IMPLICAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA NA BUSCA PASSIVA DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR

ALICE MOREIRA DERNTL

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA, PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA.

ORIENTADOR:
PROFESSOR ROBERTO BRÓLIO

SÃO PAULO - 1986

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO de Biblioteca e Documentação
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

DEDICATÓRIA

À Profª. Erna,

minha querida mestra

AGRADECIMENTOS

Caro Professor Brõlio,
toda a caminhada tem os
seus primeiros passos.
Espero ter aprendido a
lição.

Obrigada.

Agradeço às pessoas, sem a ajuda das quais não poderia realizar este trabalho.

À Gentila Mendonça Malta Batista, por me dar albergue, estímulo e amizade.

À Cleide Lavieri Martins e Helena Akemi Wada, colegas e queridas amigas.

Às colegas da Área de Enfermagem que assumiram muitas das minhas tarefas, durante os anos de 1985 e 86.

À Maria Christina Romariz Duarte que, como enfermeira honorária, soube prestar eficiente assessoria.

Ao Professor William Moffitt Harris, pelo estímulo e pela redação do resumo em inglês.

À Nilce Piva Adami, pelo estímulo, pelo exemplo.

Aos colegas da Área de Tisiologia, pelo carinho, pelo estímulo, especialmente à Stella Maria Costa Nardy e Marília Belluomini.

À Luciana Medeiros da Silva, pelo cuidadoso trabalho de datilografia.

À Sabina Lea Davidson Gotlieb e à Maria Regina Alves Cardoso, pela assessoria e orientação nos aspectos estatísticos.

À Maria Teresinha Dias de Andrade e Maria Cecília Gonzaga Ferreira, por possibilitarem minha inscrição no programa do convênio DSI/CAPES/FSP-USP.

À Daisy Pires Noronha por mais do q ue sua eficaz assessoria, pela amizade e lucidez na organização das referências bibliográficas.

Ao Fernão Dias de Lima, pela eficiente ajuda no cômputo dos dados.

À Dra. Tereza Cristina P.P. Ribeiro, Diretora do Centro de Saúde de Pinheiros, por tornar possível a realização das entrevistas e coleta das demais informações.

À Diva Galdino, exemplo de funcionária, digna pessoa do setor de tisiologia do Centro de Saúde de Pinheiros.

Ao José Renato Derntl, pela colaboração na pesquisa bibliográfica.

À Fernanda Derntl, pelo apoio logístico.

Ao José Derntl, pelo apoio implícito.

À todos aqueles amigos que, direta ou indiretamente, de alguma forma, contribuiram para a realização deste trabalho.

I N D I C E

I N D I C E

PÁG.

APRESENTAÇÃO xviii

RESUMO xxi

SUMMARY xxiii

1 - INTRODUÇÃO 1

2 - CONDUTA E SAÚDE 25

3 - O FATOR TEMPO DE SINTOMATOLOGIA 32

4 - OBJETIVOS 35

4.1 Geral 36

4.2. Específicos 36

5 - MATERIAL E MÉTODOS 38

5.1 Área de estudo 39

5.2 População de análise 39

5.3 Amostra 39

5.4 Procedimentos para a coleta de dados 41

5.4.1 Estudo exploratório 41

5.4.2 Coleta de dados 41

5.5 Análise dos dados 42

5.6 Processamento dos dados 43

5.7 Pesquisa bacteriológica 43

6 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS 44

6.1 Tempo total de sintomatologia 45

6.2 Tempo decorrido desde a percepção de alguma

PÁG.

sintomatologia até à procura do primeiro recurso de saúde 49

6.3 Tempo decorrido desde a procura da primeira assistência até o primeiro atendimento no CS 53

6.4 A busca passiva de casos de tuberculose ... 56

6.5 Opinião dos clientes sobre o próprio diagnóstico 67

6.6 Recursos de saúde procurados 69

6.7 Razões de demora na procura do CS 75

6.8 Acessibilidade geográfica do CS 81

6.9 Referência de processo anterior de tuberculose 84

6.10 Referência de contato com tuberculose 87

6.11 Características individuais que podem influir na procura de recursos de saúde 89

7 - CONCLUSÕES 103

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 112

ANEXO 125

ÍNDICE DAS TABELAS

ÍNDICE DAS TABELAS

PÁG.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO TOTAL DECORRIDO ENTRE A PERCEPÇÃO DE ALGUMA SINTOMATOLOGIA E O PRIMEIRO ATENDIMENTO NO CS. SÃO PAULO, 1985..... 48

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E O PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE PROCURADO. SÃO PAULO, 1985 52

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DECORRIDO ENTRE A PROCURA DA PRIMEIRA ASSISTÊNCIA ATÉ O PRIMEIRO ATENDIMENTO NO CS. SÃO PAULO, 1985. 54

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM TOSSE E EXPECTORAÇÃO SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985. 57

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS (%) SEGUNDO TEMPO REFERIDO DE OCORRÊNCIA DE TOSSE, COM OU SEM EXPECTORAÇÃO , LOCAL E ÉPOCA DO ESTUDO. 59

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM EMAGRECIMENTO, COM OU SEM INAPETÊN

PÁG.

CIA, SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985. 61

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM FEBRE SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985. 62

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM DOR TORÁCICA SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985. 63

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM HEMOPTISE SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985. 64

TABELA 10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS REFERIDOS PELOS DOENTES SEGUNDO ALGUNS AUTORES, DE ACORDO COM O LOCAL E ANO DE ESTUDO 66

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O RESULTADO DA BACILOSCOPIA E OPINIÃO SOBRE O PRÓPRIO DIAGNÓSTICO. SÃO PAULO, 1985. 69

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE PROCURA TO-

PÁG.

TAL DE RECURSOS DE SAÚDE SEGUNDO CATEGORIA. SÃO PAULO, 1985. 70

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE PROCURADO E A VINCULAÇÃO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL. SÃO PAULO, 1985. 72

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO RAZÕES ALEGADAS PARA ABANDONO DE ALGUMA ASSISTÊNCIA ANTERIOR AO ATENDIMENTO NO CS. SÃO PAULO, 1985 73

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA FUNÇÃO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE SAÚDE E NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE AS MESMAS. SÃO PAULO, 1985. 76

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DAS RAZÕES REFERIDAS PELOS CLIENTES PARA EXPLICAR A DEMORA EM PROCURAR O CS. SÃO PAULO, 1985. 78

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA, MEIO DE LOCOMOÇÃO UTILIZADO E TEMPO DISPENDIDO PARA CHEGAR AO CS. SÃO PAULO, 1985.... 83

PÁG.

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DE SINTOMATOLOGIA, REFERÊNCIA DE PROCESSO ANTERIOR DE TUBERCULOSE PULMONAR E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985. 86

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E REFERÊNCIA DE CONTATO COM TUBERCULOSE. SÃO PAULO, 1985.... 87

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CONTATOS COM TUBERCULOSE, SEGUNDO O TEMPO ATUAL OU PREGRESSO. SÃO PAULO, 1985. 89

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E SEXO. SÃO PAULO, 1985. 92

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E FAIXA ETÁRIA. SÃO PAULO, 1985. 94

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E ANOS DE ESCOLARIDADE. SÃO PAULO, 1985. 97

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E A POSIÇÃO NO SISTEMA ECONÔMICO. SÃO PAULO, 1985. 99

PÁG.

