se refere à busca por atendimento, a avaliação da atitude dos usuários frente aos problemas de saúde, segundo Mendoza-Sassi e cols (2006), em um estudo realizado no sul do Brasil, é possível identificar que dentre as queixas de saúde relatadas, apenas 8,2% geraram procura por serviços médicos, estando a procura por atendimento associada à gravidade dos sintomas percebidos. Com relação à gravidade dos sintomas, o presente estudo revelou que doentes cuja percepção dos sintomas da doença eram fortes, no início, não tiveram atraso na busca por atendimento, enquanto aqueles que os descreveram como fracos a moderados atrasaram a busca por cuidado tanto nas UAB como UPA.

Associado à gravidade dos sintomas, os níveis educacionais, a falta de conhecimento sobre a TB e a baixa especificidade dos sinais/sintomas podem levar os indivíduos a não se perceberem doentes, a não suspeitarem da TB e a expressarem suas queixas de maneira inespecífica, fazendo com que os doentes adiem a busca por atendimentos mais resolutivos até a piora/comprometimento do quadro clínico, ratificando achados de outros estudos (MFINANGA et al, 2008; RAJESWARI et al, 2002; MESFIN et al, 2009). Essas também podem ser explicações viáveis à procura tardia pelas UAB entre os doentes que possuíam conhecimento precário sobre a TB antes do diagnóstico. Tal achado é relevante e aponta que a percepção da gravidade dos sintomas é o ponto-chave da demanda aos diversos serviços de saúde. Assim, após a auto-percepção da necessidade em saúde, a procura por atendimento pode ser realizada em mais ou menos tempo por razões geográficas, políticas, econômicas, antropológicas, dentre outras (RUFFINO-NETTO, 2000), também levando em consideração a compreensão acerca do cuidado ofertado pelas diversas instituições de saúde.

Ao relacionar a problemática da TB e sua íntima relação de prevalência entre grupos com maior suscetibilidade à doença, destacando-se as questões relacionadas à pobreza, hábitos e condições de vida, também são levantados questionamentos acerca da procura por atendimento entre os doentes que relataram ter o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Sabe-se que, entre indivíduos que fumam, a chance de acometimento por doenças pulmonares é maior, bem como a gravidade dos sintomas entre os doentes de TB (ALTET-GÓMEZ et al, 2004) revelando, dessa maneira, a gravidade do atraso na busca por atendimento entre doentes pertencentes a esse grupo.

No que se refere à procura pelo primeiro serviço de saúde, Basnet et al (2009) evidenciaram que o hábito de fumar facilita o retardo no diagnóstico da TB em função da maior suscetibilidade à sintomas como a tosse e dispnéia, afastando a suspeita de TB tanto pelos próprios doentes como pelos profissionais de saúde (BASNET et al, 2009). Em contraponto, o presente estudo encontrou que doentes consumidores do tabaco buscaram mais rapidamente por atendimento, independentemente do tipo de serviço de saúde procurado, o que pode estar ligado aos aspectos clínicos e epidemiológicos de doentes com esse hábito (ALTET-GÓMEZ et al, 2004), além de questões relacionadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo que, por meio de ações pontuais e contínuas, envolvendo inclusive a regulamentação acerca da produção e comercialização do cigarro, visa sensibilizar a população acerca dos malefícios do mesmo. Dessa maneira, uma vez que os doentes possuem uma exacerbação dos sintomas sugestivos da TB e estão atentos às consequências que o fumo pode ocasionar, ao perceberem alguma alteração em seu estado de saúde demandam por atendimento em um serviço.

Ainda no que se refere à susceptibilidade à TB, Van der Werf et al (2006) mostra em seu estudo que doentes que consomem bebidas alcoólicas possuem um maior atraso na busca por atendimento em relação àqueles que não o fazem. No presente estudo, foi observado atraso apenas entre aqueles que faziam uso de bebidas alcoólicas e buscaram assistência em UAB, fato que pode ser explicado em decorrência da percepção acerca da missão desses serviços e a visão que os usuários, de maneira geral, possuem sobre os mesmos: locais cuja organização remete à barreiras ao acesso, restrição no número de vagas e horário de atendimento, indisponibilidade de realização imediata de procedimentos de investigação diagnóstica mais precisos e limitações quanti-qualitativas de recursos humanos (OLIVEIRA et al, 2009).

