UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE ALE BERALDO

Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionado ao doente, Ribeirão Preto - SP, 2009.

Ribeirão Preto

2012

ALINE ALE BERALDO

Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionado ao doente, Ribeirão 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

2012

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Beraldo, Aline Ale

Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionado ao doente, Ribeirão Preto – SP, 2009.

92f. : il. ; 30 cm.

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

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

Palavras-chave: Tuberculose, Acessibilidade, Diagnóstico Tardio, Serviços de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aline Ale Beraldo

Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose: relacionado ao doente, Ribeirão 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

Aos Meus Pais, Osmar e Sandra, por me darem a vida, por servirem de exemplo, me aconselhando, direcionando por todos esses anos. Vocês me ensinaram a ser quem eu sou, obrigada por todo o carinho, amor que têm por mim, foi com ele que consegui superar barreiras, enfrentar desafios. Amo Vocês!

DEDICATÓRIA

A todos os professores com quem pude aprender em todos os anos da minha vida, desde a pré-escola, meu muito obrigada.

"Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina". ***Cora Coralina.***

Agradecimentos

*A minha orientadora **Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa**, pela oportunidade que me tem proporcionado, por motivar-me com seu espírito nato de Liderança, me levando a diversas reflexões, sempre incentivando o trabalho em equipe o que tem proporcionado valioso aprendizado que levarei sempre comigo.*

*A **Profª Drª Aline Aparecida Monroe**, por sua gentileza, e delicadeza em todos os momentos durante o desenvolvimento desse trabalho, aprendi muito com você.*

*Ao **Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto**, por toda a sua paciência, e por esse espírito de propagar o que sabe, sempre nos recebendo, nos motivando diante de cada desafio, e nunca deixando de levar em consideração o que trazemos de bagagem.*

*A **Profª Drª Lúcia Marina Scatena** pelas valiosas contribuições durante o desenvolvimento desse trabalho.*

*Ao **Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha**, com quem eu tive a oportunidade de conviver desde a graduação, por quem tenho grande admiração pela forma com que transmite todo o seu saber.*

*A **todos os Professores** que até hoje passaram pela minha trajetória, por quem tenho muito respeito, e também muito a agradecer por todo o aprendizado, muitos de vocês me motivaram para escolher essa carreira que estou começando a construir.*

A todos vocês professores, muito obrigada!

Aos meus pais, ***Osmar e Sandra*** *por toda a dedicação que tem por nós, por abdicarem de tantas coisas para nos proporcionar sempre o melhor.*

Aos meus irmãos ***Cá e Rô****, que tanto admiro, por quem eu daria a vida, amo muito vocês.*

A ***todos os meus familiares****, por todo o apoio durante todo o desenvolvimento desse trabalho, em especial as minhas avós,* ***Eurides e Ilídia****.*

As minhas amigas ***Bel, Eli e Isa****, que me acolheram quando do meu retorno à Ribeirão, agradeço por toda a amizade de sempre. Adoro vocês!*

A minha amiga ***Erika****, por todos os ensinamentos, e por ser essa pessoa com esse coração gigante. Adoro você!*

A ***Paty****, por todo o carinho e dedicação com que nos acolhe todos os dias, por quem tenho enorme admiração. Adoro você!*

A cada amigo do laboratório 27, ***Amelinha, Anne, Bia, Gabi, Maria Eugênia, Nathy, Rei, Rubia e Tiemi,*** *esse trabalho foi construído com a colaboração de cada um de vocês, obrigada por todo o aprendizado. Adoro vocês!*

A todos os ***participantes do GEOTB****, por toda a construção conjunta, e todo o aprendizado que me foi proporcionado. Meu muito Obrigada!*

A ***FAPESP*** *pelo apoio financeiro para o desenvolvimento dessa pesquisa.*

A ***CAPES*** *pelo apoio financeiro para o desenvolvimento dessa pesquisa.*

A ***Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*** *e* ***todos os funcionários,*** *que tornaram possível o desenvolvimento dessa pesquisa.*

*As **equipes dos serviços de saúde**, e também aos **doentes de Tuberculose** do município de Ribeirão Preto, sem vocês essa pesquisa não poderia ter sido realizada.*

*A **Lis,** coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose por todo o carinho que sempre teve comigo.*

Muito obrigada a todos vocês por fazerem parte dessa construção!!!

RESUMO

BERALDO, A.A. **Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionado ao doente, Ribeirão Preto – SP, 2009.** 2012. 92f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O processo de obtenção diagnóstica da tuberculose (TB) é permeado por aspectos relacionados à acessibilidade aos serviços de saúde, que interferem diretamente na conduta do doente em buscar por atendimento após perceber o início dos sintomas da doença. Reconhecer esses aspectos pode contribuir na elaboração de medidas que levem à identificação precoce dos casos, diminuição do tempo diagnóstico e disseminação do agravo na comunidade. O presente estudo teve como objetivo, analisar o tempo do doente na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP, 2009. Estudo descritivo do tipo transversal, realizado em Ribeirão Preto. De 113 doentes de TB, que estavam em tratamento no período de julho a novembro de 2009, foram entrevistados 94, que atenderam os critérios de seleção. Utilizou-se um questionário estruturado baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* adaptado para o enfoque no diagnóstico da TB. Para a análise dos dados, medidas de tendência central (mediana e intervalos interquartis) foram utilizadas para analisar a variável: "tempo decorrido entre sentir-se doente e a primeira procura pelo serviço de saúde". Estabeleceu-se a mediana como valor mais adequado para a caracterização dos dois grupos de doentes (atraso e não atraso). Considerou-se atraso ao diagnóstico, doentes que demoraram mais de 15 dias para buscar pelo primeiro atendimento em um serviço de saúde. Em seguida, por meio do cálculo da Razão de Prevalência identificaram-se as variáveis sócio-demográficas, clínicas e da dimensão porta de entrada de maior atraso na busca por atendimento. O primeiro serviço de saúde procurado foram os Serviços de Pronto Atendimento (SPA) (57,4%), seguidos pelas Unidades de Atenção Básica (UAB**)** (24,5%) e Serviços Especializados (SE) (18,1%). Já o *acesso ao diagnóstico* ocorreu nos SE (60,6%), seguidos dos SPA (26,6%) e das UAB (12,8%). Quanto ao tempo de atraso ao diagnóstico, em relação às *informações sócio-demográficos,* o perfil dos doentes que mais demoraram para buscar pelos SPA foram: idade entre 50 a 59 anos (30 dias); SE: gênero masculino (30 dias), com escolaridade (21dias); renda acima de cinco salários mínimos (30 dias). *Informações clínicas:* SE: forma clínica pulmonar, caso novo e com co-infecção TB/HIV, (20 dias). *Dimensão porta de entrada* (primeiro serviço de saúde pocurado): UAB: sintomas moderados da doença (30 dias); SPA: não consumiam bebidas alcoólicas (25 dias) e com conhecimento satisfatório sobre a TB (26 dias); SE: não realizavam controle preventivo de saúde (30 dias), fumavam (20 dias), com conhecimento satisfatório sobre a TB (26 dias), não procuravam o serviço de saúde mais próximo do domicílio (30 dias). O serviço de saúde de maior acessibilidade foram os SPA, (funcionamento de 24h, demanda livre). É necessário capacitar as equipes de saúde, para identificarem os doentes de TB que tiveram maior atraso na busca por atendimento, favorecendo a acessibilidade ao diagnóstico precoce e contribuindo no controle da doença.

Palavras-chaves: Tuberculose, Acesso aos serviços de saúde, Diagnóstico Tardio.

ABSTRACT

BERALDO, A.A. **Patient time in the search in first health service for the diagnosis of tuberculosis, Ribeirao Preto, SP, 2009.** 2012. 92f. Dissertation (Masters) - School of Nursing at Ribeirao Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2012.

The process of obtaining diagnosis for tuberculosis (TB) is permeated by aspects relating to the accessibility of health services, which impact directly on the conduct of patients in search of medical attention after noticing the first symptoms of the disease. Recognising these aspects can contribute to the development of measures that lead to the early diagnosis of cases, reduction in the overall time taken in the diagnostic process and alleviation of the impacts of TB on the community. The aim of the present study was to analyse the patient time in the search in first health service for the diagnosis of tuberculosis in city of Ribeirao Preto, SP, 2009. Descriptive study, cross sectional conducted in Ribeirao Preto. Of 113 TB patients that were in treatment during the period between June and November of 2009, 94 were interviewed that fulfilled the selection criteria. A questionnaire was used based on the Primary Care Assessment tool (PCAT), which was adapted for focus on the diagnosis of TB. For the analysis of data, measures of central tendency (median and interquartile intervals) were utilised to analyse the variable: 'time elapsed between the appearance of symptoms and the first search for health services'. The median was established as the most appropriate value for the characterisation of two groups of patients (timely and delay). Patients were considered 'delay' if the time between the first signs of illness and the search for health sercices was greater than 15 days. Next, through calculation of the prevalence ratios, socioeconomic, demographic, clinical and gateway dimension were identified for the greatest delay in the search in first health service. The emergency services (ES) room was the most common health service first sought by patients (57.4%), followed by primary health care (PHC) (24.5%), and finally specialists services (SS) (18.1%). The leading service with regard to obtaining a diagnosis was that of SS (60.1%), followed by ES (26.6%), and PHC (12.8%). Regarding the delay in obtaining a diagnosis, and with relation to *socio-demographic information*, patients that took the longest to seek health services through ES rooms were: between 50-59 years of age (30 days); SS: masculine (30 days), educated (21 days), receive a salary greater than five times the minimum wage (30 days). *Clinical Information:* SS: lung clinics, new cases and with co-infection TB/HIV (20 days). *Gateway dimension* (the search in first health service): PHC: moderate symptoms of the disease (30 days); ES: non-drinkers (30 days), and with a satisfactory knowledge of TB (26 days); SS: not practicing preventative health control (30 days), smokers (20 days), satisfactory knowledge of TB (26 days), didn't seek the health service closest to residence (30 days). The most accessible health service proved to be ES (functioning 24 hours, on demand). It is necessary to properly equip health care professionals so as to facilitate the identification of patients from TB that delayed in the search in first health service, facilitating the health service accessibility thus enabling the early diagnosis of the disease and contributing to its control.

Key Words: Tuberculosis, Health Services Accessibility, Delayed Diagnosis.

RESUMEN

BERALDO, A.A. **Tiempo de búsqueda del primer servicio de salud y el diagnóstico de tuberculosis asociado a el paciente, Ribeirão Preto - SP, 2009**. 2012. 92f. Tesís (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, de 2012.

El proceso de obtener el diagnóstico de tuberculosis (TB) está permeada por las indagaciones relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud, lo que interfiere directamente con la realización de la búsqueda de atención por el paciente después de notar los primeros síntomas de la enfermedad. El reconocimiento de estos aspectos pueden contribuir al desarrollo de medidas que conducen a identificación temprana, disminuyendo el tiempo del diagnóstico y la propagación de la enfermedad en la comunidad. El presente estudio tuvo como objetivo analizar el tiempo en la búsqueda de los servicios de salud por los pacientes en el diagnóstico de tuberculosis en Ribeirão Preto - SP, 2009. Estudio transversal descriptivo. De los 113 pacientes con tuberculosis que fueron tratados en el período de julio a noviembre de 2009, 94 fueron entrevistados, que cumplieron con los criterios de selección. Se utilizó un cuestionario estructurado baseado en el *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* adaptados al diagnóstico de la tuberculosis. Para el análisis de datos, medidas de tendencia central (mediana y rango intercuartílico) se utilizaron para analizar la variable "tiempo transcurrido entre estar enfermo y la primera demanda a los servicios de salud." Se estableció el valor medio como el más adecuado para la caracterización de los dos grupos de pacientes (no-tardíos y tardíos). Se consideró retraso en el diagnóstico los pacientes que tomaban más de 15 días para ir a el servicio por primer vez en un servicio de salud. Luego, mediante el cálculo de la razón de prevalencia de retardo se identificó las características sociodemográficas, clínicas y de primer contato de mayor influencia en la búsqueda de atención. Se buscaron primero los Servicios de Emergencias (SEM) (57,4%), seguido por las Unidades de Atención Primaria (UAP) (24,5%) y Servicios Especializados (SE) (18,1%). El acceso al diagnóstico se obtuve en el SE (60,6%), seguido por la SEM (26,6%) y la UAB (12,8%). El tiempo de retraso en el diagnóstico en relación con los datos socio-demográfica mostro que el perfil de los pacientes que tomaron más tiempo para ir al SEM era de 50-59 años (30 días); al SE: hombres (30 días) con educación (21 días), los ingresos por encima de cinco salarios mínimos (30 días). De acuerdo a la información clínica; SE: tuberculosis pulmonar, caso nuevo, y TB / VIH, (20 días). Primer contato (búsqueda del primer servicio de salud), UAP: síntomas leves de la enfermedad (30 días); SEM: no consumir bebidas alcohólicas (25 días) y con suficiente conocimiento sobre la tuberculosis (26 días); SE: no hacían control preventivo en la atención sanitaria (30 días), tabagista (20 días), con suficiente conocimiento sobre la tuberculosis (26 días), no buscó los servicios de salud más cerca de casa (30 días). El servicio de salud más accesibles fueron los SEM (turno de 24 horas, demanda libre). Es necesario capacitar a los equipos de salud para identificar el paciente de TB que tuvieron um mayor retardo la búsqueda de atención, la promoción de la accesibilidad al diagnóstico temprano, ayudando a controlar la enfermedad.

Palabras claves: Tuberculosis, Acessibilidad a los Servicios de Salud, Diagnóstico Tardío.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Sistema de Serviços de Saúde..... 29

Figura 2 - Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2011..... 34

Figura 3 - Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, Secretaria Municipal de Saúde, 2011..... 35

Figura 4 - Distribuição do Número de Casos de Tuberculose no Município de Ribeirão Preto, 2009..... 36

Figura 5 - Tabela 2X2 para o cálculo da razão de prevalência segundo o atraso no diagnóstico da TB e variáveis selecionadas neste estudo..... 45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo decorrido entre o início dos sintomas da Tuberculose e a procura pelo primeiro atendimento em um serviço de saúde no município de Ribeirão Preto..... 48

Gráfico 2 - Distribuição de freqüência do primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviços de saúde que diagnosticaram a tuberculose no município de Ribeirão Preto, 2009..... 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da doença segundo variáveis da porta de entrada, informações sócio-demográficas e clínicas do doente de tuberculose e a primeira procura por um serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2009..... 51

Tabela 2 - Distribuição de frequências e Razões de Prevalência do atraso do diagnóstico da tuberculose associados ao doente, segundo diferentes variáveis e o tipo de serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto, 2009..... 55

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estrutura Física da Rede de Atenção Básica e Especializada do Município de Ribeirão Preto, 2011..... 34

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE- A Distribuição do Tempo decorrido entre o início dos sintomas da Tuberculose e a procura para atendimento em um serviço de saúde no município de Ribeirão Preto, 2009..... 82

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados..... 84

ANEXO B - Aprovação do Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP..... 89

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 90

LISTA DE ABREVIATURAS

aids	Acquired immune deficiency syndrome
APS	Atenção Primária à Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa
DOTS	Directly Observed Treatment Short
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PSF	Programa de Saúde da Família
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SE	Serviço Especializado
SM	Salário Mínimo
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SS	Serviço de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UAB	Unidade de Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 21

1 INTRODUÇÃO 23

1.1 Quadro Teórico 26

1.2 Justificativa 29

2 OBJETIVOS 30

2.1 Objetivo Geral 31

2.2 Objetivos Específicos 31

3 MATERIAL E MÉTODOS 32

3.1 Modelo do Estudo 33

3.2 Caracterização do Local de Estudo 33

3.2.1 Atendimento pelos diferentes tipos de Serviços de Saúde do Município 36

3.3 População e Amostra do Estudo 39

3.3.1. Critérios de Seleção 40

3.4 Coleta de Dados 40

3.4.1 Procedimentos 40

3.4.2 Aspectos observados durante a Coleta de Dados 41

3.5 Instrumento de Coleta de Dados 41

3.5.1 Variáveis utilizadas no Estudo 42

3.6 Análise dos dados 44

3.7 Limitações do Estudo 45

3.8 Aspectos Éticos 45

4 RESULTADOS 47

4.1 Tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas e a busca por primeiro serviço de saúde 48

4.2 Tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da tuberculose, a primeira procura pelo serviço de saúde, e o perfil dos doentes 48

4.3 Razão de Prevalência do atraso do diagnóstico da tuberculose associados ao doente, segundo os tipos de serviços procurados e diferentes variáveis.....53
4.4 A porta de entrada e o acesso ao diagnóstico segundo o primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviços de saúde que diagnosticaram a tuberculose.....56
5 DISCUSSÃO 57
6 CONSIDERAÇÕS FINAIS..... 68
REFERÊNCIAS 71
APÊNDICE..... 81
APÊNDICE A.....82
ANEXOS..... 83
ANEXO A.....84
ANEXO B 89
ANEXO C 90

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa insere-se em uma série de estudos realizados em diversos Estados brasileiros que fazem parte do projeto multicêntrico intitulado "Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil", financiado pelo CNPq - MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 034/2008, resultante da colaboração de pesquisadores da área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq, que possui como líderes Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto e Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa. O GEOTB é composto por pesquisadores de diversas instituições de ensino superior das regiões sudeste (Ribeirão Preto–SP; São José do Rio Preto-SP; Vitória-ES e Rio de Janeiro-RJ), sul (Foz do Iguaçu-PR e Pelotas-RS) e nordeste (Natal-RN; Feira de Santana-BA e João Pessoa-PB) do Brasil e desenvolve estudos relacionados à avaliação de serviços de saúde que realizam ações de controle e tratamento da tuberculose visando colaborar com o planejamento de políticas e ações que possam contribuir para o controle da doença no país. O presente estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto-SP.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é, certamente, uma das mais antigas doenças que afligem a humanidade, sendo considerada um problema de saúde-pública ainda não solucionado (CAVALCANTI et al, 2006), e que ainda preocupa as autoridades da área da saúde em todo o mundo, (HIJJAR, 2005; RUFFINO-NETTO, 2002; LIMA et al, 1997; MURRAY et al, 1990; FREIRE, 1989) e no cenário brasileiro, vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais (RUFFINO-NETTO, 2001).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2009 o Brasil apresentou 73.598 casos novos e incidência de 46 casos/100.000 habitantes, ocupando o 14º lugar entre os 22 países com maior incidência de TB com baciloscopia positiva. O Brasil obteve uma taxa de detecção de casos de 55% em 2007 (aumento de apenas 5% em relação a 2005) (WHO, 2009), estando o percentual de cura em 77% e a taxa de abandono em torno de 9% (WHO, 2010). Apesar do país estar em escala progressiva de detecção de casos de TB, ainda está longe de alcançar as metas propostas pela OMS (70%). Além do mais, os números expressam a quantidade de casos que ainda continuam sem detecção, corroborando com o processo de transmissão e continuidade da doença a outras pessoas (WHO, 2005; DYE, 2003).