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO RENDA FAMILIAR, EM SALÁRIOS MÍNIMOS DA ÉPOCA, E O NÚMERO DE MEMBROS NA FAMÍLIA. SÃO PAULO, 1985. 101

ÍNDICE DAS FIGURAS

ÍNDICE DAS FIGURAS

PÁG.

FIGURA 1 - DETECÇÃO PASSIVA DE CASOS DE TUBERCULOSE PELO CENTRO DE SAÚDE 46

FIGURA 2 - FLUXO DE RECURSOS DE SAÚDE PROCURADOS PELA POPULAÇÃO DE ESTUDO (Nº E %). SÃO PAULO, 1985. ..... 55-A

APRESENTAÇÃO

Como enfermeira de um centro de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, pudemos observar uma certa perplexidade por parte da clientela que procurava a Unidade para exame abreugráfico, ao ser informada que esse exame não mais integrava a rotina de assistência à saúde. O exame baciloscópico de escarro passou então a representar o recurso de eleição na busca passiva de casos de tuberculose pulmonar. Essa reação da população ocorreu em parte porque a mudança de política de assistência à saúde não foi precedida de ampla divulgação, razão pela qual algumas empresas ou clubes continuaram exigindo o exame abreugráfico para ingresso nos seus quadros. Por outro lado, algumas unidades sanitárias tardaram a incorporar esta nova sistemática de atendimento. O próprio pessoal de saúde parece ter demorado algum tempo para assimilar as finalidades e implicações da mesma. Houve, desta maneira, alguma dificuldade entre os serviços de saúde, para estabelecer uma rotina de triagem e encaminhamento dos sintomáticos respiratórios, a partir da entrevista dos clientes que os procuravam.

Estes aspectos relacionados à assistência, somados aos complexos fatores comportamentais da população em relação à sua própria saúde, levou-nos a colocar questões como:

- ao perceber alguma sintomatologia, quanto tempo um indivíduo demora para procurar assistência?

- por que algumas pessoas demoram mais do que outras para procurar assistência?

- quais são as razões que levam uma pessoa a retardar a procura de assistência?

- o que as pessoas sabem sobre a assistência prestada pelos centros de saúde?

- qual a clientela que procura os centros de saúde?

Essas questões foram respondidas pelas pessoas entrevistadas e sua análise serviu de base para a elaboração do presente trabalho, tendo em vista as implicações epidemiológicas que a demora para a procura de atendimento pode representar na propagação da tuberculose pulmonar.

RESUMO

Este trabalho apresenta o resultado do estudo das causas que interferem na busca passiva de casos de tuberculose pulmonar na população.

Entrevistaram-se 350 indivíduos, bacilíferos e não bacilíferos, que procuraram o Centro de Saúde de Pinheiros-SP, durante o ano de 1985. Foram estudadas as informações obtidas referentes ao tempo decorrido desde a percepção de alguma sintomatologia pela população de estudo até a sua chegada ao Centro de Saúde.

Os resultados obtidos permitem supor que boa parte da responsabilidade pela demora no atendimento correto da população pode ser atribuida aos profissionais das instâncias anteriores à procura do Centro de Saúde. Outros fatores relacionados à área do comportamento humano e a aspectos sócio-econômicos foram identificados como causa provável de demora para a procura de assistência adequada à saúde.

Concluiu-se que a população não conhece ou conhece pouco as características da função assistencial do centro de saúde, com exceção da gratuidade dos serviços oferecidos.

Este conjunto de fatores resultou num tempo de sintomatologia que variou de menos de 3 semanas até mais de 24 meses, com maior concentração de casos no espaço de tempo compreendido entre 3 semanas até 12 meses, significando maior risco de disseminação da infecção na comunidade.

SUMMARY

This work presents the results of the study of causes that interfere with the passive search of pulmonary tuberculosis cases in the population.

Three hundred and fifty infection spreading and non infection spreading subjects who looked up the Pinheiros Public Health Center in the city of São Paulo throughout 1985 were interviewed.

Information obtained regarding intervening time between perception of any symptom by the study population and its arrival at the Health Center was studied.

The results obtained point ot to the fact that a good deal of responsability for the delay in the provision of correct care lies with the professionals of the anterior instances attended by the population before looking up the Health Center. Other factors related to the area of human behaviour and socio-economic aspects were also identified as probable causes of the delay in obtaining adequate health care.

It is concluded that the population has little or no knowledge whatsoever regarding the health care function of the Health Center, save it being free of charge.

This group of factors resulted in a symptomatology time span that varied from less than three weeks to twenty-four months with a higher concentration rate comprised between three weeks and twelve months meaning a larger infection spreading risk in the community.

1 - INTRODUÇÃO

EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À TUBERCULOSE NO BRASIL

Enquanto a população humana não se apresentou sob a forma de aglomerados e grupos sociais definidos, a tuberculose pouco significou. Ao tempo de Hipócrates (460-370 aC), muito antes portanto da descoberta de Koch, acreditava-se na transmissão da doença pelo hálito do doente. Hipócrates descreveu os sintomas e sinais maiores da doença: tosse, expectoração, febre e caquexia. Iniciou também a auscultação direta do torax do paciente. Mais tarde, Galeno (131-200 aC) afirmou ser a doença contagiosa.

Durante a Idade Média, a preocupação com a tuberculose parece ter-se atenuado para recrudescer principalmente no século XVIII, quando continuou o conceito antigo de contágio. Falava-se em "miasmas respiratórios" e o escarro ainda era considerado veículo para a transmissão da doença. Alguns acreditavam também na hereditariedade da mesma.

A tuberculose chegou ao Brasil trazida da Europa pelos colonizadores. Segundo PAULA SOUZA[60], é difícil separar, através das crônicas de registro da época, a tuberculose das doenças catalogadas como febres. Mesmo assim, nota o autor, "surpreende-se nos relatos antigos, enfermidades que podemos julgar como sendo a tuberculose." Anchieta, em suas cartas para Portugal, considerava tão boa e sadia a nova terra, que aconselhava os superiores da Ordem a mandarem para cá os Irmãos enfermos, pelo muito que aproveitariam. O fato é que, muitos religiosos que para aqui vieram tornaram-se focos de contágio nos colégios, principalmente, e para a população em geral. O mesmo Pe. Anchieta e também o Pe. Nóbrega morreram tuberculosos, a despeito das recomen

dações do primeiro sobre a excelência do clima da terra para a cura da doença.

Ainda segundo PAULA SOUZA[60], já em 1798, no Rio de Janeiro, uma terça parte da mortalidade ocorria por conta da tuberculose. A doença interiorizou-se, em boa parte, graças ao costume dos médicos da época que enviavam seus pacientes para o campo em busca de ar puro e melhores condições de repouso.