Independentemente de ter sido encontrado atraso ou não, tanto entre usuários de tabaco como de bebidas alcoólicas, é imprescindível que os profissionais de saúde questionem os usuários acerca dessas características comportamentais no momento do atendimento e estejam sensibilizados quanto às características sociais que envolvem a TB, de modo a realizar a suspeita de um sintomático respiratório e assim, diminuir o atraso para a obtenção do diagnóstico e, consequentemente, início do tratamento entre os doentes.

Os achados relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado ao início dos sintomas da TB entre doentes que realizavam controle preventivo de saúde e procuravam atendimento em unidades próximas de seu domicílio antes de serem diagnosticados revelam que há evidências de que exista alguma relação entre o serviço ao qual o usuário recorre regularmente e a busca por atendimento a cada nova necessidade de saúde.

Ramos & Lima (2003) chamam atenção ao afirmarem a proximidade geográfica entre a moradia do usuário e o serviço de saúde como não determinantes para a escolha do tipo de assistência buscada, uma vez que esse aspecto pode não significar garantia de atendimento. Dessa maneira, a procura pelo serviço de saúde a partir da percepção de um problema/necessidade pode estar relacionada à existência de vínculo entre os usuários e os profissionais de determinados pontos de atenção à saúde.

No que se refere à interface usuários/profissional, alguns estudos têm revelado uma nítida relação entre o comportamento perante à utilização dos serviços e aos hábitos preventivos de saúde, mostrando que o uso regular de um mesmo serviço pode ser interpretado como ter uma “porta de entrada” ao sistema de saúde a cada nova necessidade/problema (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; PINHEIRO et al, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Independentemente do tipo de serviço de saúde procurado, Ramos & Lima (2003) relacionam a procura por atendimento à busca por profissionais competentes, à confiança na experiência e à capacidade dos membros da equipe de saúde, sendo o vínculo um elemento que influencia fortemente a escolha quanto ao serviço a ser procurado. Assim, torna-se importante a realização de estudos que investiguem a real influência entre o perfil dos usuários que procuram os diversos tipos de serviços de saúde e seus hábitos a fim de se direcionar ações/intervenções de acordo com o perfil de utilização dos serviços.

7.Considerações Finais

A descrição dos aspectos relacionados aos doentes de TB permitiu levantar evidências da caracterização do **perfil dos doentes que levaram um intervalo de tempo superior a 15 dias entre a percepção do início dos sintomas da TB e a busca por atendimento nas UAB, UPA e serviços especializados**, para o município de São José do Rio Preto no ano de 2009, a saber:

☞ **Caracterização do perfil dos doentes que atrasaram para buscar atendimento junto à UAB após a percepção dos sintomas da TB:** sexo feminino, com idade entre 18 a 29 e acima de 60 anos cujo estado civil era solteiro ou viúvo, com EF completo ou mais, situação empregatícia que proporcionava algum tipo de remuneração, renda familiar de 2 a 5 SM, com forma clínica e tipo de caso extrapulmonar em recidiva ou retratamento, co-infectadas com HIV e que perceberam os sintomas ao início da doença como sendo fracos ou moderados, não tinham o costume de fazer controle preventivo de saúde e nem procurar o serviço de saúde mais próximo do domicílio, possuíam conhecimento precário sobre a TB antes de serem diagnosticados pela doença e consumiam bebidas alcoólicas.

☞ **Caracterização do perfil dos doentes que atrasaram para buscar atendimento junto à UPA após a percepção dos sintomas da TB:** sexo masculino, de 50 a 59 anos, solteiros e divorciados/separados, sem escolaridade ou EF incompleto, sem nenhuma remuneração empregatícia cuja renda familiar era de 2 a 5 SM, apresentando forma clínica e tipo de caso da TB pulmonar em recidiva ou retratamento e que perceberam os sintomas ao início da doença como sendo fracos ou moderados, não tinham o costume de fazer controle preventivo de saúde porém procuravam o serviço de saúde mais próximo do domicílio, não faziam uso do tabaco e julgavam como sendo satisfatório seu conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico da doença.