Neste cenário, visando à ampliação do acesso às ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da TB, a partir do ano 2000, o Brasil iniciou o processo de descentralização das ações de monitoramento e manejo dos casos, contribuindo para que os municípios se responsabilizassem pela organização da assistência à TB como uma das ações prioritárias da Atenção Básica (AB). Embora esses municípios reconheçam as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) como competência da AB (BRASIL, 2004), a efetiva incorporação destas ações no âmbito da AB ainda não ocorreu de forma sustentável (MONROE et al, 2008; OLIVEIRA et al, 2005), o que poderia vir de encontro à falta de precocidade na detecção dos casos de TB.

No que se refere ao diagnóstico da TB, aspectos relativos aos serviços de saúde (como deficiência de recursos humanos e físicos e debilidades na oferta de atenção), bem como aqueles relacionados ao doente de TB (questões sócio econômicas, culturais) estão intimamente ligados e podem determinar o tempo de diagnóstico da doença. No Brasil, a conduta do doente de TB a procurar por atendimento pelas unidades Básicas de saúde, (UBS), unidades de saúde da família (USF), serviços de Pronto Atendimento (SPA) e Serviços Especializados (SE) ainda é pouco conhecida. No entanto, sabe-se que o comportamento de

busca e utilização dos serviços de saúde resulta de um complexo conjunto de determinantes que incluem as características sócio-demográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico (GOLDBAUM et al, 2005; MENDOZA-SASSI, BÉRIA, BARROS, 2003; MENDOZA-SASSI, BÉRIA, 2001). Assim, fatores relacionados como a proximidade, acesso aos serviços e recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura de planos de saúde privados, bem como as percepções do indivíduo referentes à sua saúde, valores sociais e culturais associados ao consumo dos serviços de saúde podem influenciar na escolha de determinados serviços e na agilidade que essa busca por atendimento ocorre (CAPILHEIRA, SANTOS, 2006; GOLDBAUM et al, 2005; ZUCCHI, DEL NERO, MALIK, 2000), o que, no contexto da TB, pode prejudicar o diagnóstico e início do tratamento da doença.

Entende-se por atraso do doente o tempo que transcorre entre a percepção do indivíduo com relação aos sinais e sintomas, sentir-se doente e identificar a necessidade de buscar cuidados, transpondo obstáculos sociais, religiosos, pessoais e até mesmo físicos. Nesse sentido, identificar o tempo de atraso do doente para o diagnóstico, elencando características individuais e a busca por serviço de saúde poderá ajudar na elaboração de medidas para a localização oportuna das fontes de infecção à TB (SHERMAN *et al.*, 1999; ENARSON, 1995).

Na literatura, não há concordância sobre o tempo de atraso aceitável para o doente. Estudo realizado, em Gana (LAWN *et al*., 1998) aponta que a busca do doente pelo serviço de saúde pode levar até 30 dias. Estudo realizado em São Paulo (JOB et al., 1986) mostra que a busca demorou mais de 30 dias sendo que, em outros estudos, o referido atraso foi de 14 a 21 dias (LEUNG, LEUNG e TAM, 2007; CHENG, et al, 2005). Apesar de não se saber sobre um tempo de atraso aceitável para um controle eficaz da TB, acredita-se que o tempo entre o indivíduo se sentir doente, identificar a necessidade de buscar por serviço de saúde e a obtenção do diagnóstico não deve ser superior a 14 ou 21 dias (LAMBERT, STUYFT, 2005).

Neste contexto, estudar a acessibilidade possibilitaria conhecer o comportamento dos doentes de TB na busca por serviços de saúde, contribuindo para a detecção precoce dos casos e o consequente rompimento da cadeia de transmissão da mesma, uma vez que estima-se que um doente sem tratamento com baciloscopia positiva infecta, em média, 8 a 15 contatos por ano, além da redução do sofrimento e aumento das chances de cura do doente. (CÁCERES-MANRIQUE; OROZCO-VARGAS, 2008; LEUNG, LEUNG, TAM, 2007; DIÉZ et al, 2005; BOMBARDA et al; RUFFINO-NETTO, 2001; MELO, SOARES, ANDRADE,1999; JOB et

al, 1986; RUFFINO-NETTO; ARANTES, 1976). Dessa forma, o conhecimento dos aspectos relacionados à acessibilidade do doente na busca por serviços de saúde é importante não apenas considerando os conhecimentos médicos para o desenvolvimento de ações de detecção de casos, mas também para lançar mão de outros recursos, como o reconhecimento de indivíduos vulneráveis a partir da compreensão de características intrínsecas aos doentes (aspectos sócio-econômicos, culturais, antropológicos, comportamentais, percepção da doença e comportamento de busca por assistência), os quais podem determinar a busca, o acesso e a utilização dos serviços de assistência à saúde. (WANG et al., 2007; DÍEZ et al, 2005; BARR, DIEZ-ROUX, KNIRSCH, 2001; BRASIL, 2000; SACKS, PENDLE, 1998; JOB et al., 1986).

Frente ao exposto, contribuir para a identificação de aspectos que poderiam influenciar na acessibilidade do doente, a partir do tempo, para a busca do primeiro serviço de saúde, na visão deste, bem como na detecção dos casos é um dos grandes desafios deste estudo.

1.1 Quadro Teórico

A proposta do SUS é garantir em termos legais o acesso universal, igualitário e integral aos serviços e ações de saúde (CARNEIRO, SILVEIRA, 2003), a qual foi dada continuidade em 2006, quando houve o estabelecimento da Política de AB, que possui como um de seus fundamentos "*possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da eqüidade"* (BRASIL, 2007).

No entanto, a conquista da legitimação do SUS, expresso na *Constituição* de 1988, ainda não representa uma real efetivação (CARNEIRO, SILVEIRA, 2003) no que tange as inúmeras barreiras de acesso (sócio-culturais, organizacionais, geográficas e econômicas) que privam usuários das ações e serviços de saúde que necessitam, de modo que ainda há muito a ser feito no sentido de se avançar na equidade do acesso e utilização dos serviços de saúde

No tocante à utilização dos serviços de saúde, as características que entravam a procura pelo serviço, bem como as que facilitam o acesso, podem ser analisadas a partir da porta de entrada ao sistema de saúde que, segundo Starfield (2002), corresponde ao componente organizacional da AB que visa otimizar o uso dos recursos disponíveis, ordenar o

fluxo das pessoas dentro do sistema e promover maior resolutividade aos problema apresentados, prevendo, para isso, a acessibilidade e utilização do serviço a cada nova necessidade de saúde do usuário.

Frenk (1985) entende que a acessibilidade é intrínseca ao modo específico como cada indivíduo concebe e enfrenta a doença. Assim, propõe-se a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários (necessidades de saúde → desejo de obter cuidados de saúde → busca por cuidados→ entrada nos serviços → continuidade dos cuidados).

Na literatura, os conceitos de acessibilidade e acesso em alguns casos são empregados como sinônimos, e em outros são usados *de forma intercalada e geralmente ambígua* (STARFIELD, 2002).

Neste estudo utilizar-se-á o conceito de acesso como sinônimo de acessibilidade. Segundo Fekete (1997), a acessibilidade é entendida como a "*idéia de complementaridade entre características da oferta e da população, definindo-a como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população no processo de busca e obtenção de assistência à saúde",* e resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem:

Sócio-cultural, referindo-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde, como a percepção sobre o corpo e a doença, credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros. Essas considerações fundamentam a idéia do componente simbólico apresentado por Jesus e Assis (2006), pois a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde-doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde.

Organizacional, representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde, podendo estar presentes não só no contato inicial com a unidade como também dentro dela e nos demais níveis do sistema. Essa dimensão é complementada pela dimensão tecno-assistencial proposta por Jesus e Assis (2006), observando que a conformação e organização dos serviços de saúde, seus fluxos, programas e possibilidades de reorganização podem garantir o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade.

Geográfica, que diz respeito à distância média entre a pessoa e os recursos, sendo medida não apenas pela distância, mas sim em função do tempo que se consome para obter a

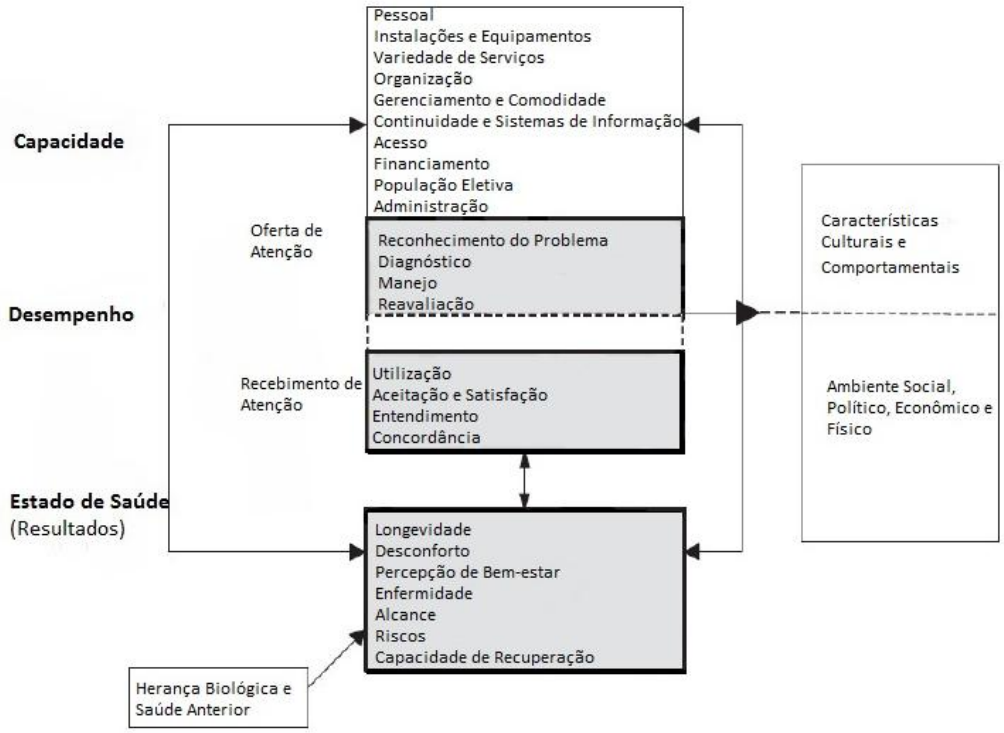
assistência em saúde e pela avaliação dos motivos que levam a população a procurar determinado serviço de saúde em determinado local.

E*conômica* refere-se às barreiras financeiras à utilização dos serviços de saúde, constituindo-se num paradoxo uma vez que o acesso universal e igualitário às ações de serviços de saúde é um princípio constitucional. Uma oferta insuficiente, no entanto, implica em custos e prejuízos a população.

A acessibilidade dos usuários aos serviços (considerado acesso pelo autor) envolve condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, extrapolando a dimensão geográfica por abranger também o aspecto econômico (relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço), o aspecto cultural (envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população), o aspecto funcional (pela oferta de serviços adequados às necessidades da população) (UNGLERT, 1995) e ainda a percepção das necessidades de saúde, que se converte em demanda e esta na utilização (OJANUGA, GILBERT; PUENTES-MARKIDES, 1992).

No que tange ao controle da TB, a acessibilidade se configura como um desafio de fundamental importância na realização do diagnóstico precoce, uma vez que, ao perceber-se doente, o indivíduo procede à busca e utilização dos serviços de saúde, culminando no processo de oferta e recebimento de atenção (figura 1). Esse processo é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (Capacidade e Desempenho). O comportamento individual é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Considera-se que entre o aparecimento dos sintomas (ou a tomada de consciência dos mesmos) até a chegada aos serviços há uma série de etapas a serem vencidas, dos aspectos individuais e comportamentais ao social envolvendo os aspectos demográficos e clínicos, que irá permear o Estado de Saúde.

Dessa forma, apesar da estrutura existente do sistema de serviços de saúde e de todos os níveis de atenção servirem como primeira opção de escolha na busca por estes serviços, ainda há que se conhecer as características relacionadas aos doentes de TB que precisam ser mais bem trabalhadas, o que colaboraria para a realização de uma busca precoce por atendimento e uma maior possibilidade de se realizar o diagnóstico precoce da doença.



Fonte: Starfield, 2002

Figura 1. O Sistema de Serviços de Saúde.

1.2 Justificativa

Apesar das novas propostas para o diagnóstico da TB, como o investimento em novos testes diagnósticos, o problema tem sido encontrado nas lacunas apresentadas pelos serviços de saúde na acessibilidade dos doentes a esse diagnóstico. A importância do estudo está em conhecer os fatores intrínsecos aos doentes que colaboram para o atraso na busca por atendimento em um serviço de saúde. Nesse sentido, há necessidade de compreender esses aspectos de modo que as ações dos serviços de saúde sejam orientadas de forma a garantir a acessibilidade e assegurar a detecção precoce dos casos, culminando no diagnóstico oportuno da TB.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o tempo do doente na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP, 2009.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar o tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas de tuberculose e a primeira busca por um serviço de saúde para atendimento;
- ✓ Identificar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a primeira procura por serviço de saúde segundo o perfil dos doentes e o serviço de saúde procurado;
- ✓ Identificar o primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviço de saúde que realizaram o diagnóstico da tuberculose.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Modelo do Estudo

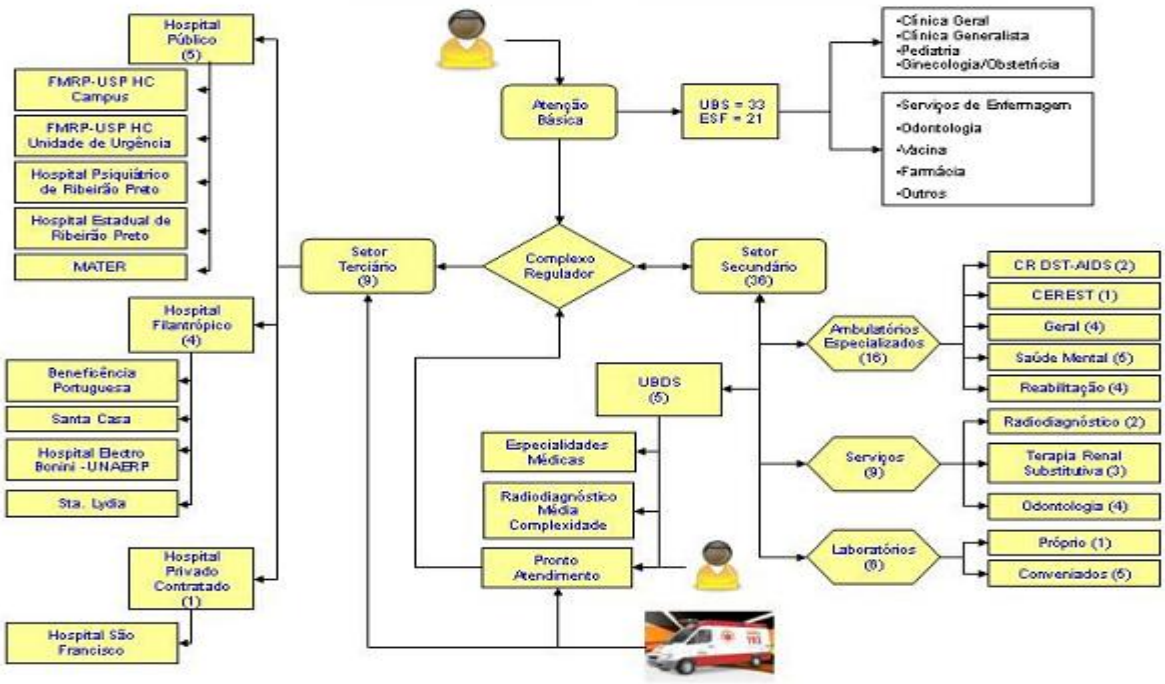
Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, realizado no município de Ribeirão Preto, 2009

3.2 Caracterização do Local de Estudo

Ribeirão Preto é considerado um dos municípios prioritários para o controle da TB no estado de São Paulo (BRASIL, 2000), sendo o pioneiro na implantação da Estratégia Diretamente Observada de Curta Duração (DOTS), proposta pela OMS em 1998, para tornar mais eficaz o controle da doença no município.