Em São Paulo, em 1887, quando apareceram os primeiros registros sobre tuberculose, o Governo do Estado organizou um serviço de propaganda, instrução e estudo sobre a doença, "como até hoje não mais tivemos", no dizer de PAULA SOUZA[60]. Clemente Ferreira, pouco depois, funda o primeiro núcleo de combate à tuberculose em São Paulo, que viria a ser a Liga Paulista de Combate à Tuberculose. Daí para diante, organizam-se os hospitais de isolamento e sucedem-se os eventos científicos com o objetivo de difundir os conhecimentos sobre a doença.

Numa época em que o tratamento da doença se baseava principalmente no repouso e nos cuidados higiênico-dietéticos, a preocupação das autoridades sanitárias visava o aumento do número de leitos para a internação dos doentes. PAULA SOUZA[60] refere-se, com entusiasmo, aos médicos especialistas da primeira metade do século atual, pela sua dedicação aos enfermos internados, cuja gravidade era muito grande, com apenas 6 a 10% de índice de cura. A opinião era de que o aumento do número de leitos viria melhorar a situação.

O futuro viria contrariar essa afirmação. Entre os anos de 1956 e 1960, já contando com os recursos de quimioterapia, os primeiros trabalhos realizados em MADRAS[53]

vieram demonstrar que o tratamento ambulatorial é tão eficaz quanto o hospitalar. Paralelamente, verificou-se que as rígidas medidas higiênico-dietéticas até então observadas, não são indispensáveis para o alcance da cura e para prevenir a propagação da doença.

Os novos conceitos médico-sociais levam a uma mudança na política de assistência à tuberculose, de tal modo que o Comitê de Expertos em Tuberculose, no seu 8º e 9º Informes[58,59], datados de 1964 e 1974 respectivamente, dão conta dos princípios básicos para o controle da doença e preconizam a integração da assistência específica nos serviços gerais de saúde.

A nível nacional, a principal modalidade de organização e prática sanitária, vinha sendo de um lado a medicina hospitalar, tendente à concentração das ações médicas e à especialização crescente, com papéis bem definidos, a cargo, principalmente, da Previdência Social.

A prática ambulatorial ficou a cargo tanto das unidades sanitárias estatais como de unidades da Previdência Social e de Instituições particulares.

Tanto numa como noutra modalidade de atendimento, as ações baseavam-se na especialização, pela atividade dos tisiologistas e pelas ações separadas para a modalidade da doença.

Estes conceitos evoluiram para a formação de generalistas e para a política de integração do atendimento nos serviços de saúde, bem como para a internação apenas dos casos graves, sob os aspectos clínico, cirúrgico e social e manutenção da internação apenas durante o período em que persistisse a referida necessidade.

Verificou-se ainda que as rígidas medidas hi-

giênico-dietéticas até então observadas não são indispensáveis para o alcance da cura e para prevenir a propagação da doença.

A partir do início da década de 70, configura-se cada vez mais a crise do sistema de saúde à medida que se avolumam as necessidades da população não satisfeitas pelos modelos assistenciais vigentes.

Começam então a surgir propostas de outros modelos assistenciais, de caráter experimental, envolvendo geralmente Secretarias estaduais de Saúde, Universidades e outras Instituições de Saúde nacionais e internacionais.

Essas propostas se dividem em dois grandes grupos: um formado por programas originados do próprio Setor Saúde e voltados para a organização de um Sistema Nacional de Saúde; outro, voltado para as estratégias de integração horizontal dos diversos setores envolvidos. De qualquer modo, ambos se preocupam, nos seus modelos conceituais, com a extensão de cobertura, objetivando a universalização do direito à proteção e recuperação da saúde, e à participação comunitária para obtenção da mesma. Essa participação objetiva desde a simples redução dos custos operacionais dos programas até a incorporação dos diferentes setores da comunidade, o atendimento simplificado realizado por profissionais generalistas, a promoção do auto-cuidado e a garantia do direito à assistência voltada para as necessidades reais de saúde da comunidade.

Essas propostas questionam criticamente as práticas e organizações de saúde vigentes e buscam outras alternativas a serem incorporados na concretização de novos modelos assistenciais, que se ajustem à realidade econômica e social de cada região onde se implantarão.

Assim, o desenvolvimento de tecnologias apropriadas constitui uma preocupação prioritária, voltada principalmente para conhecimentos científicos que se embasam na simplicidade e no baixo custo operacional. Segundo VIEIRA[89] como um processo eminentemente social, "a transformação do sistema de saúde não decorre apenas da transferência do conhecimento e da tecnologia de saúde mas também do confronto de uma gama variada de forças econômicas, políticas e ideológicas."

Em 1975, durante a V Conferência Nacional de Saúde[24], divulga-se o "Sistema Nacional de Saúde" (SNS) caracterizando dois grandes campos institucionais: Ministério da Saúde (MS), responsável pela saúde coletiva e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), voltado para a saúde individual do trabalhador. Um ano depois, cria-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) concebido como um primeiro estágio de instalação do SNS, que implica na necessidade de uma integração das várias instituições prestadoras de Serviços de Saúde.

O Programa de Saúde propriamente dito, pretendido pelo PIASS, visou basicamente o acesso à saúde para a população, significando isto: existência de serviços que estejam ao alcance geográfico, econômico e cultural da mesma; adequação dos serviços quanto à sua organização, tipo e qualidade; e aceitação dos serviços pela população. Na verdade, esse programa antecipou a aceitação de todo um corpo de idéias que veio a ganhar força e apoio em nível internacional durante a Conferência de ALMA-ATA[23], em 1978, na qual foi aprovada a meta de saúde para todos no ano 2000, e a estratégia de assistência primária à saúde.

Num processo de evolução e tentativa de aper-

feiçoamento do Sistema, o PREV-SAÚDE, formulado em 1980, incorpora o ideário do PIASS. Os objetivos deste Programa exigem planificação integrada. Prevê uma programação única de atividades de todo o setor público, em cada Unidade Federada, definida de forma integrada e envolvendo todas as ações federais, estaduais e municipais próprias, tendo o Fundo Estadual como fonte de repasses. A padronização é instrumento útil para redução de custos, aumento da eficiência e facilitação de programas de integração. Destacam-se nessa ação a padronização de medicamentos e de condutas diagnósticas e terapêuticas, referentes às nosologias de maior incidência[63].

A recente VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília[25], nada mais fez do que retomar e ampliar esse conjunto de idéias que resumem as grandes questões de saúde do momento.

O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), numa busca de recomposição do Sistema, propõe um plano — Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social — cujas diretrizes políticas foram aprovadas na Portaria nº 3062, de 23 de agosto de 1983 do INAMPS[63].

O plano CONASP propõe, como objetivo final, as Ações Integradas de Saúde (AIS) que têm como princípio a integração interinstitucional, a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a prioridade às ações básicas de saúde, o planejamento da cobertura assistencial e a previsibilidade orçamentária[63].