☞ **Caracterização do perfil dos doentes que atrasaram para buscar atendimento junto aos serviços especializados após a percepção dos sintomas da TB:** sexo masculino, faixa etária entre 50 a 59 anos, divorciados/separados, sem escolaridade ou EF incompleto cuja renda familiar era de 2 a 5 SM e que possuíam TB extrapulmonar, não co-infectados, não realizavam controle preventivo de saúde sequer procuravam o serviço de

saúde mais próximo do seu domicílio e possuíam conhecimento precário sobre a TB antes de serem diagnosticados com a TB.

Tal caracterização, no entanto, não permite definir pontualmente qual o real perfil do usuário que atrasa para procurar pelos 3 tipos de serviços utilizados neste estudo, uma vez que a natureza deste estudo é descritiva e sua intenção consistiu em apenas descrever e identificar o tempo decorrido entre o início dos sintomas da TB e a procura pelo serviço de saúde segundo o perfil dos doentes.

Por não ter sido o foco do presente estudo, a metodologia empregada não permitiu conhecer de fato quais variáveis interagem entre si e, em conjunto, contribuem para o atraso na busca por assistência. Dessa maneira, é possível que apenas sejam aventadas evidências de que essa interação entre as características ocorram de modo a despertar interesse para a realização de novos estudos que possuam um delineamento adequado para o controle das variáveis de confundimento que levam ao efeito do atraso.

Destaca-se que a busca por atendimento nos serviços de saúde é um reflexo da interação dos aspectos sociais/comportamentais dos usuários e de questões organizacionais do sistema de serviços de saúde no processo de oferta e recebimento da atenção. Uma vez tendo ocorrido atraso na procura por atendimento entre doentes de TB, desvela-se a forma que ocorre a demanda por atenção, alertando o serviço de saúde para a importância da precocidade na suspeição, diagnóstico e início do tratamento do agravo.

Dessa maneira, levanta-se a necessidade de maior atenção por parte da equipe dos serviços quanto à caracterização do perfil dos usuários que tiveram atraso para buscar por atendimento.

Considera-se de suma importância a definição de estratégias que privilegiem a desmistificação da TB na comunidade, a auto-percepção precoce das necessidades de saúde entre os usuários, a redução de barreiras de acesso ao atendimento, o fortalecimento do acolhimento, a qualificação da rede de atenção para a suspeita da TB e a criação de novos fluxos dentro do sistema de saúde a partir dos movimentos reais dos usuários, de modo a favorecer a busca por atendimento entre os usuários em menor tempo e a suspeita precoce de TB pelos serviços de saúde.

Referências

ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S.; LABRA, M. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **Int J Health Serv**, Amityville, v. 30, p. 129-62, 2000.

ALTET-GÓMEZ, M.N.; ALCAIDE, J.; GODOY, J.A.; ROMERO, M.A.; HERNÁNDEZ DEL REY, I. Clinical and epidemiological aspects of smoking and tuberculosis: a study of 13 038 cases. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 9, n. 4, p. 430-36, 2005.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, Albany, v. 36, p. 1-10, 1995.

ASBROEK, A.H.A.; BIJLSMA, M.W.; BIJLSMA, M.W.; MALLA, P.; SHRESTHA, B.; DELNOIJ, D.M.J. The road to tuberculosis treatment in rural Nepal: A qualitative assessment of 26 journeys. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 7, 2008.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-23, 2003.

BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

BASNET, R.; HINDERAKER, S.G.; ENARSON, D.; MALLA, P.; MORKVE, O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**, London, v. 9, p. 236-45, 2009.

BRASIL. 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. 5. ed. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CABRERA, D.M.; MORISKY, D.E.; CHIN, S. Development of a tuberculosis education booklet for latino immigrant patients. **Patient Education and Counseling**, v. 46, p. 117-24, 2000.

CÁCERES-MANRIQUE, F.M.; OROZCO-VARGAS, L.C. Demora en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en una región de Colombia. **Rev. Salud Pública**, Santafé de Bogotá, v. 10, n. 1, p. 94-104, 2008.