Os critérios para escolha dos municípios prioritários de controle foram: possuir área geograficamente delimitada com equipes da ESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), UBS, DOTS implementado no sistema de saúde, razoável tradição histórica na organização dos serviços de AB (USF e UBS), envolvimento e parceria entre academia e serviços de saúde, gestores, equipes do PCT, Vigilância Epidemiológica e serviços de AB.

Em 2009, Ribeirão Preto apresentava uma população de 583.842 habitantes (IBGE, 2010), apresentando um sistema de saúde (Figura 2) constituído por 15 hospitais (totalizando 1942 leitos, sendo 1389 SUS e 553 conveniados), 33 UBS, 21 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 05 Ambulatórios de Referência (Quadro 1) (RIBEIRÃO PRETO, 2009).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento, 2011.

Figura 2. Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2011.

Quadro 1. Estrutura Física da Rede de Atenção Básica e Especializada do Município de Ribeirão Preto, 2011.

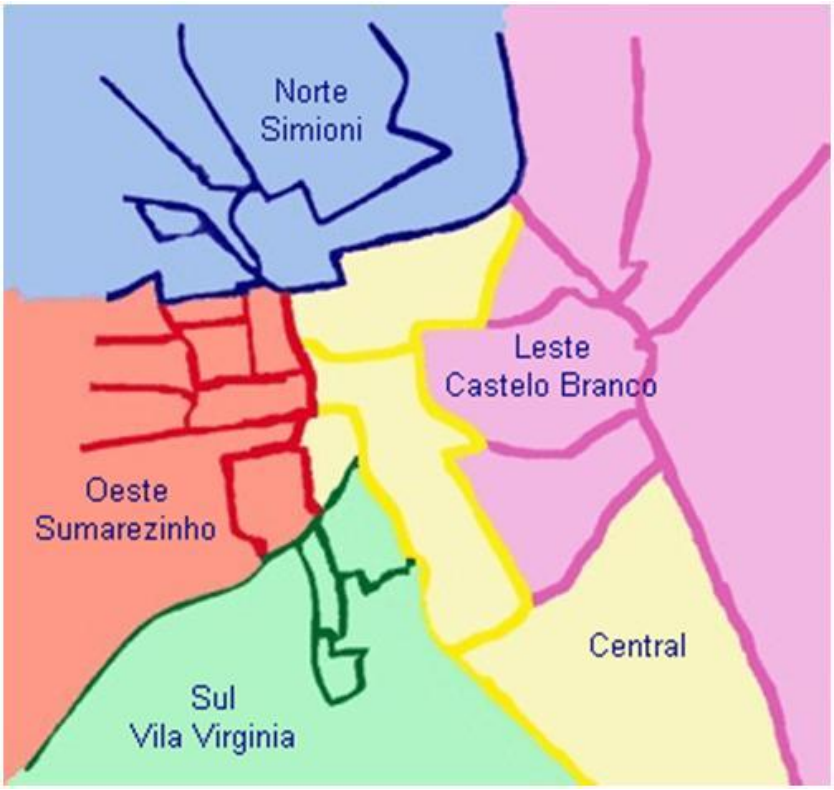
Distritos Sanitários	UBDS	UBS	USF	Unidade Básica e Especializada	Unidade Especializada
Central	1	4	0	1	5
Norte	1*	7	4	-	0
Sul	1	3	0	-	1
Oeste	1	9	8	-	3
Leste	1	5	1	-	1
Total	5	28	13	1	10

Legenda: UBDS - Unidade Básica Distrital de Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; USF – Unidade Saúde da Família

Nota: * Essa UBDS não oferta serviços de AB, apenas serviço de pronto atendimento e atenção secundária.

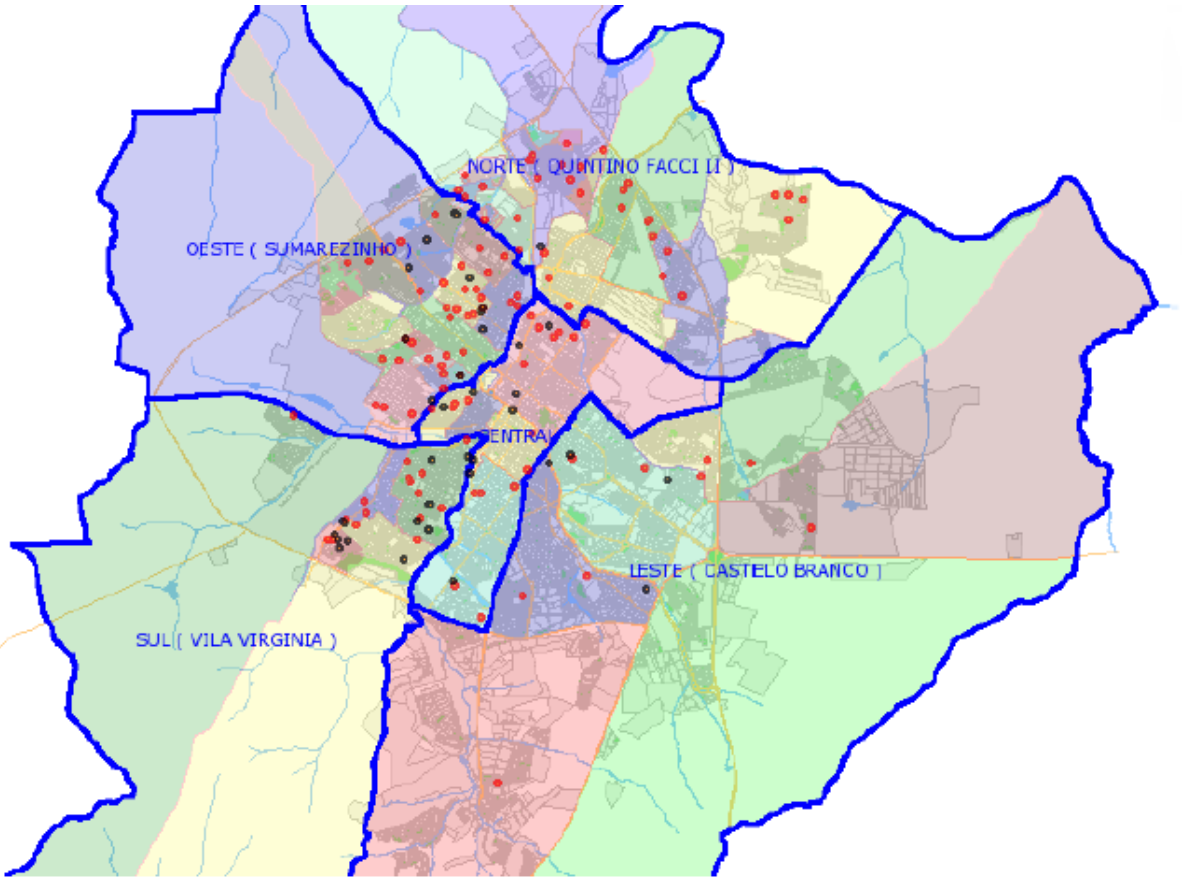
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento-Divisão de Planejamento em Saúde, 2011.

O manejo clínico dos doentes de TB é realizado nos cinco distritos sanitários do município (Figura 3), (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central) pelos Ambulatórios de Referência com PCT implantado, embora as políticas de saúde locais privilegiem e preconizem como porta de entrada os serviços de AB no que tange a identificação e diagnóstico dos casos. Há equipes fixas, mas não exclusivas do PCT, compostas minimamente por uma enfermeira, um médico e dois auxiliares de enfermagem. Em 2009, o município notificou 194 casos de TB (Figura 4), 19,6% de co-infecção TB/HIV e 93,3% de cobertura de tratamento diretamente observado (TDO). Em relação ao desfecho do tratamento, verificou-se 67,5% de taxa de cura, 1,0% de óbito por TB, 7,7% óbito não TB, 2,6% abandono e 20,1% dos casos que ainda não haviam finalizado o tratamento (WEB-TB, 2010).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

Figura 3. Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, 2009.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

Figura 4. Distribuição do Número de Casos de Tuberculose no Município de Ribeirão Preto, 2009.

3.2.1 Atendimento pelos diferentes tipos de Serviços de Saúde do Município

A seguir, apresentação dos tipos de serviços de saúde procurados pelo suspeito de TB, no sistema de saúde do município.

HOSPITAIS

Os Hospitais oferecem atendimento 24 horas por dia, com alta densidade tecnológica (utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que compreende cuidados de prevenção, tratamento e recuperação, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, nas mais diversas especialidades em saúde). Deveria atender pacientes portadores

de doenças complexas e que não puderem ser resolvidas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UAB) entende-se UBS e ESF, ou SPA.

A Atenção hospitalar à TB no município pode ser realizada por qualquer hospital, sendo que, quando o diagnóstico ocorre nesses serviços normalmente são encaminhados para que o seguimento do tratamento seja realizado pela AB. Nos casos mais complexos de TB (formas extrapulmonares, situações de co-morbidades graves, como o HIV/aids, entre outras, e os casos de multirresistência aos medicamentos), o acompanhamento ocorre principalmente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP). O fluxo de atendimento aos doentes de TB ocorre por meio de guia de Referência de uma UAB ou SPA, e após a alta hospitalar, esses são contra-referenciados aos PCT pertencentes aos cinco Distritos Sanitários.

CONSULTÓRIOS PARTICULARES

Nesses locais os usuários recebem atenção especializada, a depender da necessidade de saúde, nos quais usufruem de atendimento de profissionais especializados, apoio diagnóstico e terapêutico.

Quando o doente de TB adentra esses serviços são realizados exames diagnósticos (Raio-X) e, após concretização do quadro da doença, o tratamento pode ser acompanhado por esse especialista, no entanto, a notificação do caso deve ser realizada por uma UAB ou pelo próprio PCT. A dispensação do medicamento é realizada pelo sistema público. O fluxo de atendimento nesses serviços ocorre por demanda espontânea.

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT)

Nesses serviços, o fluxo de atendimento deve ser realizado através de guia de referência, no entanto, para que o doente não fique percorrendo o sistema de saúde, muitas vezes o PCT atende como porta aberta. O horário de funcionamento varia, tendo três serviços que funcionam das 7h às 17h, um das 7h às 13h, e outro das 13h às 17h. O PCT tem a responsabilidade de confirmar o diagnóstico, iniciar o tratamento, oferecer e executar a terapia supervisionada, avaliar os contactantes dos pacientes em tratamento, desenvolver ações de prevenção e oferecer informação na comunidade residente em suas áreas de abrangência.

SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

Há cinco SPA no município, presentes nas Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS). Estas estruturas possuem complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares onde, em conjunto com estas, compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Esta estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação, tem funcionamento de 24h e atende por demanda espontânea.

Com relação à atenção a TB, solicita os pedidos de baciloscopia, realiza o Raio-X e, após diagnóstico encaminha para os PCT, de acordo com a área de abrangência do doente, onde normalmente é realizado a notificação, condução e manejo do caso.

UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA (UAB)

As UAB deveriam representar o primeiro contato entre o sistema de saúde e a população, sendo essas unidades que deveriam promover a formação de vínculos com as equipes de saúde e se constituir como o local prioritário para a realização da prática da clínica do cuidado individual e/ou coletivo. Esse serviço ainda tem a função de coordenar os fluxos e contra-fluxos (referências e contra referências) dos usuários pelos diversos serviços oferecidos nessa rede de Atenção.

O Atendimento nessas unidades ocorre das 7h às 17h, no entanto há três unidades que funcionam das 07 às 19h, uma das 07 às 20h, duas das 7h às 21h e três unidades que funcionam das 07 às 22h.

Para as UAB, no que tange à atenção à TB, compete realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios e oferecer o exame de baciloscopia de escarro a todas as pessoas que se queixem de tosse há mais de duas semanas ou tenham sintomas sugestivos de TB (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Casos Suspeitos/Tosse há mais de 3 semanas → Realizar coleta de Baciloscopia:

→ Baciloscopia positiva → encaminhar para o PCT;

→ Baciloscopia negativa → investigar outras patologias; no caso de pacientes com sintomas de TB e baciloscopia negativa (possível falso negativo), normalmente é realizada a solicitação de exames complementares, como o Raio-X, que é feito em uma UBDS.

3.2.1.1 Disponibilidade e realização de exames para o diagnóstico da tuberculose

Os exames utilizados para o diagnóstico da TB no município são: a baciloscopia de escarro; o Raio-X e o Teste Tuberculínico.

Baciloscopia de escarro: podem ser solicitadas por todas as unidades e por todos os profissionais de saúde, inclusive agentes comunitários de saúde. São analisadas pelo Instituto Adolf Lutz e por um Laboratório conveniado com a Secretaria Municipal de Saúde.

Os exames são recolhidos diariamente nos SPA e PCT no período da manhã e nas UAB em torno de 3x/semana (manhã), no entanto há unidades que não possuem geladeira para o armazenamento e os doentes precisam se dirigir à UBDS mais próxima para entrega do material.

Os resultados saem em 24h e, quando positivos, são informados por telefone para as unidades de saúde. Essas comunicam e encaminham o doente para o PCT, que fazem o manejo e a condução dos casos. Quando negativo os resultados são disponibilizados no sistema de informação municipal, Hygia-WEB.

Raio-X: pode ser solicitado por todas unidades de saúde, pelo médico, sendo os suspeitos de TB priorizados para a realização deste. O Raio-X é realizado em apenas três UBDS e em um ambulatório de especialidades.

Teste Tuberculínico: é realizado em duas unidades de saúde com PCT, por auxiliares de enfermagem, deve ser solicitado pelo médico e é considerado prioritário para coinfectados TB/HIV, doentes imunossuprimidos, crianças comunicantes de doentes e suspeitos da doença, no entanto, pode não ser conclusivo, existe a necessidade de realizar outros exames complementares.

3.3 População e Amostra do Estudo

Em 2009 foram identificados 113 doentes de TB em tratamento, acompanhados pelos cinco ambulatórios onde funciona o PCT e pelo HC-FMRP/USP. Dentre esses doentes, dois não atendiam aos critérios de seleção previamente estabelecidos, quatro se recusaram a

participar das entrevistas e seis não foram localizados. Assim, permaneceram para o estudo 101 doentes de TB. No entanto, a amostra para este estudo foi constituída por 94 doentes, uma vez que quatro doentes não se lembravam do tempo que demoraram para procurar o primeiro serviço de saúde após início dos sintomas da TB e três que não sabiam qual foi o primeiro serviço de saúde procurado.

3.3.1. Critérios de Seleção

Esses doentes foram selecionados segundo os seguintes critérios: ser maior de dezoito anos, residentes em Ribeirão Preto, estar fora do sistema prisional, e não possuir deficiência mental.

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de fonte primária (entrevista com os doentes), e fontes secundárias (prontuários e sistemas de informação - WEB-TB). As entrevistas com os doentes de TB foram realizadas no período de julho a novembro de 2009.