Esta integração, no caso do Estado de São Paulo, começa a concretizar-se a partir de janeiro de 1979[41], através da Portaria CAH nº 62-78 do Coordenador, de 26.12.78.

Por ela, a Secretaria da Saúde concentra as atividades de coletar, atualizar e divulgar dados estatísticos de interesse para as atividades de saúde pública.

O relatório final da reunião de trabalho sobre Ações Integradas de Saúde — ABRASCO, CEBES, SESB/ PR Curitiba[1], realizado de 2 a 29 de agosto de 1984 apresenta algumas considerações a respeito da atual política de saúde que, reconhecem, deve ser basicamente democrática e que abrange uma concepção doutrinária evidente. O mesmo relatório cita um aspecto básico da atual política de saúde: "o acesso a serviços de saúde em todos os níveis constitui direito inalienável do cidadão, independente de possuir ou não vínculo trabalhista. Sob este ponto de vista, as AIS[1] se constituem no mais importante instrumento hoje existente de organização de sistemas municipais e do Sistema Estação de Saúde, entendido estes como existindo para atender o exercício de tal direito.

Segundo o mesmo relatório[1], por suas características, por suas origens e por seus objetivos, as Ações Integradas de Saúde têm sido um programa de atendimento a uma demanda espontânea de assistência médica. Essa forma de atendimento, ainda que apresente rendimento político o que, segundo os autores não deve ser visto como um mal em si mesmo, apresenta pobres resultados em termos de impacto epidemiológico e contribui para a consolidação das desigualdades de acesso. Essa demanda é conseqüência, dentre outros fatores, do perfil de oferta, do grau de informação da clientela sobre os serviços e da proximidade física dos usuários em relação às unidades prestadoras de serviços[1].

Finalmente, a VIII Conferência Nacional de Saúde[25] através de seus participantes, aprofundou o exame

da condição sanitária do país e o diagnóstico setorial. Ressalta das conclusões que "é parte fundamental do processo de redemocratização em curso a abordagem corajosa e transformadora do Sistema de Saúde do Brasil[30]".

A Reforma Sanitária brasileira enfrenta o desafio da integração das ações de saúde, aprofundando as relações de integração entre as instituições de saúde conquistadas pelas AIS o que, em última análise, é a concretização de uma proposta de direito universal de acesso igualitário aos serviços de saúde pela população. Ficou evidente no decorrer da VIII Conferência que as modificações em curso no setor institucional levarão a uma ampliação do conceito de saúde, quando abordam temas como "saúde como direito" entendida esta como o resultado das conquistas da população. Saúde não é pois um conceito abstrato. "Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Essa conquista resulta na garantia de uma série de direitos, que incluem:

- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plena;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis[25]".

Esta ampla dimensão da saúde está resultando na aproximação do setor saúde de outros setores sociais e deverá ter como resultado a melhoria da qualidade de vida da população.

As novas diretrizes da Política Nacional de Saúde, a conveniência de adoção de tecnologia simplificada associada aos programas de extensão de cobertura, vão ao encontro às recomendações do Comitê de Peritos em Tuberculose, publicado no seu 7º informe[57], particularmente no que se refere às estratégias a serem adotadas pelos países em desenvolvimento que, a par das razões epidemiológicas e operativas, preocupa-se com os aspectos sociais dos Programas.

Na prática, desde os anos de 1947 e 1948, a OMS[31] começou a preconizar o emprego uniforme das técnicas de controle da tuberculose e a necessidade de se efetuar o diagnóstico por meio do exame bacteriológico do escarro dos suspeitos.

Com o mesmo objetivo disciplinador e normatizador, a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária reuniu representantes da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde Pública, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, da Central de Medicamentos do Ministério da Previdência Social, Universidades, Secretarias de Saúde e da Organização Panamericana da Saúde, a fim de atualizar as normas anteriormente existentes, adaptando os novos avanços técnicos e científicos da tuberculose, e harmonizar-se com as políticas e estratégias de saúde vigentes.

Em conseqüência do trabalho realizado por esse grupo, o Ministério da Saúde distribuiu para todos os

Estados o Manual de normas para o controle da tuberculose[51] e o Manual de procedimento para atividades de controle da tuberculose[52] que disciplinam as atividades de controle da doença em todo o país.

DIMENSÃO DO PROBLEMA - SITUAÇÃO NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Um exame recente do problema da tuberculose empreendido em 1981 pela OMS e pela UICT, em trabalho conjunto[64,37,36] indicou que a situação epidemiológica da tuberculose no mundo praticamente se estabilizou, embora em números absolutos tenha aumentado[67]. Isto quer dizer que continua sendo um importante problema de saúde pública, em especial para os países em desenvolvimento. Vale lembrar ainda que, no ano 2.000 seremos 6 bilhões de habitantes sobre a Terra. Prevê-se[21], com toda a probabilidade, que a incidência anual dos casos contagiosos será pelo menos de 5 milhões. Ainda segundo estimativas[76,79] aparecem atualmente (1982) 4 milhões de novos casos de tuberculose com baciloscopia positiva e um número igual com baciloscopia negativa, no mundo.

Lembrando que o critério convencionado[40] para definir a erradicação da tuberculose é de "aparecimento de menos de um caso novo bacilífero por milhão de habitantes por ano", acredita-se que alguns países mais avançados alcançarão esta meta não antes de 40 ou 50 anos.

Acrescente-se, para bem avaliar este quadro, que existe grande distância entre os resultados obtidos sobre a situação epidemiológica da tuberculose nos países de-

Serviço de Biblioteca e Documentação
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

senvolvidos e subdesenvolvidos. Nos primeiros, a diminuição do problema coincide com a melhoria das condições sócio-econômicas e de higiene, antes mesmo da introdução da quimioterapia. Mc Keown, citado por BREILH & GRANDA[16] demonstrou que a tuberculose na Inglaterra e no País de Gales diminuiu paulatinamente no período estudado, (1838 a 1970) acentuando que a maior parcela do decréscimo das taxas de mortalidade ocorreu antes da introdução da estreptomicina.

STYBLO[79] faz notar que apenas a melhoria dos fatores apontados acima não são os únicos que podem ter acelerado a diminuição da mortalidade por tuberculose nos anos de 1900 a 1940. A prática de isolamento dos doentes também contribuiu em certa medida para a redução do risco de infecção na comunidade.

Confirmando a tendência observada por Mc Keown, RUFFINO NETTO e PEREIRA[70] analisaram os dados de mortalidade por tuberculose (todas as formas) na cidade do Rio de Janeiro. Evidenciaram que a curva de velocidade do declínio se ajusta a três períodos de regressão, estudados distintamente e equivalentes, de 1860 a 1945 e após este ano. Para esta análise, destacam alguns fatores econômicos, demográficos, sociais e políticos que apresentam como hipóteses explicativas para as diferentes velocidades de declínio da mortalidade. Só no período após 1945 os autores atribuem o declínio observado a fatores médicos, especialmente à utilização dos tuberculostáticos.