CAPILHEIRA, M.F.; SANTOS, I.S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-43, 2006.

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

COSTA, J.S.D.; FACCHINI, L.A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-69, 1997.

DALL'AGNOL, C.M.; LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [on line], v. 11, n. 3, p. 674-80, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>. Acesso em: 20 nov. 2010.

DATE, J.; OKITA, K. Gender and literacy: factors related to diagnostic delay and unsuccessful treatment of tuberculosis in the mountainous area of Yemen. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 9, n. 6, p. 680-85, 2005.

DIÉZ, M.; BLEDA, M.J.; ALCAIDE, J.; CALOTO, T.; CASTELLS, C.; CARDENAL, J.I.; et al. Determinants of patient delay among tuberculosis cases in Spain. **Eur J Public Health**, Stockholm, v. 14, p. 151-55, 2004.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**: specifying requirements for health care. Boston: Harvard University Press, 1973.

EASTWOOD, S.V.; HILL, P.C. A gender focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis in The Gambia, West Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 8, n. 1, p. 70-5, 2004.

ELIAS, P.E.; FERREIRA, C.W.; ALVES, M.C.G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; ESCRIVÃO JUNIOR, A.; et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-41, 2006.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPS, 1997. 114-20.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

HANE, F.; THIAM, S.; FALL, A.S.; VIDAL, L.; DIOP, A.D.; NDIR, M.; et al. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 11, n. 5, p. 539-43, 2007.

JOB, J.R.P.P.; GOZZANO, J.O.A.; BERNARDES JÚNIOR, O.R.; GARCIA, R.H.; MIRALHES, O.J.C.; MIRANDA, M.A.P. Informações que antecederam o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em Centro de Saúde, São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 21-5, 1986.

KARIM, F.; ISLAM, A.M.; CHOWDHURY, A.; JOHANSSON, E.; DIWAN, V.K. Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. **Health Policy and Planning**, London, v. 22, p. 329-34, 2007.

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. 221-27, 2007.

LIENHARDT, C.; ROWLEY, J.; MANNEH, K.; LAHAI, G.; NEEDHAM, D.; MILLIGAN, P. et al. Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of the Gambia. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 5, n. 3, p. 233-39, 2001.

LIMA, J.C.; AZOURY, E.B.; BASTOS, L.H.C.V.; COUTINHO, M.M.; PEREIRA, N.N.; FERREIRA, S.C.C. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 26, n. 60, p. 62-70, 2002.

LIN, H.P.; DENG, C.Y.; CHOU, P. Diagnosis and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients identified using the Taiwan reporting enquiry system, 2002-2006. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 55, 2009.

LINDOSO, A.A.B.P.; WLADMAN, E.A.; KOMATSU, N.K.; FIGUEIREDO, S.M.; TANIGUCHI, M.; RODRIGUES, L.C. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 805-12, 2008.

MACIEL, E.L.N.; GOLUB, J.E.; PERES, R.L.; HADAD, D.J.; FÁVERO, J.L.; MOLINO, L.P. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 14, n. 11, p. 1403–10, 2010.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliando a implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ**: estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família. 2003. 181 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-32, jul./ago. 2001.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U.; BARROS, A.J.D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 372-78, 2003.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U.; FIORI, N.; BORTOLOTTI, A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-8, 2006.

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 districts of Ethiopia. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 53, 2009.

MFINANGA, S.G.; MUTAYOBA, B.K.; KAHWA, A.; KIMARO, G.; MTANDU, R.; NGADAYA, E. et al. The magnitude and factors associates with delays in management of

smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 158, 2008.

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**, San Francisco, v. 3, n. 4, 2008.

MIRSAEIDI, S.M.; TABARSI, P.; MOHAJER, K.; FALAH-TAFTI, S.; JAMMATI, H.R.; FARNIA, P. et al. A long delay from the first symptom to definite diagnosis of pulmonary tuberculosis. **Arch Iranian Med**, Tehran, v. 10, n. 2, p. 190-93, 2007.

MONROE, A.A; GONZALEZ, R.I.C; PALHA, P.F; SASSAKI, C.M; RUFFINO-NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-67, 2008.