3.4.1 Procedimentos

O levantamento destes pacientes foi realizado a partir de consultas ao banco de dados da vigilância epidemiológica e de dados secundários obtidos nas unidades de saúde do PCT (livro de Registro). Em seguida, foram identificados o endereço do doente e seu telefone a partir do EPI-TB / ficha de notificação.

O agendamento da entrevista deu-se por telefone ou através dos próprios profissionais do serviço. O local e o horário da aplicação do questionário foram escolhidos pelo doente.

Nas situações em que o doente não foi encontrado no local combinado, foi necessário um novo contato para agendamento.

3.4.2 Aspectos observados durante a Coleta de Dados

Facilidades:

- Parceria da academia/pesquisadores com os serviços de saúde local;
- Orientação por parte das equipes de saúde aos pesquisadores quanto aos locais de risco, durante a coleta de dados;
- Acompanhamento durante a realização do TDO, permitindo o primeiro contato e criação de vínculo doente-entrevistador;
- Agendamento de entrevista na mesma data do retorno para consulta médica (quando da escolha do doente);
- Periodicidade de reuniões entre os pesquisadores locais para troca de experiências e informações durante o período de coleta de dados.

Obstáculos:

- Dificuldade de encontrar o doente para realizar a entrevista;
- Difícil acesso geográfico para a aplicação dos questionários, quando a entrevista não acontecia nos serviços de saúde;
- Localização dos domicílios dos doentes em áreas de vulnerabilidade social (violência e tráfico);
- Estigma que envolve a doença, tanto por alguns dos doentes, por aqueles que convivem com o doente, e até de profissionais de saúde que não lidam com a doença.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento (Anexo A) baseado no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) (STARFIELD, 2002), validado no Brasil (MACINKO; ALMEIDA, 2006) e adaptado para o enfoque no diagnóstico da TB (VILLA, RUFFINO-NETTO, 2009). Este instrumento continha questões que procuraram recuperar o trajeto do doente desde o momento em que apresentou sinais e sintomas da TB, sentiu-se doente e desejou obter cuidados específicos até a efetiva procura pelos serviços de saúde visando o diagnóstico. Para o preenchimento do instrumento foram utilizadas fontes primárias (entrevistas com os doentes) e secundárias (prontuários e WEB-TB).

Para a elaboração deste questionário, adotou-se como referencial teórico a APS elencando as dimensões *porta de entrada, acesso, elenco de serviços, orientação à comunidade e enfoque na família* (STARFIELD, 2002). No entanto, para este estudo, foram analisadas as dimensões *porta de entrada e acesso ao diagnóstico*.

O entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo escalas de classificação variadas como, dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única.

Para proceder à coleta de dados foram utilizados roteiros explicativos sobre a escala de respostas dos questionários direcionados ao entrevistado.

3.5.1 Variáveis utilizadas no Estudo

As variáveis priorizadas no presente estudo foram:

- ***Informações sócio-demográficas:***
  - ✓ Gênero; idade; escolaridade; situação empregatícia; renda familiar.
- ***Informações Clínicas sobre a TB (fonte secundária):***
  - ✓ *Forma clínica; co-infecção pelo HIV; tipo de caso.*
- ***Dimensão Porta de Entrada:***

- ✓ Realização de controle preventivo de saúde antes de ficar doente de TB; procura por serviço de saúde mais próximo do domicílio; consumo de bebida alcoólica; consumo de tabaco; conhecimento sobre TB; gravidade dos sintomas; tempo (em dias) entre o início dos sinais e sintomas e a primeira procura por serviço de saúde; e primeiro serviço de saúde procurado quando se sentiu doente.

- ***Dimensão Acesso ao Diagnóstico:***

- ✓ Serviço de saúde que diagnosticou a TB.

Portanto, para a identificação do tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas e a primeira busca por serviço de saúde para atendimento, foram utilizadas as variáveis:

- ✓ Tempo em dias para procurar o serviço de saúde após se perceber doente; primeiro serviço de saúde procurado quando se percebeu doente.

Para a identificação do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a primeira procura por serviço de saúde segundo, o perfil dos doentes e o serviço de saúde procurado, foram utilizadas as variáveis:

- ✓ Gênero; idade; escolaridade; situação empregatícia; renda familiar; forma clínica da TB; tipo de caso; gravidade dos sintomas; co-infecção pelo HIV; consumo de bebidas alcoólicas; consumo de tabaco; realização de controle preventivo de saúde; nível de conhecimento sobre a TB entre os doentes e procura por serviços de saúde próximos ao domicílio.

Para a identificação do primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviço de saúde que realizaram o diagnóstico da TB foram utilizadas as variáveis:

- ✓ Primeiro serviço de saúde procurado quando se percebeu doente; serviço de saúde que realizou o diagnóstico da TB.

3.6 Análise dos dados

Neste estudo a acessibilidade do doente na busca por serviço de saúde é apresentada através da análise descritiva das dimensões *porta de entrada e acesso ao diagnóstico, conforme as variáveis priorizadas para o estudo, segundo o tipo de serviço procurado* (para este, foi realizado um agrupamento entre os tipos de serviços, portanto, foi considerado UAB (UBS e USF), SPA e SE (Hospitais, Consultórios particulares e os PCT)), considerando as informações sócio-demográficas e clínicas dos doentes de TB e utilização dos tipos de serviços de saúde, visando o diagnóstico.

Criou-se um banco de dados sendo realizada digitação dupla dos mesmos e posterior inserção no software Statistic 9.0 StatSoft. Realizou-se freqüência relativa das variáveis a fim de verificar inconsistências no banco para posterior análise dos dados.

Para a análise dos dados, medidas de tendência central (mediana e intervalos interquartis) foram utilizadas para analisar a variável: "tempo decorrido entre sentir-se doente e a primeira procura pelo serviço de saúde". A partir disso, estabeleceu-se a mediana como valor mais adequado para a caracterização dos dois grupos de doentes (atraso e não atraso), uma vez que a referida variável possuía distribuição assimétrica (Apêndice A).

Após a definição do "ponto de corte", dado pela mediana do tempo decorrido entre a percepção dos sintomas da TB e a procura por primeiro atendimento em um serviço de saúde, considerou-se atraso ao diagnóstico, aqueles doentes que demoraram mais de 15 dias para proceder à busca a um serviço de saúde visando o primeiro atendimento.

Posteriormente, após a definição destes atrasos, calculou-se a razão de prevalência (RP) para identificar quais as categorias das variáveis dependentes selecionadas estiveram associadas ao atraso no diagnóstico da TB, as variáveis utilizadas foram referentes à dimensão *porta de entrada, informações sócio-demográficas e clínicas* dos doentes de TB, segundo os tipos de serviços de saúde. Neste estudo, a RP foi entendida, segundo Passos e Ruffino Netto (2011), como o indicador utilizado para medir a associação entre as variáveis. Apesar de ser uma expressão matemática idêntica ao Risco Relativo, contudo não possui o mesmo significado que aquele, uma vez que é utilizado em estudos do tipo transversal.

Para a realização do cálculo da RP, os dados de cada variável utilizada foram alocados em tabelas 2X2 criando-se, assim, quatro grupos (Figura 5). Em seguida, encontrou-se a RP por meio do cálculo da relação entre a proporção de doentes que tiveram atraso na categoria 1

(a/a+b) e a proporção dos doentes que tiveram atraso na categoria 2 (c/c+d). Padronizou-se como numerador a primeira categoria de cada variável. Foram construídos intervalos de confiança (IC95%), adotando nível de significância de 5% (α=0,05).

$$RP = \frac{a / (a + b)}{c / (c + d)}$$

		Atraso no diagnóstico		
		Sim (> 15 dias)	Não (≤ 15 dias)	**TOTAL**
Variável	Categoria 1	***a*** Atraso entre categoria 1	***b*** Sem atraso entre categoria 1	a + b
	Categoria 2	***c*** Atraso entre categoria 2	***d*** Sem atraso entre categoria 2	c + d

Figura 5. Tabela 2X2 para o cálculo da razão de prevalência segundo o atraso no diagnóstico da TB e variáveis selecionadas neste estudo.

Para a identificação do primeiro serviço de saúde procurado e o serviço de saúde que realizou o diagnóstico da TB foi realizada a análise descritiva dos dados, que permitiu observar se a principal porta de entrada para o doente de TB no sistema de serviços de saúde foi efetiva na realização do diagnóstico da doença.

3.7 Limitações do Estudo

Enquanto limitação do estudo foi observado um possível viés de memória decorrido do fato de o doente não precisar a data de início dos sintomas, o que poderia ocorrer devido à variação nas percepções em se considerar doente e a efetiva procura por um serviço de saúde, visando o diagnóstico, mas não necessariamente obter o diagnóstico.

3.8 Aspectos Éticos

Atendendo à resolução 196/96, o projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de

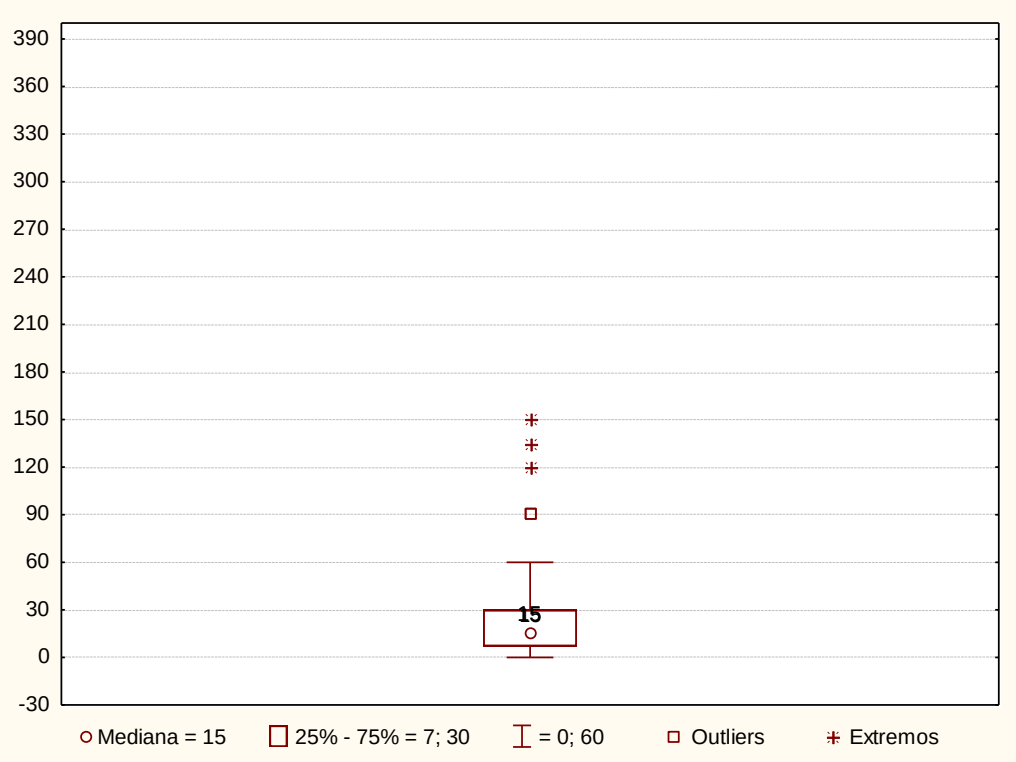
Enfermagem de Ribeirão Preto, conforme protocolo nº 0984/2008 (Anexo B). Cada entrevistado participou da pesquisa mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

4 RESULTADOS

4.1 Tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas e a busca por primeiro serviço de saúde.

O gráfico 1 mostra que a mediana do tempo entre o início dos sinais e sintomas e a busca por um primeiro serviço de saúde (atraso do doente) foi de 15 dias, sendo que 25% deles demoraram até 7 dias na procura pelo primeiro serviço de saúde após se perceber doente (apresentar os sinais e sintomas de TB) e 75% demoraram até 30 dias. Em alguns casos foi observado que os doentes excederam 60 dias para proceder a essa procura por um primeiro serviço de saúde, tendo um doente relatado demora de 1095 dias.

Gráfico 1 Tempo decorrido entre o início dos sintomas da Tuberculose e a procura pelo primeiro atendimento em um serviço de saúde no município de Ribeirão Preto, 2009.



4.2 Tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da tuberculose, a primeira procura pelo serviço de saúde, e o perfil dos doentes.

A tabela 1 apresenta o Tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da doença segundo variáveis da porta de entrada, informações sócio-demográficas e clínicas do doente de tuberculose e a primeira procura por um serviço de saúde.

Quanto às *informações sócio-demográficas*, o *gênero* masculino predominou (69,1%) na amostra, mediana de 15 dias, sendo o SE, o serviço procurado com o maior atraso entre os homens, mediana de 30 dias; a *faixa etária* predominante foi entre 18 a 29 anos (25,5%), a dos 50 a 59 anos apresentou a maior mediana 25 dias, nas UAB 23 dias, nos SPA 30 dias, e nos SE a faixa de 18 a 29 anos apresentou mediana de 30 dias; quanto à *escolaridade* predominou os "sem nenhum ano de estudo, ou EF Ensino Fundamental (EF) incompleto" (64,9%), no entanto, ambas as categorias com mediana de 15 dias, nos SE ocorreu o maior atraso entre os "com escolaridade", mediana de 21 dias. Considerando à *situação empregatícia*, predominou os "com remuneração" (63,8%), e ambas as categorias tiveram mediana de 15 dias, nos SE o maior atraso foi entre os "sem remuneração", mediana de 20 dias; a *renda familiar* em Salário Mínimo (SM), predominou indivíduos que recebiam "Até 2 SM", (60,1%), mediana de 15 dias, assim como os que recebiam de 2 SM a 5 SM; nos SE os que recebiam "acima de 5 SM", mediana de 30 dias.

Com relação às *informações clínicas*, a *forma clínica* predominante foi à pulmonar (79,8%), mediana de 15 dias, nos SE mediana de 20 dias; quanto ao *tipo de caso*, os "casos novos" predominaram (92,6%), mediana de 15 dias, e nos SE, estes tiveram a mediana de 20 dias; em se tratando de *coinfecção TB/HIV*, predominou indivíduos "sem coinfecção" (84%), mediana de 15 dias, nos SE o maior atraso foi entre os não coinfectados, mediana de 20 dias.

Quanto à *dimensão porta de entrada*, para a *realização de controle preventivo*, predominou os que realizavam (60,6%), no entanto, ambas as categorias tiveram mediana de 15 dias, nas UAB e SE, os que não realizavam controle, tiveram mediana de 23 e 30 dias, respectivamente; quanto aos *sintomas da doença*, predominou os que referiram os sintomas "fortes" (71,3%), no entanto as três categorias apresentaram mediana de 15 dias, nas UAB e SE os que referiram como sintomas moderados, mediana de 30 e 25 dias, e nos SPA os que referiram os sintomas fortes, mediana de 20 dias; o *consumo de bebida alcoólica* predominou (78,7%), no entanto o maior atraso foi entre os que não consumiam bebida alcoólica, mediana de 20 dias, nos SPA e SE, estes tiveram mediana de 25 e 20 dias respectivamente; com relação ao *consumo de tabaco*, este predominou (64,9%), no entanto, as 2 categorias tiveram mediana de 15 dias, nos SE os que consumiam tiveram mediana de 20 dias; em se tratando de *conhecimento sobre TB* antes do diagnóstico, predominou os com conhecimento precário

(66,0%), no entanto, a maior demora foi entre os que tinham conhecimento satisfatório, mediana de 21 dias, nos SPA e SE mesma mediana de 26 dias; em se tratando de *procura por serviço de saúde mais próximo do domicílio* antes de ficar doente de TB, predominou os que procuravam por serviço de saúde mais próximo (70,2%), no entanto, os que não procuravam, tiveram mediana de 18 dias, estes, nos SE tiveram mediana de 30 dias.