Nos últimos anos, os países tecnicamente mais adiantados obtiveram resultados notáveis na luta contra a tuberculose, de tal modo que ela não se constitui mais num importante problema de saúde pública. Nos 34 países europeus que enviaram estatísticas à OMS, estima-se que ocorreram

311.801 casos novos de tuberculose em 1976 contra 130.203 em 1980. Supõe-se, entretanto, que o resultado deve ser bem mais elevado[40]. Nesses países, o maior obstáculo para a erradicação da tuberculose provém do reservatório potencial representado pelo expressivo contingente de pessoas em idade avançada, infectados quando as taxas de contágio tuberculoso eram elevadas e ainda pelo grupo de imigrantes, já então composto por jovens, na sua maior parte.

Em contraposição com este panorama, no resto do mundo, a tuberculose apresenta-se comparável com o que ocorria na Europa, há um século. A se manter essa situação, pode-se afirmar que a tendência é alargar-se a distância da realidade epidemiológica observada nos países desenvolvidos e no resto do mundo, de tal modo que não se cogita mais da aplicação dos modelos de combate à doença preconizados nesses países à realidade das demais regiões menos privilegiadas.

Segundo BULLA[18,19], quando se abordam problemas de importância em saúde pública, como é o caso da tuberculose, o conhecimento e a compreensão das estatísticas e da epidemiologia da doença são essenciais. Não obstante, mais adiante confessa "ainda estamos longe de poder proceder a uma avaliação estatística válida da tuberculose". Com esta ressalva, apresenta uma visão de conjunto das estimativas de incidência e mortalidade mundial da tuberculose, com base em informações oficiais de 157 países, agrupados por continentes. A extrapolação do número de casos novos de tuberculose, oficialmente registrados, ao conjunto da população mundial leva a supor que, durante o período estudado, houve um descenso progressivo da incidência da tuberculose no mundo. Afirma ele: "pode haver ocorrido uma dimi

nuição, a nível mundial de cerca de 1 milhão de casos em um intervalo de 10 anos; de 1967 a 1977". O mesmo relatório menciona ainda que a Ásia, só ela, proporcionou mais de dois terços do número total de casos novos de tuberculose informados no último ano do estudo.

Os dados de mortalidade, referidos no mesmo relatório, dizem respeito a 103 países e estimam que houve um decréscimo de 43,3% nos últimos 10 anos estudados (até 1976-1977). Assim, poderiam haver ocorrido, segundo ele, 671.757 mortes notificadas por tuberculose em 1976-77.

STYBLO E ROUILLON[80] apresentam uma complementação crítica do trabalho apresentado por BULLA[18]. Reafirmam os dados publicados por ele e apontam, por sua vez, como principais dificuldades para uma estimativa correta o fato das estatísticas oficiais informadas pelos vários países não serem comparáveis, citando como principais causas:

- critérios adotados para definir "caso de tuberculose";
- variabilidade de critérios adotados para a detecção de casos, de acôrdo com o grau de desenvolvimento do país;
- as cifras referentes a alguns países em desenvolvimento não se referem, na realidade, a todo o país; e
- a diversidade do sistema de notificação adotado.

Até 1977, no Brasil, considerava-se que as mudanças efetuadas nos programas de combate à tuberculose, de acôrdo com a evolução das políticas de saúde, visando à simplificação tecnológica, descoberta e tratamento dos casos, à vacinação e à padronização das normas e rotinas não haviam atingido uma amplitude nem uma profundidade suficientes para alterarem de forma substancial o quadro nacio-

nal da doença[24]. O país até 1981 ainda ocupava o 2º lugar mundial em número de casos notificados. Até há pouco tempo diagnosticavam-se aproximadamente 50% dos casos de tuberculose presumidamente existentes. Em 1981, como cresceu o número de serviços que atendem à tuberculose, pode-se chegar a diagnosticar 80% dos casos estimados. Este fato justifica, sem dúvida, o elevado número de notificações, associado ao aprimoramento dos procedimentos aplicados para as mesmas[85].

Dois importantes encontros[20] de secretários de Saúde dos Estados da Federação realizados em fevereiro de 1982 resultaram numa avaliação da situação nacional da tuberculose e no estabelecimento das perspectivas para 1983.

Concluiram que o Brasil se situa numa posição intermediária na América Latina, em relação ao controle da doença, "melhor que o Paraguai e o Perú, mas pior que a Argentina e Uruguai", com 46 bacilíferos para cada 100.000 habitantes. O número absoluto de casos notificados no país subiu de 86.411 em 1981 para 87.757 em 1982, apesar do aumento de 108 para 116 milhões de pessoas atingidas pelos programas preventivos, nesse período.

Minas Gerais, Pará e os estados do Nordeste registraram os maiores índices de ocorrência da doença em 1982, havendo em Minas um aumento de 51% na incidência, em relação a 1981, com 30% dos casos localizados na Região Metropolitana de Belo Horizonte. O Rio Grande do Sul alcançou os melhores resultados em 1982, com um índice de cura de 91% (contra a média nacional de 80%).

Essa avaliação vai mais longe, chamando a atenção para o fato de que o aumento do desemprego em 1983

poderá no futuro agravar o quadro nacional da tuberculose, doença diretamente relacionada com a qualidade de vida da população[20].

No que se refere à mortalidade no Brasil, houve uma redução em tôrno de 63% durante a década de 1970, com um decrêscimo de 25,1 para 9,6 óbitos por 100.000 habitantes[66]. Estas cifras ultrapassam de longe a meta de redução da mortalidade estabelecida durante a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas para o ano 2.000.

VRANJAC[90], estudando a mortalidade por tuberculose (todas as causas) ocorridas no Município de São Paulo no período de 1933 a 1968, verificou que na forma respiratória, no início do estudo, as idades mais atingidas foram as de 15 a 19 e 20 a 25 anos enquanto que, na fase final do estudo, os que apresentaram maior coeficiente foram os grupos etários extremos: os mais jovens e os mais velhos. Finalmente, observou uma diminuição do risco de morbidade por tuberculose, em todas as coortes estudadas após o advento dos quimioterápicos.

A despeito da convicção geral de que a taxa de mortalidade por tuberculose não expressa mais a magnitude do problema, NOGUEIRA[56] relata que no ano de 1979, cerca de 0,9% do total dos óbitos do Município de São Paulo foram devidos à tuberculose e, ela sozinha, ainda representa 38,2% do total de óbitos por doenças infecciosas em pessoas maiores de 15 anos de idade. Acrescenta ainda que a doença continua matando pessoas em idade produtiva, chegando à cifra de 469 pessoas com mais de 15 anos de idade, residentes em São Paulo, no mesmo ano, 1979.

Segundo dados fornecidos pelo Centro de Informações sobre Saúde (CIS), em 1982 ocorreram ainda, no

Município de São Paulo, 418 óbitos por tuberculose — todas as formas e todas as idades — contra 381 em 1983. O mesmo relatório, fornecido pelo CIS, traz-nos a informação que em 1984 o número de casos novos de tuberculose — todas as formas — em maiores de 15 anos foi de 15.437. Observa-se que, de 1979 em diante, vem-se registrando um aumento do número absoluto de casos: 11.156 em 1979; 16.132 em 1981; 4.637 em 1983. As porcentagens obtidas acompanham essa tendência crescente: 86,4; 88,0 e 88,5 respectivamente para os anos apontados.