MOTTA, M.C.S.; VILLA, T.C.S.; GOLUB, J.; KRITSKI, A.L.; RUFFINO-NETTO, A.; SILVA, D.F. et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 13, n. 9, p. 1137-41, 2009.

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.

NGAMVITHAYAPONG, J.; YANAI, H.; WINKVIST, A.; DIWAN, V. Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 5, n. 11, p. 1013-20, 2001.

NORRIS, T.L.; AIKEN, M. Personal access to health care: a concept analysis. **Public Health Nursing**, v. 23, n. 1, p. 59-66, 2006.

ODUSANYA, O.O.; BABAFEMI, J.O. Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria. **BMC Public Health**, London, v. 4, n. 18, 2004.

OGDEN, J. Improving tuberculosis control – social science inputs. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, London, v. 94, p. 135-40, 2000.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. **Rev. Bras. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-38, 2009.

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. **Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-38, 2009.

OLIVEIRA, M.F.; VILLA, T.C.S.; ARCÊNCIO, R.A.; SCATENA, L.M.; RUFFINO-NETTO, A. O acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto-SP (2007). In: VILLA T.C.S.; RUFFINO-NETTO A. (Org.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: Funpec, 2009. p. 36-42. v. 1.

PAIXAO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 205-13, 2007.

PEHME, L.; RAHU, K.; ALTRAJA, A. Factors related to health system delays in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Estonia. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 11, n. 3, p. 275–81, 2007.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PONCE, M.A.Z.; VENDRAMINI, S.H.F; SANTOS, M.R.; SANTOS, M.L.S.G.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Vínculo profissional-doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, 2010. No prelo.

RAJESWARI, R.; CHANDRASEKARAN, V.; SUHADEV, M.; SIVASUBRAMANIAM, S.; SUDHA, G.; RENU, G. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 6, n. 9, p. 789–95, 2002.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev., 2003.

RAVIGLIONE, M.C. The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006–2015. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 5, 2007.

REID, A.; SCANO, F.; HAILEYESUS, G.; WILLIAMS, B.; DYE, C.; NUNN, P. et al. Towards universal access to HIV prevention, treatment, care, end support: the role of tuberculosis/HIV collaboration. **Lancet Infect Dis**, New York, , v. 6, p. 483-95, 2006.

RODRIGUES, L.; BARRETO, M.; KRAMER, M.; BARATA, R.C.B. Brazilian response to tuberculosis: context, challenges and perspectives. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-2, 2007.

ROESE, A.; GERHARDT, T.E. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 221-29, 2008.

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.

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. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, London, v. 5, n. 25, 2005.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. 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. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Cien. Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SILVA, M. D. **Fatores associados à demora para o início do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT**. 2002. 182 f. Dissertação. (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2002.

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 Infect. Dis.** v. 9, p. 91-101, 2009.

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

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.

TORRES, E.; PÉREZ, R. **Tiempo empleado en la captación, diagnóstico y tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo en el Hospital Santa María del Socorro de Ica**. 2000. Informe 2000-Tuberculosis en el Perú. Capítulo III: Investigaciones operacionales. Perú: Ministerio de Salud. Perú, 2000.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-43.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, São Paulo, v. 11, n. 5/6, p. 365-73, 2002.

UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e Metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-505, out./dez. 1994.

UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 24, p. 445-52, 1990.

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. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 10, n. 4, p. 390-95, 2006.

VENDRAMINI, S.H.F.; GAZETTA, C.E.; CHIARAVALOTTI NETTO, F.; CURY, M.R.; MEIRELLES, E.B.; KUYUMJIAN, F.G. et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 237-43, 2005.

VILLA, T.C.S.; ASSIS, E.G.A.; OLIVEIRA, M.F.; ARCÊNCIO, R.A.; GONZALES, R.I.C.; PALHA, P.F. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no

Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 98-104, 2008.

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, 2006. p. 29-47.

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. **Eur J Public Health**, Stockholm, v. 17, n. 5, p. 419–23, 2007.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 1999**. Geneve, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **TB/HIV clinical manual. Informação geral sobre a TB e o HIV**. Geneve, 2004. Disponível em: http://who.int/entily/tb/publications/who_htm_tb_2004_329/en/index.htm. Acesso em: 6 nov. 2010.