Tabela 1. Tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas da doença segundo variáveis da porta de entrada, informações sócio-demográficas e clínicas do doente de tuberculose e a primeira procura por um serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

Variáveis			Primeiro Serviço de Saúde Procurado											
			UAB (n=23)			SPA (n=54)			SE (n=17)			TOTAL (n=94)		
			N(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	N(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	N(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	N(%)	Media na	Quartil 25 e 75
Informações Sócio-demográficas	Gênero	Feminino	7,0(24,1)	15,0	[7; 45]	14,0 (48,3)	8,0	[7; 60]	8,0(27,6)	11,5	[0; 20,5]	29,0(30,9)	14,0	[7; 30]
		Masculino	16,0(24,6)	11,0	[0,5; 30]	40,0(61,5)	15,0	[7; 30]	9,0(13,9)	30,0	[14; 30]	65,0(69,1)	15,0	[7; 30]
	Faixa Etária	18 a 29 anos	4,0(16,7)	15,0	[11; 52]	17,0(70,8)	15,0	[5; 30]	3,0(3,2)	30,0	[30; 60]	24,0(25,5)	18,0	[7, 45]
		30 a 39 anos	7,0(35,0)	14,0	[7; 45]	9,0(45,0)	9,0	[7; 30]	4,0(20,0)	20,5	[17;238]	20,0(21,3)	15,0	[7; 30]
		40 a 49 anos	6,0(27,2)	11,0	[4; 30]	12,0(54,6)	11,0	[5; 25,5]	4,0(18,2)	14,5	[7; 22,5]	22,0(23,4)	15,0	[4; 30]
		50 a 59 anos	4,0(22,2)	23,0	[8; 30]	12,0(66,7)	30,0	[12,5; 45]	2,0(11,1)	0,0	[0; 0]	18,0(19,2)	25,0	[7; 30]
		Acima de 60	2,0(20,0)	0,5	[0; 1]	4,0(40,0)	8,5	[1,5; 22,5]	4,0(40,0)	11,5	[1,5; 25]	10,0(10,6)	3,0	[1; 20]
	Escolaridade	Sem Escolaridade ou EF incompleto	16,0(26,2)	15,0	[7; 30]	34,0(55,7)	15,0	[7; 30]	11,0(18,1)	15,0	[0; 30]	61,0(64,9)	15,0	[7;30]
		EF completo ou mais	7,0(21,2)	7,0	[0; 15]	20,0(60,6)	15,0	[3; 30]	6,0(18,2)	21,0	[14; 30]	33,0(35,1)	15,0	[3; 30]
	Situação Empregatícia	Com remuneração	13,0(21,7)	15,0	[4; 16]	37,0(61,7)	15,0	[7; 30]	10,0(16,6)	18,0	[0; 30]	60,0(63,8)	15,0	[5; 30]
		Sem remuneração	10,0(29,4)	15,0	[7; 30]	17,0(50,0)	15,0	[7; 30]	7,0(20,6)	20,0	[3; 60]	34,0(36,2)	15,0	[7; 30]
	Renda Familiar	Até 2 SM	12,0(21,1)	14,5	[7; 30]	35,0(61,4)	15,0	[7; 30]	10,0(17,5)	17,5	[3; 30]	57,0(60,6)	15,0	[6; 30]
		De 2 SM a 5 SM	11,0(35,5)	15,0	[0; 16]	15,0(48,4)	15,0	[7; 30]	5,0(16,1)	20,0	[14; 30]	31,0(33,0)	15,0	[7; 30]
		Acima de 5 SM	-	-	-	4,0(66,7)	9,0	[3; 38]	2,0(33,3)	30,0	[0; 60]	6,0(6,4)	9,0	[3; 60]
Informações Clínicas	Forma Clínica da Doença	Pulmonar	18,0(24,0)	15,0	[7; 30]	44,0(58,7)	15,0	[7; 30]	13,0(17,3)	20,0	[0; 30]	75,0(79,8)	15,0	[7; 30]
		Extrapulmonar	3,0(18,7)	7,0	[0; 15]	9,0(56,3)	7,0	[2; 30]	4,0(25,0)	15,0	[14; 23]	16,0(17,0)	14,0	[3; 23]
		Pulmonar + extra	2,0(66,7)	15,0	[0; 30]	1(33,3)	-	-	-	-	-	3,0(3,2)	7,0	[0; 30]
	Tipo de caso	Casos novos	21,0(24,1)	15,0	[7; 30]	51,0(58,6)	15,0	[7; 30]	15,0(17,3)	20,0	[3; 30]	87,0(92,6)	15,0	[7; 30]
		Recidiva/retratamento	1,0(20,0)	-	-	3,0(60,0)	3,0	[2; 120]	1,0(20,0)	-	-	5,0(5,3)	3,0	[2; 20]
		Tratamento após Abandono	1,0(50,0)	-	-	-	-	-	1,0(50,0)	-	-	2,0(2,1)	0,0	[0; 0]
	Co-infecção TB/HIV	Sim	3,0(20,0)	7,0	[0; 15]	9,0(60,0)	7,0	[3; 15]	3,0(20,0)	14,0	[0; 30]	15,0(16,0)	7,0	[2; 15]
		Não	20,0(25,3)	15,0	[6; 30]	45,0(57,0)	15,0	[7; 30]	14,0(17,7)	20,0	[3; 30]	79,0(84,0)	15,0	[7; 30]
Dimensão Porta de Entrada	Sintomas da doença	Forte	19,0(28,4))	14,0	[4;30]	41,0(61,2)	20,0	[7;30]	7,0(7,4)	14,0	[0;60]	67,0(71,3)	15,0	[7;30]
		Moderado	2,0(12,5)	30,0	[0; 60]	8,0(50,0)	5,0	[2; 15]	6,0(37,5)	25,0	[20;30]	16,0(17,0)	15,0	[2,5;30]
		Fraco	2,0(18,2)	22,5	[15;30]	5,0(45,4)	15,0	[3;21]	4,0(36,4)	10,0	[0;25]	11,0(11,7)	15,0	[2;30]
	Realização de Controle Preventivo de Saúde	Sim	15,0(26,3)	14,0	[4; 15]	31,0(54,4)	15,0	[7; 30]	11,0(19,3)	15,0	[0; 21]	57,0(60,6)	15,0	[7; 30]
		Não	8,0(21,6)	23,0	[4; 45]	23,0(62,2)	15,0	[7; 30]	6,0(16,2)	30,0	[14; 30]	37,0(39,4)	15,0	[4; 30]

Continuação	**Consumo de bebidas alcoólicas**	Sim	18,0(24,3)	15,0	[4; 30]	42,0(56,8)	15,0	[7; 30]	14,0(18,9)	18,0	[0; 30]	74,0(78,7)	15,0	[5; 30]
		Não	5,0(25,0)	7,0	[7; 30]	12,0(60,0)	25,0	[8; 75]	3,0(15,0)	20,0	[3; 20]	20,0(21,3)	20,0	[7; 38]
Dimensão Porta de Entrada	**Consumo de Tabaco**	Sim	15,0(24,6)	15,0	[7,30]	36,0(59,0)	15,0	[7; 30]	10,0(16,4)	20,0	[0; 30]	61,0(64,9)	15,0	[7; 30]
		Não	8,0(24,2)	11,0	[2; 38]	18,0(54,5)	15,0	[3; 30]	7,0(21,2)	15,0	[3; 30]	33,0(35,1)	15,0	[3; 30]
	Conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico	Precário	17,0(27,4)	15,0	[7; 30]	34,0(54,9)	13,0	[7; 30]	11,0(17,7)	14,0	[0; 30]	62,0(66,0)	15,0	[7; 30]
		Satisfatório	6,0(18,8)	4,0	[0; 45]	20,0(62,4)	26,0	[8; 30]	6,0(18,8)	26,0	[20; 30]	32,0(34,0)	21,0	[5; 30]
	Procura por SS mais próximo do domicílio antes de ficar doente TB	Sim	18,0(27,3)	15,0	[4; 30]	38,0(57,6)	15,0	[7; 30]	10,0(15,2)	14,0	[0; 20]	66,0(70,2)	15,0	[7; 30]
		Não	5,0(17,9)	15,0	[7; 30]	16,0(57,1)	12,0	[3; 30]	7,0(25,0)	30,0	[21; 30]	28,0(28,8)	18,0	[3; 30]

Legenda: UAB (Unidades de Atenção Básica – compreende as Unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família; SPA (Serviços de Pronto Atendimento); SE (Serviços Especializados – compreende os hospitais, consultórios particulares e ambulatórios de referência); N (Número Total de Doentes); n (Número Total de Doentes com Atraso); EF (Ensino Fundamental); SM (Salário Mínimo); TB (Tuberculose) e HIV (Human Immunodeficiency Virus).

4.3 Razão de Prevalência do atraso do diagnóstico da tuberculose associados ao doente, segundo os tipos de serviços procurados e diferentes variáveis.

Dos 94 doentes que compunham a amostra, 41 (43,6%) tiveram atraso na procura pelo primeiro atendimento.

A tabela 2 apresenta a distribuição das freqüências e razões de prevalência do atraso entre as categorias das variáveis do perfil dos doentes (variáveis da dimensão porta de entrada, informações sócio-demográficas e clínicas do doente de TB), segundo os tipos de serviços de saúde procurados.

Embora não se tenha encontrado diferença estatisticamente significante, de modo geral, houve maior atraso entre os doentes do sexo masculino; aqueles entre 18 a 29 (exceto em relação à faixa etária dos 50 a 59 anos); que possuíam EF completo ou mais anos de estudo; que não tinham nenhum tipo de remuneração e os que possuíam rendimento familiar de até 2 SM; casos novos; pulmonares; não coinfectados pelo vírus HIV; doentes que relataram os sintomas da TB como sendo fracos; que não realizavam controle preventivo de saúde anteriormente; tabagistas; os que não consumiam bebida alcoólica e aqueles que não procuravam por serviço de saúde próximo do domicílio.

Encontrou-se maior atraso com diferença estatisticamente significante entre os doentes que relataram conhecimento satisfatório em relação a TB.

Ao analisarmos as variáveis por tipo de serviço, encontrou-se maior ocorrência de atraso entre os homens, não co-infectados pelo HIV; que não realizavam *controle preventivo* e os que não consumiam *bebida alcoólica* independente do tipo de serviço de saúde escolhido para obter atendimento.

Doentes entre 18 a 29 anos atrasaram mais para buscar o SE, exceto em relação à faixa etária dos 50 a 59 anos. Já os que tinham 50 e 59 anos atrasaram mais nas UAB e aqueles entre 18 a 29 anos atrasaram mais na busca pelos SPA quando comparados aos que tinham 30 a 39 anos e aos que tinham acima de 60 anos.

Aqueles que possuíam EF completo ou mais anos de estudo demoraram mais para procurar os SPA.

Os que não tinham nenhum tipo de remuneração atrasaram mais na busca por UAB e SE, enquanto que os com remuneração atrasaram mais nos SPA. Aqueles cujo rendimento

familiar era de até 2 SM atrasaram mais quando procuraram primeiro as UAB e os SPA e os que recebiam de 2 SM a 5 SM atrasaram mais nos SE;

Indivíduos com a *forma clínica* pulmonar atrasaram mais na busca por SPA e SE, já os com forma pulmonar+extrapulmonar atrasaram mais nas UAB. Casos novos atrasaram mais para procurar os SPA que os doentes em recidiva/retratamento. Entretanto, os casos em recidiva/retratamento demoraram mais para procurar os SE, apresentando associação estatisticamente significante

Doentes que relataram os sintomas como moderados e fracos atrasaram mais quando buscaram as UAB e SE e os que apresentaram sintomas fortes atrasaram mais nos SPA.

Os *tabagistas atrasaram* mais na busca pelos SE, no entanto, nas UAB estes foram os que atrasaram menos.

Os doentes que consideraram seu conhecimento sobre a TB de forma satisfatória atrasaram mais para buscarem pelos SPA e SE, já os com conhecimento precário atrasaram mais nas UAB.

Os que não procuravam por serviço de saúde próximo do domicílio atrasaram mais ao buscar as UAB e SE, sendo encontrada diferença estatisticamente significante neste ultimo. Já os que procuravam os serviços mais próximos atrasaram mais nos SPA.

Tabela 2 – Distribuição de frequências e Razões de Prevalência do atraso do diagnóstico da tuberculose associados ao doente, segundo diferentes variáveis e o tipo de serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto, 2009

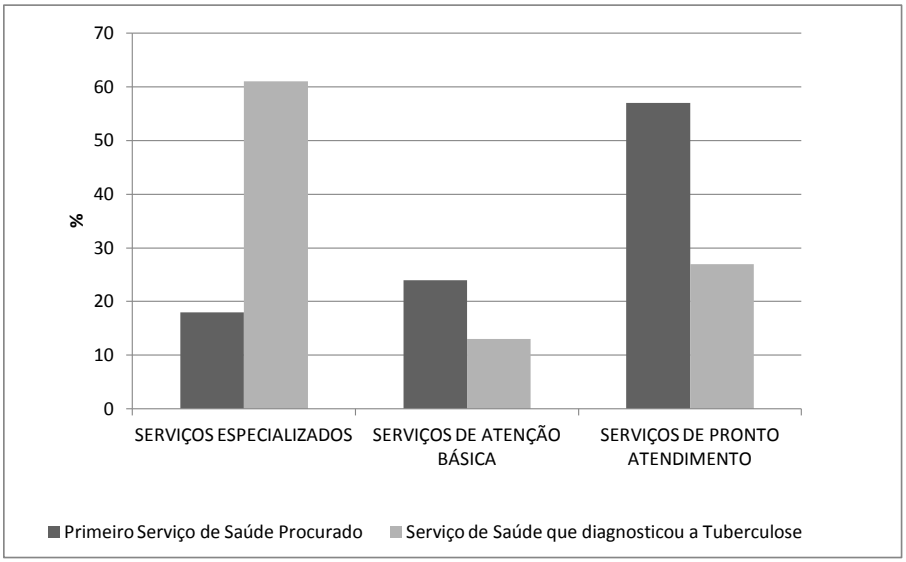
	Variáveis		Primeiro Serviço de Saúde procurado																			
			UAB (N=23)					SPA (N=54)					SE (N=17)					TOTAL (N=94)				
			N	n	%	RP	IC	N	n	%	RP	IC	N	n	%	RP	IC	N	n	%	RP	IC
Características sócio-demográficas	**Gênero**	Feminino	7	2	28,6	0,76	[0,20-2,88]	14	6	42,9	0,95	[0,47-1,91]	8	4	50,0	0,90	[0,36-2,23]	29	12	41,8	0,93	[0,56-1,55]
		Masculino	16	6	37,5			40	18	45,0			9	5	55,6			65	29	44,6		
	Faixa Etária	18 a 29 anos (1)	4	1	25,0	RP1/2=0,58	[0,09-3,90]	17	8	47,1	RP1/2=1,41	[0,49-4,04]	3	3	100,0	RP1/2=1,33	[0,76-2,35]	24	12	50,0	RP1/2=1,11	[0,59-2,08]
		30 a 39 anos (2)	7	3	42,9	RP1/3=0,75	[0,10-5,77]	9	3	33,3	RP1/3=0,75	[0,55-3,63]	4	3	75,0	RP1/3=4,00	[0,73-2,35]	20	9	45,0	RP1/3=1,57	[0,76-3,26]
		40 a 49 anos (3)	6	2	33,3	RP1/4=0,50	[0,07-3,55]	12	4	33,3	RP1/4=0,71	[0,37-1,34]	4	1	25,0	RP1/4=0,00	---	22	7	31,8	RP1/4=0,90	[0,51-1,60]
		50 a 59 anos (4)	4	2	25,0			12	8	66,7			2	0	0,0			18	10	55,6		
		Acima de 60 anos (5)	2	0	0,0	RP1/5=0,00	---	4	1	25,0	RP1/5=1,88	[0,32-11,06]	4	2	50,0	RP1/5=2,00	[0,75-5,33]	10	**3**	30,0	RP1/5=1,67	[0,60-4,66]
	Escolaridade	Sem escolaridade ou EF incompleto	3	0	0,0	0,00	---	3	1	33,3	0,74	[0,14-3,77]	2	0	0,0	0,00	---	33	14	42,4	0,96	[0,59-1,56]
		EF completo ou mais	20	8	40,0			51	23	45,1			15	9	60,0			61	27	44,3		
	Situação empregatícia	Com remuneração	13	4	30,8	0,77	[0,25-2,34]	37	17	45,9	1,12	[0,57-2,17]	10	5	50,0	0,87	[0,36-2,13]	60	26	43,3	0,98	[0,61-1,58]
		Sem remuneração	10	4	40,0			17	7	41,2			7	4	57,1			34	15	44,1		
	Renda Familiar	Até 2 SM (1)	12	5	41,7	RP1/2=1,53	[0,47-4,94	35	17	48,6	RP1/2=1,21	[0,60-2,46]	10	5	50,0	RP1/2=0,83	[0,32-2,15]	57	27	47,4	RP1/2=1,22	[0,73-2,06]
		De 2 a 5 SM (2)	11	3	27,3	--	---	15	6	40,0	RP1/3=1,94	[0,34-10,97]	5	3	60,0	RP1/3=1,00	[0,22-4,56]	31	12	38,7	RP1/3=1,42	[0,44-4,55]
		Maior 5 SM (3)	--	--	--			4	1	25,0			2	1	50,0			6	2	33,3		
Informações clínicas da doença	**Forma clínica da doença**	Pulmonar (1)	18	7	38,9			44	21	47,7			13	8	38,5			75	36	48,0		
		Extrapulmonar (2)	3	0	0	RP1/2=0,00	---	9	3	33,3	RP1/2=1,43	[0,54-3,79]	4	1	25,0	RP1/2=2,46	[0,43-14,18]	16	4	25,0	RP1/2=1,92	[0,80-4,63]
		Pulmonar + extrapulmonar (3)	2	1	50,0	RP1/3=0,78	[0,17-3,49]	1	0	0,0	RP1/3=0,00	---	--	--	--	--	---	3	1	33,3	RP1/3=1,44	[0,29-7,26]
	Tipo de caso	Casos novos (1)	21	8	38,1			51	23	45,1			15	8	53,3			87	39	44,8		
		Recidiva/retratamento (2)	1	0	0	RP1/2=0,00	---	3	1	33,3	RP1/2=1,35	[0,26-6,90]	1	1	100,0	RP1/2=0,53	[0,33-0,86]*	5	2	40,0	RP1/2=1,12	[0,37-3,36]
		Tratamento após Abandono (3)	1	0	0,0	RP1/3=0,00	---	--	--	--	RP1/3=0,00	---	1	0	0,0	RP1/3=0,00	---	2	0	0,0	RP1/3=0,00	---
	Co-infecção TB/HIV	Sim	3	1	33,3	0,83	[0,15-4,51	9	2	22,2	0,45	[0,13-1,60]	3	1	33,3	0,58	[0,11-3,08]	15	3	20,0	0,42	[0,14-1,17]
		Não	20	8	40,0			45	22	48,9			14	8	57,1			79	38	48,1		
Dimensão Porta de entrada	**Sintomas da doença**	Forte (1)	19	6	31,6	RP1/2=0,63	[0,14-2,93]	41	21	51,2	RP1/2=4,10	[0,64-26,26]	7	2	28,6	RP1/2=0,34	[0,10-1,17]	67	29	43,3	RP1/2=0,99	[0,53-1,84]
		Moderado (2)	2	1	50,0	RP1/3=0,63	[0,14-2,93]	8	1	12,5	RP1/3=1,28	[0,42-3,90]	6	5	83,3	RP1/3=0,57	[0,12-2,63]	16	7	43,8	RP1/3=0,95	[0,47-1,92]
		Fraco (3)	2	1	50,0			5	2	40,0			4	2	50,0			11	5	45,5		
	Controle preventivo de saúde antes da TB	Sim	15	8	53,3	0,85	[0,42-1,75]	31	13	41,9	0,88	[0,48-1,59]	11	5	45,5	0,68	[0,29-1,61]	57	21	36,8	0,68	[0,43-1,07]
		Não	8	5	62,5			23	11	47,8			6	4	66,7			37	20	54,1		
	Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	18	6	33,3	0,83	[0,24-2,93]	42	16	38,1	0,57	[0,33-1,00]	14	7	50,0	0,75	[0,29-1,95]	74	29	39,2	0,65	[0,41-1,03]
		Não	5	2	40,0			12	8	66,7			3	2	66,7			20	12	60,0		
	Consumo de Tabaco	Sim	15	5	33,3	0,89	[0,28-2,79]	36	16	44,4	1,00	[0,53-1,88]	10	6	60,0	1,40	[0,52-3,78]	61	27	44,3	1,04	[0,64-1,70]
		Não	8	3	37,5			18	8	44,4			7	3	42,9			33	14	42,4		
	Conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico	Precário	17	6	35,3	1,06	[0,29-3,89]	34	12	35,3	0,59	[0,33-1,05]	11	4	36,4	0,44	[0,18-1,03]	62	22	35,5	0,60	[0,38-0,93]*
		Satisfatório	6	2	33,3			20	12	60,0			6	5	83,3			32	19	59,4		
	Procura do SS mais próximo do domicílio antes da TB	Sim	18	6	33,3	0,83	[0,24-2,93]	38	18	47,4	1,26	[0,62-2,58]	10	3	30,0	0,35	[0,13-0,95]*	66	27	40,9	0,82	[0,51-1,31]
		Não	5	2	40,0			16	6	37,5			7	6	85,7			28	14	50,0		