LOCALIZAÇÃO DE CASOS

Fontes de infecção tuberculosa

A localização de casos é uma atividade essencial no controle da tuberculose. Sua finalidade é a de identificar as fontes de infecção em uma comunidade, tratá-las, aliviando seus sofrimentos e tornando-as não contagiosas. Para avaliar a magnitude do problema e proceder a uma programação fundamentada, lança-se mão de informações epidemiológicas, colhidas de preferência diretamente da população.

Como não se dispõem de dados fidedignos sobre o número de casos de tuberculose com baciloscopia positiva na maior parte dos paises em desenvolvimento, para determinar sua tendência epidemiológica procura-se calcular o risco anual de infecção tuberculosa (RITA).

Esse índice, proposto por STYBLO[79], é considerado o melhor indicador isolado para aferir a intensidade do

problema. Está estreitamente influenciado pelo número de casos bacilíferos existentes na comunidade. Avalia o efeito global das ações de controle desenvolvidas. Não sofre a influência de fatores operacionais como procedimento de registro e ainda, não está relacionado com a cobertura dos programas. Observa-se ainda que o RITA sofre a influência das condições sócio-econômicas, culturais e ecológicas locais, concluindo-se que, para obtê-lo há necessidade de estudos fidedignos. É principalmente um índice útil na planificação e avaliação dos programas antituberculosos em diferentes grupos de idade numa prospecção de 10 a 15 anos[78].

A obtenção do RITA tornou-se problemática no Brasil, particularmente após 1977, quando a aplicação da vacina BCG se generalizou. ARANTES e col.[8] realizaram um estudo sobre a evolução do risco de infecção tuberculosa em área com elevada cobertura de BCG, em São Paulo, entre os anos de 1974 e 1982. Ainda que apontando a impropriedade das condições de estudo, conseguiram determinar a tendência do risco de infecção em crianças com 7 anos de idade, não vacinadas com BCG. Concluiram que a tendência de prevalência de infecção e, conseqüentemente, do risco de infecção, se revelou decrescente no total das escolas examinadas, variando de 1,09% em 1974 para 0,71% em 1982.

No País, o risco de infecção encontra-se ao redor de 1% ao ano. Há possibilidade de se reduzir em 5 a 10% ao ano a incidência de casos, o que levaria o risco de infecção a uma redução de 50% num prazo de 15 a 20 anos[85].

A estimativa do risco de infecção para a Capital e interior do Estado de São Paulo é também, aproximadamente, de 1% ao ano, correspondendo a essa porcentagem uma incidência de cerca de 13 mil doentes bacilíferos, anualmen

te, para uma população estimada de 22 milhões de habitantes[73].

Admitem-se, nos paises em desenvolvimento, taxas anuais de incidência de infecção de 1 a 5%, ou seja, 20 a 50 vezes mais que nos países tecnologicamente mais adiantados.

RISCO DE EVOLUÇÃO DE INFECÇÃO PARA A DOENÇA. PARÂMETRO DE CONTÁGIO

O risco de evolução da infecção é difícil de calcular pois irá depender do tipo de fonte, grau de proximidade e idade do contágio e, claro, do tempo que a fonte de infecção permanece sem tratamento, isto é, contagioso. CONSTOCK e col., em 1974, citados por ROUILLON e col.[68] advertem para um risco médio de evolução da infecção para doença de 5% ao ano subseqüente à infecção. Concluem ainda que um doente infeccioso infecta de 10 a 20 pessoas no seu período máximo de contagiosidade (cerca de 2 anos). Destas, 10% ficarão doentes e, dessa porcentagem metade será por sua vez infecciosa. Conclui-se então que um doente teria que infectar cerca de 20 pessoas para que ocorresse um caso de tuberculose[78].

Demonstrou-se ainda que há uma relação quase constante entre o risco de infecção tuberculosa e a incidência de tuberculose escarro-positiva. Calcula-se que nos paises em desenvolvimento, 1% de risco anual de infecção tuberculosa corresponde a cerca de 50 casos escarro-positivos por 100.000 habitantes. Acrescente-se ainda que cada fonte

de infecção, se tratada, infectará em média duas pessoas a menos que aquelas (cerca de 10 a 13) provavelmente infectadas, caso não recebesse tratamento[76].

Finalmente, em 1972, ARANTES[7] considera que a possibilidade de adoecer é igual a 2 por 1000 habitantes, sem distinguir infectados ou não infectados mas considerando que nem toda a população está vacinada. Caso toda a população fosse vacinada, com 80% de eficácia, assinala ele, a possibilidade de adoecer para essa mesma população seria 4 vezes menor, isto é, 0,5 por 1000 habitantes.

CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA A LOCALIZAÇÃO DE CASOS

Está comprovado através de vários estudos[46,81,83] que os exames radiológicos maciços contribuem pouco para a detecção de casos com baciloscopia positiva. Cerca de 85% dos casos foram descobertos por outros meios diagnósticos; 60% porque os pacientes procuraram assistência médica espontaneamente, movidos pela preocupação com sua sintomatologia. No estudo realizado em Kolin, na Checoslováquia[46,81], apurou-se que três quartos dos casos ocorreram em pessoas que haviam se submetido a exame radiológico com resultado normal, num intervalo relativamente curto; 50% dos casos descobertos com baciloscopia positiva desenvolveram-se em menos de 1 ano.

Referindo-se à abreugrafia, utilizada no Brasil, BRÓLIO[17] refere-se à sua sensibilidade no sentido de revelar sombras pulmonares, mesmo discretas, na ausência de sintomatologia clínica, mas acrescenta que esse exame "é me

nos específico do que a baciloscopia e não dispensa a necessidade da realização da pesquisa do bacilo, para fins de diagnóstico".

No Brasil, outras razões técnico-econômicas somam-se às razões epidemiológicas apontadas. Em conseqüência, particularmente para o Estado de São Paulo, o Diário Oficial publicou em 25 de janeiro de 1985 a resolução 5512 que dispõe sobre a não exigência da abreugrafia para o fornecimento de atestados de saúde. Na mesma publicação, comunica que esse exame também não será exigido por ocasião do exame médico admissional e demissional de empregados, extinguindo-se assim a chamada "abreugrafia de rotina".

Continuam atuais as recomendações da OMS, no seu 9º informe[59], datado de 1972. Deste modo, a pesquisa bacteriológica é o método mais importante no diagnóstico e controle do tratamento. Para que a integração do Programa de Controle da Tuberculose na rede de serviços de saúde do país se realizasse, foi necessário organizar uma rede de laboratórios de bacteriologia, capaz de cobrir todo o território nacional. A 6 de fevereiro de 1973, o Diário Oficial do Estado oficializou a criação da Rede Nacional de Laboratórios de Bacteriologia de Tuberculose, bem como as normas para a sua coordenação.