YAMASSAKI-NAKAGAWA, M.; OZASA, K.; YAMADA, N.; OSUGA, K.; SHIMOUCHI, A.; ISHIKAWA, N. et al. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 5, n. 1, p. 24-31, 2001.

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.

Apêndice

APÊNDICE 1

Distribuição do tempo decorrido entre o início dos sintomas da TB e a procura pelo serviço de saúde em São José do Rio Preto, 2009.

Anexos

ANEXO I

RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

I. Doentes de Tuberculose

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	Solteiro 1	Casado/ União Estável 2	Separado / Divorciado 3	Viúvo 4	Outro 5			
7.	Crença ou religião	Sem religião 1	Católica 2	Evangélica 3	Espírita 4	Umbanda/Candomblé 5	Outras 6		
8.	Até que série o(a) Sr(a) estudou?	Sem escolaridade 1	1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2	1ª fase do ensino fundamental (completo) 3	2ª fase do ensino fundamental (incompl.); 4	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5			
		Ensino Médio (incompleto) 6	Ensino médio (completo) 7	Ensino superior (incompleto) 8	Ensino superior (completo) 9				
9.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	Desempregado(a) 1	Empregado(a) 2	Autônomo 3	Do lar 4	Estudante 5	Aposentado 6	Afastado 7	
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	Urbana 1	Rural 2						

B. PORTA DE ENTRADA	
14.	<p>Antes de ficar doente de tuberculose qual era o primeiro local que o(a) Sr(a) procurava <u>quando ficava doente</u>?</p> <p>1- Locais religiosos/benzedadeiras 2- Farmácia 3- Serviços de saúde Especificar: _____ 4- Outros Especificar: _____ (se o doente responder nenhum, especificar em outros)</p>
15.	<p>Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) para fazer algum <u>controle preventivo</u> (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 <u>consulta/exames de rotina</u>?</p> <p>Nome: _____</p> <p>1 - UBS; 2 - UBS/PACS; 3 - USF; 4 - Pronto Atendimento; 5 - Ambulatório de Referência; 7 - Hospital Público; 8 - Hospital Privado; 9 - Consultório particular; 10 - Outros Especificar _____ 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 frequência 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.	<p>Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) recebia visita de algum profissional de saúde na sua casa?</p> <p>1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre</p>

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 para 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 Especificar _____ 0- Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)	
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 exames. Especificar: _____ Sim Não
33.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente o encaminhou à outro serviço para:	33.a. Consulta médica com outro profissional Sim Não 33.b. Fazer o exame de escarro: Sim Não Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.c. Fazer o raio-X: Sim Não Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.d. Fazer o 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 Especificar _____ 0- Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)	
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?	Especificar: _____
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 o(a) Sr(a) foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que descobriu a tuberculose?	1- Muito ruim; 2- Ruim; 3- Regular; 4- Bem; 5- Muito bem

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:	54.a. No serviço de saúde que fez o pedido dos exames 1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre 54.b. Em outro serviço de saúde. Especificar: _____ 1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre

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) tem 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:	58.a. Exame de escarro (catarro) 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) 58.b. Raio X (chapa do pulmão) 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)

		58.c. PPD (exame na pele) 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)
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 tem tosse?	1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre; 0- Não sabe
INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista) FONTES DE COLETA DE DADOS:		
62.	Nº SINAN ou TB-WEB:	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. Especificar _____ 5 Hospital público 6 Hospital privado 7 Pronto Atendimento 8 Consultório Particular 9 Outro. Especificar _____	
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 (_____) 71.a. Nome: _____ 71.b. Endereço: _____ 71.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 II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____. Ela tem como objetivo avaliar as causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

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 à 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.

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

São José do Rio 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@erp.usp.br

ANEXO III

Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 465/2008

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 7081/2008 sob a responsabilidade de Silvia Helena Figueiredo Vendramini, com o título "Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil" está de acordo com a resolução CNS 196/96 e foi aprovado 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, 15 de dezembro de 2008.

Prof.ª Maria Angélica B. T. Lemos
Coordenadora do CEP/FAMERP em exercício