Legenda: UAB (Unidades de Atenção Básica – compreende as Unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família; SPA (Serviços de Pronto Atendimento); SE (Serviços Especializados – compreende os hospitais, consultórios particulares e ambulatórios de referência); N (Número Total de Doentes); n (Número Total de Doentes com Atraso); EF (Ensino Fundamental); SM (Salário Mínimo); TB (Tuberculose) e HIV (Human Immunodeficiency Virus); RP1/n razão de prevalência entre a categoria 1 e a categoria n, n variando de 1 a 5; *apresentou significância estatisticamente significativa.

4.4 A porta de entrada e o acesso ao diagnóstico segundo o primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviços de saúde que diagnosticaram a tuberculose.

O gráfico 2 mostra a distribuição de freqüência do primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviços de saúde que diagnosticaram a TB. Observa-se que o primeiro serviço de saúde mais procurado foram os SPA (57,4%), seguido das UAB (24,5%), e SE (18,1%). Já os serviços que mais diagnosticaram a TB foram os SE (60,6%), seguidos dos SPA (26,6), e UAB (12,8%).

Gráfico 2 - Distribuição de frequência do primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviços de saúde que diagnosticaram a tuberculose no município de Ribeirão Preto, 2009.



5 DISCUSSÃO

As escolhas individuais são cruciais na busca por cuidados de saúde e expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e da forma de buscar cuidados de saúde, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. No entanto, nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas, daí a importância de um olhar para as necessidades dos doentes de TB, no que tange a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde (MENDOZA-SASSI, BÉRIA, 2001).

A busca por assistência entre os que referiram episódio de doença evidencia a conformação de uma relação quando ocorre uma situação específica e o estabelecimento de uma determinada necessidade, gerando a busca pela atenção à saúde, não necessariamente coincidindo com esquemas ou fluxos pré-determinados. Existem expectativas mais intensas e específicas que precisam ser entendidas, no entanto, as desigualdades na utilização de serviços refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, e igualmente, indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença e seu desejo em buscar cuidados de saúde (GOULDBAUM et al, 2005; TRAVASSOS et al, 2000; PINHEIRO, TRAVASSOS, 1999).

Indivíduos do sexo masculino adoecem mais de TB e, como evidenciado neste estudo, também apresentam atraso na busca por serviço de saúde, corroborando com outros achados de diferentes realidades (MEINTJES et al, 2008; PHEME et al, 2006; RAJESWARI et al, 2002). No entanto, locais como o Vietnã (LONG et al, 1999), e a Malásia (CHANG, ESTERMAN, 2007), o maior atraso ocorreu entre o sexo feminino. Neste estudo, identificou-se que as mulheres que buscaram como primeiro serviço de saúde as UAB tiveram um maior atraso. De um modo geral, houve maior atraso entre homens. Neste contexto, a busca por atendimento entre os gêneros tem sido explicada não só pelas diferenças relacionadas ao comportamento social entre homens e mulheres como também pela forma como homens e mulheres expressam a doença, o que por, sua vez, estaria associado aos diferentes papéis sociais que assumem em cada sociedade (TRAVASSOS et al, 2002). Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2008). Segundo a literatura, de um modo geral, os homens utilizam menos os serviços de saúde (MENDONZA-SASSI, BÉRIA, BARROS, 2003; TRAVASSOS et al; PINHEIRO et al, 2002). Este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto (PINHEIRO et al, 2002). Outro fator apontado é o maior

interesse das mulheres com relação à sua saúde, como evidenciou um estudo realizado nos Estados Unidos em que foi apontado que as mulheres procuram serviços preventivos mais freqüentemente (VERBRUGGE, 1989).

Gomes, (2003) e Schraiber et al, (2005), apontam algumas causas da baixa adesão dos homens aos serviços de saúde, estando estas, de modo geral, ligadas às barreiras sócio-culturais e institucionais (organizacionais). Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (SCHRAIBER et al, 2005; SABO, 2002).

Uma questão apontada pelos homens para não procurar os serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho (BRASIL, 2008). Gomes et al, (2007) e Schraiber, (2005) mostram que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde está muito ligada a este fato de o homem se ver na posição de provedor, alegando que, para a marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a "perda" de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta. Portanto, não se pode negar que na preocupação masculina com a atividade laboral ocupa lugar de destaque, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir uma barreira importante, em muitos casos, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Quando considerado as *faixas etárias,* o maior número de doentes se encontra entre os adultos jovens *(*MASCARENHAS et al., 2005), o que também foi observado neste estudo, e foram estes entre a faixa de 18 a 29 anos que tiveram o maior atraso, assim como observado nos estudos realizados na Colômbia por Cáceres-Manrique e Orozco-Vargas, (2008) e na Espanha por Díez et al, (2004). No entanto, a faixa etária com maior atraso, quando comparada às outras, foi entre 50 a 59 anos, corroborando com outros estudos (WEI, 2009; YIMER, BJUNE, ALENE; CHENG, et al; XU, et al, 2005; ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG, CHONGSUVIVATWONG, 2006). Isso também ocorre,

quando são considerados os doentes que buscaram as UAB. Poder-se-ia atribuir o atraso dessa faixa etária ao fato desses indivíduos, na maioria das vezes, apoiarem economicamente a família, o que poderia afetar a iniciativa em procurar cuidados de saúde devido a não estarem dispostos a negligenciar o referido papel alegando falta de tempo (CHENG, et al, 2005) ou mesmo pelo fato desses indivíduos terem medo de perder o emprego, visto que no país pessoas dessa faixa etária apresentam maior dificuldade na obtenção e manutenção do emprego.

Ainda no que se refere à faixa etária, a forma de organização e oferta de atenção oferecida pelo município refletem a disponibilidade e acessibilidade à assistência e também podem influenciar o comportamento de busca dessas duas faixas etárias, uma vez que a maioria das UBS e USF, que possuem o papel de identificar e acompanhar o indivíduo quando necessitam de cuidados de saúde, tem funcionamento das 7 às 17 horas. Apesar de no município também contar com os SPA, que funcionam 24 horas por dia, suas atribuições estão relacionadas a atendimentos de urgência e emergência, caracterizados por oferecerem atenção pontual e baseada na queixa do usuário. Nesse aspecto, sabe-se que a oferta e o uso de serviços de saúde não dependem de sua simples existência, mas também das facilidades ou dificuldades de acesso que os usuários vivenciam. Para alguns autores, o acesso à utilização por parte da população deve ser entendido de um modo mais amplo (TRAVASSOS et al, 2000; BERTRAND et al, 1995). De um lado estão às características do serviço, no que diz respeito à oferta de atendimento em horários compatíveis, disponibilidade de profissionais preparados e acolhimento (acessibilidade organizacional) e do outro, as condições do usuário em relação ao local que reside (acessibilidade geográfica), sua disponibilidade de tempo, poder aquisitivo (acessibilidade econômica), hábitos e costumes, assim como a relação entre eles (acessibilidade sócio-cultural) (CARVACHO et al, 2008).

Considerando a *escolaridade*, estudo realizado por Cambanis et al, (2007) mostra que pessoas com menos anos de educação formal são mais acometidas por TB, o que também foi observado neste estudo. Quando considerada a mediana em dias, ambos “com” e “sem” escolaridade tiveram o mesmo tempo de atraso, o que também foi encontrado em estudo realizado na Colômbia (CÁCERES-MANRIQUE, OROZCO-VARGAS, 2008). No entanto, a literatura ainda revela maiores atrasos entre os doentes com menos anos de educação formal (PANTOJA et al, 2009; CHANG, ESTERMAN, 2007; DATE, OKITA; XU, et al; CHENG, et al, 2005). Curiosamente, neste estudo, os que tiveram oito anos ou menos de estudo tiveram um atraso menor, quando realizada o cálculo da razão de prevalência, o que poderia estar

associado ao fato dessas pessoas terem maior acessibilidade aos serviços de saúde e, apesar de não terem uma educação formal adequada, se preocuparem mais com seu estado de saúde.

No município de Ribeirão Preto a maior parte das USF estão concentradas em dois distritos sanitários (quadro 1), sendo um destes considerado um dos mais populosos e, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2009), com o maior número de casos de TB, o que poderia ter sido capaz de diminuir o efeito das condições sociais desiguais sobre o perfil de acesso e utilização ali existentes, com melhora da eqüidade social, garantindo uma busca por atendimento mais rápida. No entanto, este estudo não pode explicar a constatação de que doentes com 8 anos ou menos de estudo tiveram menor atraso.

Em se tratando da *situação empregatícia e renda familiar,* os doentes "com e sem" remuneração tiveram o mesmo tempo de atraso, segundo o cálculo da mediana, assim como aqueles com renda familiar de até 2 SM e os que recebiam entre 2 SM e 5 SM. Nos estudos de Pantoja et al, (2009) Ayuo et al, (2008) e Xu et al, (2005), aqueles que tinham uma pior condição financeira tiveram um maior atraso, o que também foi observado neste estudo. No entanto, pelos atrasos terem sido iguais entre aqueles que tinham uma condição financeira diferenciada, poderia ser explicado tanto pela falta de provento para buscar por atendimento entre aqueles que não possuíam boas condições econômicas (AYUO et al., 2008; YIMER, BJUNE, ALENE, 2005), mostrando assim a inacessibilidade econômica ou mesmo geográfica na utilização dos serviços de saúde, como também pelo fato de simplesmente os doentes não terem se percebido doentes, o que revelaria então o "sentir-se doente" como sendo um componente que prevalece à qualquer outra variável (nesse caso, referindo-se à condição econômica) no que se refere à busca e utilização dos serviços de saúde.

No entanto, como justificar que os que tinham algum tipo de renda também demoraram? Poder-se-ia atribuir alguns outros fatores, como a barreira cultural, crença, estigma, a falta de vontade de obter cuidado de saúde, pelo fato do medo de estar com uma doença grave, e até incurável, ou ainda a inacessibilidade aos serviços de saúde por não terem vínculo com o serviço/equipe, ou pela falta de confiança nos serviços (durante a atuação profissional, é observado que muitos usuários procuram os serviços de saúde, e muitas vezes saem insatisfeitos, sem resolver seus problemas de saúde), perdendo a credibilidade nestes, e/ou mesmo nas equipes de saúde.

Ao se distinguir o tipo de serviços de saúde inicialmente procurado observou-se que doentes que possuíam algum tipo de remuneração tiveram maior atraso quando buscaram pelas UAB e SE, no entanto, nos SPA, esse atraso foi menor, o que poderia ser entendido

como uma preferência a esse tipo de unidade, atribuída tanto à acessibilidade organizacional quanto econômica. Os SPA possuem uma organização dos fluxos de atendimento diferenciada, no qual o doente pode adentrar o serviço a qualquer hora do dia, uma vez que o mesmo atende 24h por dia, além de ter a possibilidade de receber atendimento especializado e contar no mesmo espaço físico com maior apoio tecnológico, como os equipamentos de Raio-X, o que poderia possibilitar a resolução da necessidade apresentada pelo doente, poupando o mesmo de percorrer diversos serviços e consequentemente conter gastos com transporte, entre outros.

Em se tratando do *tipo de caso*, o maior atraso foi entre os casos novos, podendo ser explicado pelo fato de o doente não conhecer a gravidade e evolução de sua doença, e desta forma não distinguir seus sinais e sintomas. Outro aspecto, que está mais ligado ao serviço de saúde, é a dificuldade de acesso, o inadequado acolhimento, a baixa prioridade na procura de sintomáticos respiratórios e de contatos intra-domiciliares, o baixo nível de suspeição diagnóstica (SCATENA et al, 2008; JAMAL, MOHERDAVI, 2007; CAVALCANTI et al, 2006). Doentes que se classificavam como tratamento após abandono não tiveram atraso, isso também ocorreu entre aqueles que procuraram os três tipos de serviços, o que sugere que o fato de ter utilizado o serviço, ter sido tratado e conhecer os sintomas da doença, favorece o acesso direto à equipe do serviço de saúde (acessibilidade /organizacional), com o qual já haviam realizado tratamento, ou mesmo pelo vínculo e satisfação com a equipe de saúde (acessibilidade sócio-cultural).

No entanto, doentes que eram casos de recidiva/retratamento, que também conheciam os sintomas da doença, e a equipe de saúde, tiveram atraso quando buscaram os SE, esse fato poderia se justificar pelos aspectos da acessibilidade sócio-cultural, como a insatisfação com o atendimento prestado em situação de tratamento anterior, portanto, não querer realizar o tratamento ou ser atendido por uma determinada equipe de saúde, também pelo fato de estes não se preocuparem com seu estado de saúde, e não buscarem por cuidados de saúde.