A partir dessas recomendações[59] o Comitê de Especialistas em tuberculose da OMS[58] definiu como caso de tuberculose "todo o indivíduo cuja enfermidade seja confirmada bacteriologicamente". Afirmam eles: "a prevalência da tuberculose pulmonar comprovada bacteriologicamente por exame microscópico de uma amostra de escarro é o melhor índice de que se dispõe para determinar o reservatório de infecção em uma coletividade. O Manual de Normas para o Con-

trole da Tuberculose[51], adotado pela DNPS não se refere ao número de baciloscopias a serem realizadas, mas na prática as Unidades realizam pelo menos dois exames diretos e cultura do material, a critério médico.

Os exames de escarro efetuados a partir da procura do serviço de saúde pelos indivíduos geralmente preocupados com seu estado de saúde não apresentam alto rendimento diagnóstico. Segundo ALUOCH[5] a proporção de casos diagnosticados não vai além de 30% dos casos existentes. Esta enorme brecha entre incidência e diagnóstico pode ser atribuída a vários fatores imputáveis em parte aos doentes. No entanto, a maior parte dos casos não diagnosticados de tuberculose pode ser atribuída ao baixo nível de detecção de casos positivos ao exame direto da expectoração. Essa afirmação refere-se à situação encontrada na África, em 1978, mas pode ser ainda atual para muitos países em desenvolvimento.

Experimentos[83,84] demonstraram que a confiabilidade dos resultados da baciloscopia é alta. Pode chegar a 93% se realizada em condições experimentais e com técnicos de laboratório preparados com apuro. Mesmo assim, nos países em desenvolvimento, onde muitas vezes não se dispõe de pessoal adequadamente preparado ou supervisionado e onde a tomada de amostra nem sempre é bem orientada, chegou-se à conclusão que o método é confiável, sem quantificar essa opinião, visto que o valor predictivo do exame pode variar segundo a situação epidemiológica regional.

Estudos[84] realizados em duas situações indicam que para uma situação epidemiológica A, o valor predictivo de um teste positivo, isto é, a possibilidade de que indivíduos com um teste positivo estejam realmente doentes

é inferior a 50%, ainda que a sensibilidade e especificidade do teste esteja próxima a 100%, enquanto que numa situação epidemiológica B o valor predictivo de um teste positivo é superior a 90%. Conclui o estudo que cerca de 30% dos casos considerados como tuberculosos com escarro positivo são provavelmente falsos positivos.

BANERJI e ANDERSEN[12] apuraram ainda que 11% dos pacientes com baciloscopia positiva não retornaram ao centro de saúde para saber o resultado.

Os responsáveis pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) têm desenvolvido esforços para aplicar os modelos de assistência à saúde atualmente preconizados, adaptando-os à problemática da tuberculose. Seu desempenho é citado como "verdadeiro exemplo de bem sucedido programa de saúde pública, de eficiência e eficácia em sua atuação horizontalizada e integrada[85]". Segundo o Dr. Germano Gerhardt, diretor da DNPS[85], "há condições para se diagnosticar 80% dos casos presumíveis de tuberculose no país". É ele que define o Programa como um "conjunto de ações integradas dos diferentes níveis de govêrno, com a participação da comunidade" e de "oferta gratuita e universal de um esquema forte, de curta duração, para a totalidade de seus doentes" e finalmente como "um Programa que, embora específico de atenção a uma doença, tende a ser um programa integrado no sistema geral de saúde".

Graças à política de extensão de cobertura adotada, em 1982, 87% da população era beneficiada pelas atividades do Programa, ainda que apenas 45,8% das unidades realizassem diagnóstico baciloscópico e 37,6%, tratamento. Em 1986, a população abrangida pelas estratégias das Ações Integradas de Saúde é a seguinte: Brasil 66,9% e Estado de

São Paulo, 100%[42].

Ainda que exemplo clássico de "doença social", a tuberculose é hoje considerada, para efeito de programação, também uma doença infecto-contagiosa[17,57]. Assim caracterizada, a sua programação poderá ser encarada sob a ótica das suas duas metas:

- meta social - ademais de seus efeitos diretos, reduzir sofrimentos e mortes por tuberculose, essa meta refere-se, operacionalmente à localização e tratamento dos casos.

- meta epidemiológica - diz respeito à redução do risco de infecção, à interferência na cadeia do processo infeccioso; à aplicação generalizada de medidas preventivas específicas, curativas e de diagnóstico.

A estratégia da assistência primária adotada para os países em desenvolvimento deverá orientar o aproveitamento dos recursos existentes, garantindo o padrão de assistência à tuberculose, de acôrdo com a magnitude do problema, assegurando ainda aos doentes ou suspeitos o acesso a um sistema de referência hierarquizado, objetivando a descoberta e tratamento de todos os casos que demandem as unidades de saúde, no menor espaço de tempo possível.

2 - CONDUTA E SAÚDE

No conceito de BREILH e GRANDA[16] o processo saúde-doença, do ponto de vista epidemiológico, "é a síntese de um conjunto de determinações que operam em uma realidade concreta e que produzem, nos diferentes grupos, a aparição de riscos e potencialidades características, as quais, por sua vez, se manifestam sob a forma de perfis e padrões de enfermidade ou de saúde". LAURELL[48] acrescenta que atrás da palavra "doença" está o processo biológico que ocorre na população de modo independente. Propõe que se compare o caráter social do conceito de saúde e doença, acrescentando que o estudo se torna mais claro a nível das coletividades. Isto indica então que o objeto de estudo não deve limitar-se ao indivíduo mas estender-se ao grupo, constituído pelas suas características sociais e só em segundo plano pelas biológicas.

Enraizada na cultura dos povos a noção de doença ultrapassa seu sentido imediato, revelando comportamentos sociais em relação à doença e ao doente.

SONTAG[77] realiza um exame minucioso das fantasias forjadas socialmente para descrever o que denomina "a paisagem do país dos doentes", detendo-se nos estereótipos do caráter social e para tanto, elege duas doenças que considera de causa obscura e tratamento ineficaz, no conceito popular, o que lhes confere uma natureza misteriosa à qual se podem atribuir múltiplas causas: o câncer e a tuberculose. Estas duas doenças estão estreitamente relacionadas com o medo, com valores morais e desempenham portanto um papel "furtivo e cruel, às vezes punitivo".

São cada vez mais frequentes os trabalhos de pesquisa que se preocupam com a conduta da população em relação à sua saúde.