A demora na busca por atendimento encontrada entre os doentes de TB pulmonar poderia estar associada à sintomatologia da doença, uma vez que grande parte dos doentes de TB pulmonar apresentam tosse. Estudo realizado por Sreeramareddy et al. (2009) mostra que doentes que apresentam tosse tem chance 11 vezes maior para o atraso na busca por serviço de saúde. Esse fato poderia estar relacionado à acessibilidade organizacional, à forma como as equipes de saúde estão preparadas para identificar um sintomático respiratório, de associar um sintoma comum como a tosse, a uma doença como a TB. Estudo realizado por Protti et al,

(2010) mostra que muitas vezes o indivíduo deve buscar diversas vezes os serviços de saúde, até ser identificado como doente de TB e obter o diagnóstico.

Quanto à *gravidade dos sintomas da doença*, doentes que atribuíram os sintomas como "fraco" tiveram a maior demora e relataram os seguintes sintomas: tosse, febre, dor no "peito" e no corpo, perda de peso/emagrecimento, sudorese, cansaço/fraqueza, tontura, assim como encontrado em estudo conduzido na Tailândia (ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG, CHONGSUVIVATWONG, 2006). No entanto, quando considerado a busca pelos tipos de serviços UAB e os SE, segundo o cálculo da mediana, o maior atraso ocorreu entre aqueles que relataram os sintomas como "moderados" (além dos sintomas acima descritos, estes ainda relataram falta de ar). Ressalta-se que, apesar de apresentarem sintomas característicos da TB, poder-se-ia cogitar a possibilidade destes indivíduos não distinguirem os referidos eventos e, desta forma, não se perceberem doentes, até mesmo pelo fato da crença de ser algo temporário/passageiro, pois a sutileza e insidiosidade desses sintomas podem estar associadas a doenças mais comuns e de fácil diagnóstico/tratamento, como a gripe, ou ainda, pelo medo de um diagnóstico, quando os sintomas ficam mais exacerbados. Também poderia ser explicado, por outro dado, o hábito da não realização de controle preventivo de saúde. No entanto, quando consideramos os SPA, o maior atraso ocorreu entre aqueles com sintomas fortes, e poderia ser considerado o fato de que apesar desses serviços oferecerem apoio diagnóstico no local, terem horário de atendimento ampliado, ainda há a necessidade de se suspeitar de TB, pois muitas doenças respiratórias são diagnosticadas como pneumonias, cânceres.

Ainda em relação aos dados clínicos, é sabido que a infecção pelo vírus HIV constitui fator importante para o desenvolvimento da TB (JORGE et al, 2001). Lawn, Afful, Acheampong, (1998); Ngamvithayapong et al, (2001) e Díez et al, (2005) referem que doentes que não apresentam *coinfecção TB/HIV* possuem maior atraso na busca pelo primeiro serviço de saúde, também observado neste estudo, mesmo quando considerado a busca pelos três tipos de serviços de saúde (UAB, SPA e SE), o que poderia estar relacionado ao fato destes não possuírem um hábito preventivo de saúde, diferentemente dos indivíduos HIV/aids, que realizam acompanhamento sistemático e se preocupam com o risco e evolução clínica.

Corroborando com esta justificativa, este estudo mostrou que doentes que não realizavam *controle preventivo de saúde* tiveram maior atraso, independentemente do tipo do primeiro serviço de saúde procurado, estando mais susceptíveis a contrair determinadas

patologias e não se perceberem doentes. Enfatiza-se que para as doenças transmissíveis com quadro de persistência, como a TB, há a importância da integração entre as áreas de prevenção e controle, uma vez que um importante foco da ação nesse conjunto de doenças está voltado para o diagnóstico precoce, visando à interrupção da cadeia de transmissão (SILVA, FERREIRA, 2006). Ter um serviço ao qual o doente recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde, poderia garantir a acessibilidade. As razões que levam as pessoas a buscarem por um serviço de saúde vêm de uma complexa interação de diferentes aspectos, tais como os sócio demográficos, econômicos psicológicos e da disponibilidade dos serviços de saúde (CAMPBEL, ROLAND, 1996). E a decorrência e importância relativa a cada aspecto podem ser afetadas por aspectos culturais, ou mesmo do sistema de saúde (MENDOZA-SASSI, BÉRIA, BARROS, 2003).

Mann, Tarantola, Netter (1993) referem que o comportamento do individuo pode determinar uma condição vulnerável à infecção, o que direciona a focar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle de epidemias. Assim, é importante considerar outros fatores, dentre eles, o comportamento individual, tanto no âmbito coletivo quanto no social.

Nesse sentido, hábitos de vida, como o *consumo de bebida alcoólica*, podem estar associados à TB pulmonar, como evidenciado em estudo realizado por Caron Ruffino e Ruffino Netto (1979). No presente estudo essa associação não foi fator para o atraso do diagnóstico, visto que o maior atraso foi entre os que não faziam uso de bebidas alcoólicas, o que poderia estar relacionado às escolhas do próprio doente, ao estigma, ao medo de ter um diagnóstico. Aquele que faz uso de bebida alcoólica poderia estar sendo mais observado, por se tratar de um grupo vulnerável e, portanto, ter o acesso facilitado nos serviços de saúde. Destaca-se que no município de estudo todos os anos ocorrem campanhas de busca de sintomáticos respiratórios em áreas de maior vulnerabilidade social, como abrigos que acolhem moradores de rua, áreas em que há prostituição, entre outras, e em muitos desses locais há pessoas que consumem bebidas alcoólicas.

Quanto ao *consumo de tabaco*, houve maior atraso entre os que faziam uso, assim como observado em outros estudos (SAQIB et al, 2011; MARJANI et al, 2010; BASNET, 2009; LEUNG, LEUNG, TAM, 2007). O fato de a tosse ser induzida pelo hábito do tabagismo (fumantes podem ter tosse todos os dias) e esses indivíduos serem mais propensos a terem dispnéia dificulta o reconhecimento da doença (BASNET, 2009; KIWUWA**,** KARAMAGI**,** HARRIET, 2005; GUNEYLIOGLU et al, 2004), podendo postergar a

necessidade de buscar por cuidados de saúde. Além disso, o fato dos doentes não saberem que o uso do tabaco aumenta a susceptibilidade a doenças pulmonares, como a TB, também pode ter influenciado na busca tardia por atendimento, o que poderia fornecer subsídios para reflexões quanto ao auto cuidado do doente e sua percepção quanto ao próprio estado de saúde.

Em se tratando do *conhecimento* sobre a TB previamente ao diagnóstico, a maior parte dos doentes tinham conhecimento precário sobre a doença, condizente com outros estudos realizados por Wandwalo e Morkve (2000), na Tanzânia e Job et al, (1986), em São Paulo. No entanto, doentes que declararam que tinham conhecimento satisfatório sobre a doença foram os que mais atrasaram na busca por serviços de saúde, diferente do que foi encontrado no Kenya (AYUO et al., 2008), o que poderia evidenciar, que conhecimento cognitivo, nem sempre leva o indivíduo a tomar uma atitude para buscar um serviço de saúde. Quanto aos tipos de serviços, os com conhecimento satisfatório sobre a TB atrasaram mais quando buscaram os SPA e SE. Uma questão que poderia embasar esse achado se fundamenta na relação entre o conhecimento e os aspectos culturais, como o estigma, de modo que pessoas com maior conhecimento podem identificar em si os sinais e sintomas da doença e se sentirem coagidas em buscar um serviço de saúde, por receio que as pessoas que convivem descubram que está doente (OLIVEIRA et al, 2011), como também por medo, pelo fato de ser uma doença infecciosa, transmissível, com tratamento longo e que demanda cuidados.

Quando buscaram como primeira escolha as UAB, observou-se um maior atraso entre aqueles que tinham conhecimento precário sobre a doença, o que poderia estar ligado tanto à falta de percepção quanto ao seu estado de saúde, uma vez que, por não terem conhecimento sobre a doença podem ter dificuldades de reconhecer em si os sintomas, quanto à capacidade resolutiva subestimada que é atribuída às UAB pela maioria dos indivíduos (TRAVASSOS et al, 2002). Assim, evidencia-se a necessidade dos indivíduos serem identificados na comunidade, uma vez que muitas vezes a identificação do caso de TB ocorre de forma tardia e esse se apresenta grave, necessitando de atendimento em um nível de maior complexidade, como os hospitais. Assim, levanta-se a necessidade dos profissionais de saúde focar a atenção nesses indivíduos com maior potencial em desenvolver a doença.

Apesar de no estudo ter sido identificado que os maiores atrasos ocorreram entre aqueles com conhecimento satisfatório sobre a doença, destaca-se a importância do conhecimento sobre a TB e seu tratamento, o acesso às informações por meio dos meios de comunicação, das escolas e de intervenções educativas para reduzir o estigma e o impacto das

conseqüências sociais da TB, assim como programas de educação continuada de saúde projetada para aumentar o nível de conhecimento em toda a população como formas de melhorar o acesso dos doentes ao diagnóstico precoce da TB.

Este estudo encontrou maior atraso na busca por atendimento entre doentes que não *procuram pelo serviço de saúde mais próximo do domicílio antes da TB*, corroborando com outro estudo realizado no Vietnã por Huong et al, (2007), o que também ocorre quando da busca pelas UAB e SE. No entanto, quando da busca por SPA, os que mais atrasaram foram os que procuraram por serviço de saúde próximo ao domicílio. Essa constatação poderia estar relacionada às características comportamentais, culturais, ambiente social, político, econômico e até mesmo físico, como mostrado na figura 1 de Starfield (2002), quando da oferta de atenção, e recebimento da mesma. Essas características têm a ver com a interface pessoal de cada indivíduo e permeia a forma como este concebe a doença, refletindo na vontade de buscar ou não o serviço de saúde.

Deve-se também levar em consideração a satisfação com os serviços de saúde/equipe, na utilização de serviços de saúde mais distantes, pois a satisfação tem a ver com a interface pessoal de cada indivíduo, as expectativas do usuário frente a determinado serviço de saúde (LAFAIETE, MOTTA, VILLA, 2011), também o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, que se configura como fator importante, pois requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002), o que muitas vezes não ocorre em determinados serviços, fazendo com que o usuário se desloque em um serviço de saúde mais distantes, como hospitais e SPA (OLIVEIRA et al, 2011), levando a outros questionamentos, como a possível falta de recursos econômicos para se deslocar, e que também poderia caracterizar um maior atraso.

Quanto ao primeiro *serviço de saúde procurado*, (Gráfico 2), a maior frequência ocorreu entre aqueles que buscaram os SPA, ou seja a porta de entrada para o sistema de saúde no município foram os SPA. Oliveira et al, (2011), referem que a escolha do doente pela procura por SPA é pautada em experiências anteriores com determinados serviços de saúde e em aspectos culturais, referem ainda, que muitos doentes acreditam que os SPA são locais que possuem maior infra-estrutura para diagnosticar e tratar problemas de saúde e, por isso, confiam mais nesses serviços. O *acesso ao diagnóstico* ocorreu preferencialmente nos SE, e isso tem sido relatado na literatura, como nos estudos realizados por Lienhard et al; Nogueira, (2001) e Galesi, (1999), no qual foi observado que muitos doentes obtêm o

diagnóstico quando estão hospitalizados. De certa forma, esse fato causa certa preocupação, pois muitos doentes passaram por outros tipos de serviços de saúde, e a maioria só conseguiu o diagnóstico nos SE, o que mostra certa inacessibilidade em alguns serviços de saúde para o diagnóstico, ocasionando a contínua transmissão da doença até a obtenção deste diagnóstico.

6 CONSIDERAÇÕS FINAIS

A acessibilidade dos doentes na busca por serviços de saúde em relação ao tempo de certa forma ainda se encontra incipiente, visto que quando da primeira procura por atendimento, identificou-se que 75% deles demoraram até 30 dias para proceder a essa procura.

Quando da identificação do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a primeira procura por serviço de saúde segundo o perfil dos doentes e o serviço de saúde procurado, foi observado atraso:

- ✓ Nas UAB: gênero feminino; idade de 50 a 59 anos; ensino fundamental incompleto ou nenhum ano de estudo; forma clínica pulmonar; casos novos de TB; sintomas moderados da doença; consumiam bebidas alcoólicas; conhecimento precário sobre TB antes do diagnóstico; procuravam serviço de saúde mais próximo do domicílio antes de ficar doente.

- ✓ Nos SPA: idade de 50 a 59 anos; sintomas fortes da TB; não consumiam bebidas alcoólicas; apresentavam conhecimento satisfatório da TB.

- ✓ Nos SE: gênero masculino; idade de 18 a 29 anos; ensino fundamental completo ou mais anos de estudo; sem remuneração; as três categorias da renda familiar; forma clínica pulmonar; casos novos de TB; sem coinfecção TB/HIV; sintomas moderados da TB; não realização de controle preventivo de saúde; não consumiam bebidas alcoólicas; consumiam tabaco; conhecimento satisfatório sobre a TB; não procuravam por serviço de saúde mais próximo do domicílio antes de ficar doente.

Quando da identificação do primeiro serviço de saúde procurado e os tipos de serviço de saúde que realizaram o diagnóstico da TB foi observado que a porta de entrada para o sistema de saúde, foi o SPA. Este fato poderia estar relacionado ao horário de funcionamento de 24h, que atende uma demanda espontânea, ter oferta de exames diagnósticos realizados no local, portanto, poderia ser visto como mais resolutivo pelos usuários. No entanto, foi observado que o acesso ao diagnóstico ocorreu nos SE, o que mostra que ainda há diversas ações que precisam ser priorizadas, para garantir que esse doente seja identificado rapidamente, e não fique percorrendo vários tipos de serviços para obter um diagnóstico,

acarretando um maior tempo, agravamento do estado de saúde, maior disseminação da doença, dificultando o controle da mesma.

Contudo, independente do tipo de serviço de saúde procurado é importante que haja a identificação dos casos precocemente com o intuito de interromper a cadeia de transmissão da TB. E uma das ferramentas para essa interrupção é a capacitação dos profissionais para identificarem esses suspeitos nos serviços e na comunidade de forma a atender suas necessidades quando procuram assistência. A priorização dessas ações colaboraria para uma maior acessibilidade aos serviços de saúde, visto que para o usuário, "perceber-se doente" se trata de algo complexo, quando considerado as características de cada indivíduo, seu estado emocional, fatores relacionados ao comportamento, a condição econômica, aos aspectos clínicos da doença. Portanto a importância de ações de alcance coletivo, da interação usuário-serviço para minimizar essas barreiras, facilitando a acessibilidade. Esta pesquisa traz elementos que podem ser abordadas em estudos de natureza qualitativa.

REFERÊNCIAS

AYUO, P.O.; DIERO, W.D.; OWINO-ONG'OR.; MWANGI, A.W. Causes of delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis in patients attending a referral hospital in western Kenya. **East Afr Med J**, Kenya, v.85, n.6, p.263-268, 2008.

BARR, R.G.; DIEZ-ROUX A.V.; KNIRSCH C.A. Neighbor hood poverty and the resurgence of tuberculosis in New York City, 1984-1992. **Am J Public Health**, Washington, n.91, p.1487-1493, 2001.

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.236-245, 2009.

BERTRAND, J.T.; HARDEE, K.; MAGNANI, R.J.; ANGLE, M.A. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. **Int Fam Plan Perspect**, New York, v.21, n.74, p.64-69, 1995.

BOMBARDA, S.; FIGUEIREDO, C.M.; FUNAR, M.B.G.; SOARES JÚNIOR, J.S.; SEISCENTOS, M.T. Imagem em tuberculose pulmonar. **J Bras Pneumol**, Brasília, DF, v.27, n.6, p.329-340, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas **Política nacional de atenção integral à saúde dos homens:** princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2008.

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

CAMBANIS, A.; RAMSAY, A.; YASSIN, M.A.; CUEVAS, L.E. Duration and associated factors of patient delay during tuberculosis screening in rural Cameroon. **Trop Med Int Health**, Oxford, v.12, n.11, p.1309–1314, 2007.

CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O. Why people consult a doctor? **Fam Pract**, Oxford, v.13, n.1, p.75-83, 1996.

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.436-443, 2006.

CARNEIRO, J.R.N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1827-1835, 2003.

CARVACHO, I.E.; MELLO, M.B.; MORAIS, S.S.; PINTO e SILVA, J.L. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p.886-894, 2008.

CAVALCANTI, Z.R.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; CAMPELLO, A.R.L.; XIMENES, R.; MONTARROYOS, U.; VERÇOSA, M.K.A. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **J Bras Pneumol**, Brasília, DF, v.32, n.6, p.535-543, 2006.

CHANG C.; ESTERMAN, A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. **Rural and Remote Health**, Victoria, n.7, p.667, 2007.

CHENG, G.; TOLHURST, R.Z.L.; MENG, Q.Y.; TANG, S. Factors affecting delays in tuberculosis diagnosis in rural China: A case study in four counties in Shandong Province. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, London, v.99, n.5, p.355-362, 2005.

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.680–685, 2005.

DÍEZ, M.; BLEDA, M.J.; ALCAIDE, J.; CASTELLS, C.; CARDENAL, J.I.; DOMÍNGUEZ, A.; GAYOSO, P.; GUITIÉRREZ, G.; HUERTA, C.; LÓPEZ, M.J.; MORENO, T.; MUÑOZ, F.; GARCÍA-FULGUEIRAS, A.; PICÓ, M.; POZO, F.; QUIRÓS, J.R.; ROBLES, F.; SÁNCHEZ, J.M.; VANACLOCHA, H.; VEGA, T. Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **Eur J Public Health**, Stockholm, v.15, n.4, p.343-49, 2005.

DÍEZ, M.; BLEDA, M.J.; ALCAIDE, J.; CALOTO, T.; CASTELLS, C.; CARDENAL, J.I. DOMÍNGUEZ, A.; GAYOSO, P.; GUTIÉRREZ, C.; HUERTA, C.; LÓPEZ, M.J.; MORENO, T.; MUÑOZ, F.; NAVARRO, C.; PICÓ, M.; POZO, F.; QUIRÓS, J.R.; ROBLES, F.; SÁNCHEZ, J.M.; VANACLOCHA, H.; VEJA, T. AND MULTICENTRE PROJECT FOR TUBERCULOSIS RESEARCH (MPTR) STUDY GROUP. Determinants of patient delay among tuberculosis cases in Spain. **Eur J Public Health**, Stockholm, v.14, n.2, p.151-155, 2004.

DYE, C.; WATT, C.J.; BLEED, D.M.; WILLIAMS, B.G. **What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control Comunicable Diseases**. Geneva: World Health Organization, 2003.

ENARSON, D.A. Failure of diagnosis: a key indicator in quality assurance of tuberculosis control. **Tuber Lung Dis**., Scotland, v.76, n.4, p.279-280, 1995.

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, DF: OPS, 1997. 114-120. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em: 05 de Janeiro de 2011.

FREIRE, D.N. **Tuberculose**. In: AMATO NETO, V. **Baldy JLS:** doenças transmissíveis. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1989. p. 845-868.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, México, v.27, p.438-453, 1985.

GALESI, V.M.N. **Mortalidade por tuberculose no Município de São Paulo, análise de uma década, 1986 a 1995**. 1999. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; GALVÃO CÉSAR, C.L. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1, p.99, 2005.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc Saúde Colet,** Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.825-829, 2003.

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

GUNEYLIOGLU, D.; YILMAZ, A.; BILGIN, S.; BAYRAM, U.; AKKAYA, E. Factors affecting delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. **Med Sci Monit**, Warsaw, v.10, n.2, p.CR62-CR67.

HIJJAR, M.A. Tuberculose: desafio permanente. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.348-349, 2005.

HUONG, N.T.; VREE, M.; DUONG, B.D.; KHANH, V.T.; LOAN, V.T.; CO, N.V. BORGDORFF, M.W.; COBELENS, F.G. Delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis patients in Vietnam: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v.7, n.110, p.01-08, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas das populações residentes, segundo município**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf Acesso em: 30 nov. 2010.

JAMAL, L.F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev Saúde Públ.,** São Paulo, v.41, p.104-110, 2007. Suplemento 1.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.161-170, 2010.

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 Públ**, São Paulo, v.20, n.1, p.21-25, 1986.

JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil**: análise do período 1996-1999. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

KIWUWA, M.S.; KARAMAGI, C.; HARRIET, M.K. Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v.5, n.122, p.1-7, 2005.

LAFAIETE, R.S.; MOTTA, M.C.S.; VILLA, T.C.S. Satisfação no programa de controle da tuberculose em um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, [07 telas], 2011.

LAMBERT, M.L.; STUYFT, P. Delays to tuberculosis treatment: shall we continue to blame the victim? **Trop Med Int Health**, Oxford, v.10, p.945-946, 2005.

LAWN, S.D.; AFFUL, B.; ACHEAMPONG, J,W. Pulmonary tuberculosis: diagnostic delay in Ghanaian adults. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.8, n.2, p.635-640, 1998.

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 Med J**, Hong Kong, v.13, n.3, p.221-227, 2007.

LIENHARDT, C.; ROWLEY, J.; MANNEH, K.; LAHAI, G.; NEEDHAM, D.; MILLIGAN, P.; MCADAM, K.P. 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.233-239, 2001.

LIMA, M. M. HIV/tuberculosis co-infection: a request for a better surveillance. **Rev Saúde Públ**, São Paulo, v.31, n.3, p.217-220, 1997.

LONG, N.H.; JOHANSSON, E.; LONNROTH, K.; ERIKSSON, B.; WINKVIST, A.; DIWAN, V.K. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnan. **Int J Tuberculosis Lung Dis**, Paris, v.3, n.5, p.388-393, 1999.

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

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infeção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MARJANI, M.; TABARSI, P.; BAGHAEI, P.; MAHMOODI, R.; CHITSAZ, E.; REZAEI, E. SHAMAEI, M.; DIZAJI, M.K.; AMIRI, M.V.; MANSOURI, D.; MASJEDI, M.R. Smoking effects on clinical manifestations and drug resistance patterns in pulmonary tuberculosis patients. **Tanaflos**, Tehran, v.9, n.4, p.53-60, 2010.

MASCARENHAS, M.D.M.; ARAUJO, L.M.; GOMES, K.R.O.;. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v.14, n.1, p.7-14, 2005.

MEINTJES, G.; SCHOEMAN, H.; MORRONI, C.; WILSON, D.; MAARTENS, G. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: a cross-sectional study. **BMC Infect Dis**, London, v.8, n.72, p.01-08, 2008.

MELO, V.O.; SOARES, D.A.; ANDRADE, S.M. Avaliação do programa de controle da tuberculose em Londrina-PR no ano de 1996. **Inf Epidemiol Sus**, Brasília, DF, v.8, n.4, p.53-62, 1999.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los serviços de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.819-832, 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.372-378, 2003.

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

MURRAY, C.J.L.; STYBLO, K.; ROUILON, A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. **Bull Int Union Tuberc Lung Dis,** Paris, v.65, p.2-20, 1990.

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.1013–1020, 2001.

NOGUEIRA, P. A. **Internações por tuberculose no Estado de São Paulo, 1984-1997**. 2001. 177f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OJANUGA, D.N.; GILBERT, C. Women's access to health care in developing countries. **Social Science and Medicine**, New York, v.35, n.4, p.613-617, 1992.

OLIVEIRA, H.M.M.G.; RIBEIRO, F.C.V.; BHERING, M.L. RUFFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A.L.; LOPES, A.J. Tuberculose no idoso em hospital de referência. **Pulmão,** Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.202-207, 2005.

OLIVEIRA, M.F.; ARCÊNCIO, R.A.; RUFFINO NETTO, A.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enfer USP, v.45, n.4, p.898-904, 2011.

PANTOJA, A. UNNIKRISHNAN, K.P.; JITENDRA, R.; PADMA, M.R.; LAL, S.S.; UPLEKAR, M.; CHAUHAN, L.S.; KUMAR, P.; SAHU, S.; WARES, F.; LÖNNROTH, K. Economic evaluation of public-private mix for tuberculosis care and control, India. Part I. Socio-economic profile and costs among tuberculosis patients. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.13, n.6, p.698–6704, 2009.

PASSOS, A.D.C.; RUFFINO-NETTO, A. Estudos Transversais. In: FRANCO, L.J. Fundamentos da Epidemiologia. Organizadores: FRANCO, L.J; PASSOS, A.D.C. Barueri – SP: Manole, 2011.

PEHME, L.; RAHU, K.; ALTRAJA, A. Factors related to patient delay in pulmonary tuberculosis in Estonia. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**, v.38, p.1017-1022, 2006.

PINHEIRO, R.S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da Cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.487-496, 1999.

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.

PROTTI, S.T.; SILVA, L.M.C.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J.Á.; SÁ, L.D. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.665-670, 2010.

PUENTES-MARKIDES, C. Women and access to health care. **Social Science and Medicine**, v.35, n.4, p.619-626, 1992.

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.789–795, 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2009. 2009. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/i16relatorio-gestao-09.pdf>. Acesso em: 05 de Janeiro de 2011.

ROJPIBULSTIT, M.; KANJANAKIRITAMRONG, J.; CHONGSUVIVATWONG, V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.10, n.4, p.422-428, 2006.

RUFFINO, M.C.; RUFFINO NETTO, A. Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n.3, p.183-194, 1979.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf Epidemiol Sus**, Brasília, DF, v.10, n.3, p.129-138, 2001.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Med Trop**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.51-58, 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; ARANTES, G.R. Risco de infecção tuberculosa em município do interior do Estado de São Paulo e suas aplicações. **Rev. Saúde públ**., São Paulo, v.10, p.143-149, 1976.

SABO, D. **O estudo crítico das masculinidades**. In: ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C.B. (Org.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 33-46.

SACKS, L.V.; PENDLE, S. Factors related to in-hospital deaths in patients with tuberculosis. **Arch Intern Med**, Chicago, n.158, p.1916-1922, 1998.

SAQIB, A.M.; AWAN, I.N.; RIZVI, S.K.; SHAHZAD, M.I.; MIRZA, Z.S.; TAHSEEN, S. KHAN, I.H.; KHANUM, A. Delay in diagnosis of tuberculosis in Rawalpindi, Pakistan. **BMC Res Notes**, London, v.4, n.165, p.01-05, 2011.

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

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SHERMAN, L.F.; FUJIWARA, P.I.; COOK, S.V.; BAZERMAN, L.B. FRIEDEN, T.R. Patient and health care system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**., Paris, v.3, n.12, p.1088-1095, 1999.

SILVA, T.P.T.; FERREIRA, I.L.M. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2498, 2006.

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,** London, v.9, p.91-101, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.133-149, 2002.

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**, Washignton, v.11, n.5/6, p.365-373, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, SUP 2 p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 221-235.

VERBRUGGE, L.M. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **J Health Soc Behav**, New York, v.30, n.3, p.282–304, 1989.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. bras. Pneumol**., Brasília, DF, v.35, n.6, p.610-612, 2009.

WANDWALO, E.R.; MORKVE, O. Knowledge of disease and treatment among tuberculosis patients in Mwanza, Tanzania. **Int J Tuberc Lung Dis,** Paris, v.4, n.11, p.1041-1046, 2000.

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.419–423, 2007.

WEB-TB. **Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose**. Disponível em: <http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>. (acesso restrito). Acesso em: 17 mar. 2010.

WEI, X.L. LIANG, X.Y.; WALLEY, J.D.; LIU, F.Y.; DONG, B.Q. Analysis of care-seeking pathways of tuberculosis patients in Guangxi, China, with and without decentralized tuberculosis services. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.13, n.4, p. 514–520, 2009.

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

_____. **Global tuberculosis control**: surveillance, planning, financing: WHO report 1999. Geneve, 2009.

_____. **Global tuberculosis control**: surveillance, planning, financing: WHO report 2005. Geneve, 2005.

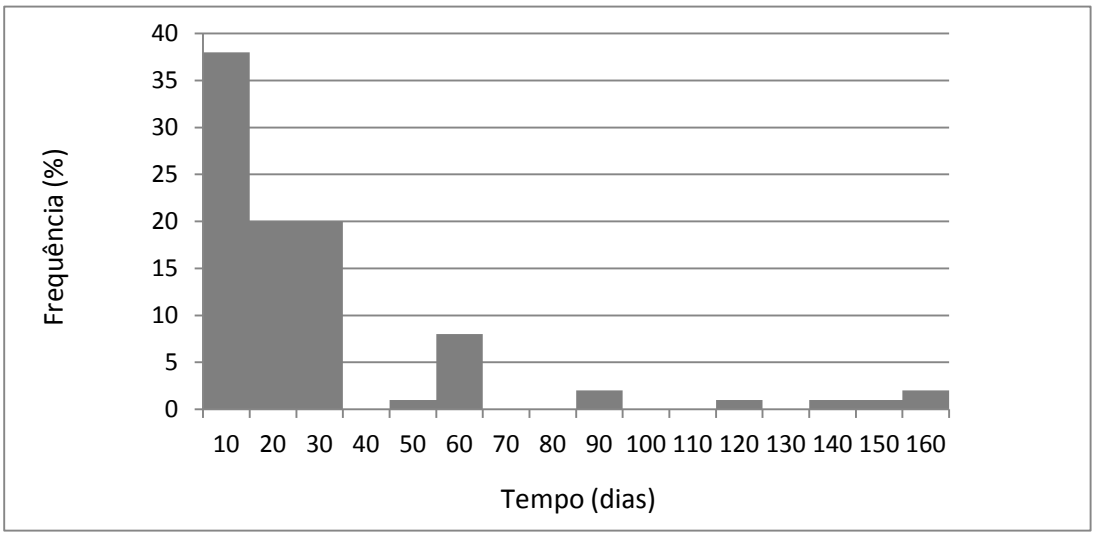
XU, B.; JIANG, Q-W.; DIWAN, V.K. Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.9, n.7, p.784–790, 2005.

YIMER, S.; BJUNE, G.; ALENE, G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infectious Diseases**, London, v.5, n.112, p.01-07, 2005.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.9, p.127-150, 2000.

Apêndice

APÊNDICE A



Distribuição do Tempo decorrido entre o início dos sintomas da Tuberculose e a procura para atendimento em um serviço de saúde no município de Ribeirão Preto, 2009.

ANEXOS

ANEXO A

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.	**Antes de ficar doente de tuberculose** qual era o primeiro local que o(a) Sr(a) procurava <u>quando ficava doente</u>?	1-□ Locais religiosos/benzedeiras 2-□ Farmácia 3-□ Serviços de saúde Especificar: _____ 4-□ Outros Especificar:_____ (se o doente responder nenhum, especificar em outros)
15.	**Antes de ficar doente de tuberculose** com que freqüência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) para fazer algum <u>controle preventivo</u> (vacinar, medir pressão, exames de rotina)?	1-□ Nunca; 2-□ Quase nunca; 3-□ Às vezes; 4-□ Quase sempre; 5-□ Sempre
16.	Qual o nome do seviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) costuma procurar para <u>consulta/exames de rotina</u>?	Nome:_____ 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)

17.	**Antes de ficar doente de tuberculose** com que freqüência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) mais próximo de sua casa?	1-□ Nunca; 2-□ Quase nunca; 3-□ Às vezes; 4-□ Quase sempre; 5-□ Sempre
18.	**Antes de ficar doente de tuberculose** com que freqüência o(a) Sr(a) recebia visita de algum profissional de saúde na sua casa?	1-□ Nunca; 2-□ Quase nunca; 3-□ Às vezes; 4-□ Quase sempre; 5-□ Sempre
19.	Com que freqüência 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 freqüência 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 freqüência 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 primeira vez, quantos dias levou para descobrir que tinha TB? _____ DIAS	
36.	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? 36.a. Nome: _____ 36.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado) 36.c. Tipo: 1-□ UBS; 2-□ UBS/PACS; 3-□ USF; 4-□ Ambulatório de Referência; 5-□ Pronto Atendimento; 6-□ Hospital Público; 7-□ Hospital Privado; 8-□ Consultório particular 9-□ Outros _____ 0-□ Não sabe; (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 freqüência 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 frequencia 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 freqüência 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
G. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista) **FONTES DE COLETA DE DADOS:** _____		
62.	Nº SINAN ou WEB-TB:	63. Prontuário:
64.	Serviço responsável pelo diagnóstico 64.a Nome: _____ 64.b. Endereço: _____ 64.c. Horário de atendimento: _____ 64.d. Tipo de Serviço de Saúde: 1 □ UBS 2 □ UBS/PACS 3 □ USF 4 □ Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose. 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 ☐ < 1 mês	4 ☐ > 6 Meses até 9 Meses
		2 ☐ > 1 Mês até 3 Meses	5 ☐ > 9 Meses
		3 ☐ > 3 Meses até 6 Meses	
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 B

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 012/2009

Ribeirão Preto, 05 de fevereiro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de fevereiro de 2009.

Protocolo: nº 0984/2008

Projeto: RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

Pesquisador: **Tereza Cristina Scatena Villa**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Tereza Cristina Scatena Villa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C

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 a 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 a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

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).

Ribeirão Preto, ___, de_____ de 2009.

_____

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

.....

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

Telefone (0XX16) 36023228 *e.mail: tite@eerp.usp.br*