AIACH e col.[3] estudaram fatores de diferenciação na declaração de sintomas pelos doentes, por ocasião da consulta médica, numa região da periferia parisiense. Resultou que as mulheres têm maior tendência a declarar seus sintomas e expandir-se sobre o que diz respeito à sua saúde e à doença, e ainda, que essas declarações dizem respeito, muitas vezes, a sintomas imaginários. Conclui o estudo que quatro dimensões intervêm na diferenciação dessas declarações: o sexo, o meio social, fatores psicológicos individuais e, finalmente, o estado individual de saúde. Parece, comentam os autores, que aqueles mais atingidos pelos "handicaps" e doenças mais graves, têm tendência a minimizar uma variedade de perturbações menores e não considerar como patológicas as formas mais benignas da doença, isto é, quando deveriam procurar assistência médica. Observam ainda que quanto mais nos aproximamos de uma medida "objetiva" da saúde, relacionada a um nível real de comprometimento físico, mais a lógica social se evidencia, isto é, torna-se mais fácil identificar os fatores comportamentais que atuam como variáveis. Ao contrário, quando se trata de perturbações ligeiras ou vagas, intervêm uma série de fatores de ordem psicológica e cultural, sem ligação evidente com o nível de saúde.

SHIMAO e col.[75] procuraram avaliar o conhecimento e o comportamento da população japonesa ante os problemas relacionados com a tuberculose. Em 1950, numa primeira fase do estudo, 77% da população atribuiram o primeiro lugar à tuberculose, dentre as doenças mais temidas. Em 1963, a tuberculose passou para o segundo lugar e o câncer para o primeiro. A cólera passou então a ser mencionada entre as primeiras nosologias, como resultado de uma campanha educativa levada a efeito na época e a tuberculose pas-

sou então a ser menos mencionada.

GREEN e MOORE[35] estão aprofundando estudos que pemitem a melhor compreensão dos fatores epidemiológicos, ambientais e educacionais que se relacionam estreitamente com o comportamento das populações; pretendem eles facilitar a identificação de problemas de saúde e os antecedentes comportamentais que poderiam explicar o processo saúde-doença.

VIEIRA[89] alerta para o fato de que as aspirações de caráter social em relação à saúde só serão concretas quando houver mobilização real dessa sociedade, que eleve a primeiro plano os interesses dos grupos que a compõem. As reais mudanças nas práticas sociais, segundo ele, aparecem quando surgem ideologias (valores, idéias e concepções) que possam promover e organizar a mobilização das tendências dominantes.

SANKALÉ[71] refere-se às particularidades de tuberculose urbana no terceiro mundo, comparando essas particularidades com as da zona rural, sendo que destas diferenças emerge um nítido fator comportamental da população.

FERNANDEZ e col.[32] estudaram o risco de adoecer e os aspectos econômicos e culturais que determinam esse risco.

DOCKHORN[28] e GISH[34] citam particularmente os fatores emocionais como determinantes comportamentais em relação à saúde.

D'HOUTAUD e FIELD[27] referem-se às variações na percepção da saúde, segundo classes sociais na França.

GIRLING[33] estudou o impacto de uma campanha educativa na busca espontânea de assistência à saúde.

ROY[69] refere-se à ignorância sobre a doença

que leva à falta de motivação para o tratamento da tuberculose.

Estudando a participação espontânea da população em campanhas para a realização de radiografia de torax, HOCHBAUM[39] comenta que uma pessoa pode conhecer o que fazer, quando fazer e como fazer, mas esses conhecimentos podem ser insuficientes para levá-lo a agir voluntariamente.

KIM e col.[45], em 1985, relatam os resultados de uma enquete realizada junto à população para saber, entre outras questões, sua atitude em relação à tuberculose: 34% dos entrevistados responderam que sabendo-se tuberculoso, ocultaria o diagnóstico. A maior porcentagem destas respostas foram colhidas junto aos estratos jovens da zona urbana. À pergunta "se acompanharia a um doente de tuberculose", 60% se mostraram reticentes e 4% responderam não. Ainda neste caso, os habitantes da cidade foram os mais conservadores nas suas respostas.

HAMBURG e RUSSEL[38] concluiram que o comportamento exerce profunda influência sobre nossa saúde e a sociedade pode dificultar ou facilitar as mudanças de comportamento em relação a ela.

Finalmente, pode-se dizer que o comportamento evolui até ser o meio principal de relação do organismo com o ambiente que o cerca; a sociedade, por sua vez, poderá facilitar ou dificultar a mudança de comportamento individual. A escala de valores estabelecida pela sociedade poderá ou não propiciar a demanda de serviços de saúde e por outro lado, outros fatores muitas vezes externos à vontade do indivíduo poderão dificultar ou retardar essa demanda. Referem-se principalmente ao componente de acessibilidade

geográfica, facilidades de várias ordens para o cumprimento terapêutico, confiabilidade no serviço e principalmente no médico que se apresenta muitas vezes como o personagem central no processo de assistência à saúde, sem esquecer que o momento político e a credibilidade do próprio sistema de saúde vigente poderão influir definitivamente na problemática abordada.

A detecção dos "fatores de risco", em relação à tuberculose, constitui-se numa abordagem racional para subsidiar os programas de controle da tuberculose.

3 - O FATOR TEMPO DE SINTOMATOLOGIA

No que diz respeito à evolução da lesão tuberculosa, efetuaram-se alguns trabalhos que permitiram levantar dúvidas sobre vários dogmas que fundamentavam, há alguns anos, as práticas de assistência à tuberculose.

Na realidade, não se sabe ainda qual é o período mais curto em que, começando num pulmão normal, uma lesão incipiente pode se manifestar radiológica ou clinicamente. Não se sabe também, e isso é ainda mais importante, qual é o período mais curto suficiente para que uma lesão incipiente se converta em tuberculose avançada, com baciloscopia positiva.

TOMAN[83] relata que, ainda quando se praticavam exames radiológicos em massa na população, observou-se que, daqueles indivíduos que apresentavam lesões pulmonares incipientes, a maioria não referia sintomas no momento do exame. Ainda que não se conhecesse a antiguidade da lesão, a associação entre os dois fenômenos: imagem radiológica e ausência de sintomatologia, levou à generalização de que a tuberculose incipiente (pós primária) apresenta uma extensão mínima e é geralmente assintomática.

Considerava-se que a tuberculose incipiente fosse equivalente a uma enfermidade mínima e, do mesmo modo, considerava-se a tuberculose avançada como antiga ou crônica, estabelecendo-se assim uma relação de tempo lógica entre essas duas formas.

Os estudos realizados em Kolin[46,50,81], num período que abrangeu 12 anos (1961 a 1972), em indivíduos de 14 anos ou mais, nos quais foram realizados exames radiológicos com intervalos de 2 ou 3 anos, permitiu determinar em que período se havia desenvolvido uma nova lesão (associando-se esse método diagnóstico ao exame bacterio-

lógico do escarro). O surpreendente foi verificar que alguns casos evoluiram com tanta rapidez que somente a necrópsia revelou casos fatais que apresentavam radiografias de torax normais, há menos de 1 ano. Verificou-se ainda que, em alguns casos, em 12 semanas já se havia produzido uma tuberculose positiva à baciloscopia e, desses casos, uma proporção importante já era portadora de uma tuberculose avançada.

Atualmente, espera-se que, se o cliente sofreu algum episódio anterior de tuberculose, esse fato deverá favorecer a procura de assistência, no recurso de saúde adequado, encurtando assim o tempo total de demora por parte do doente e por parte do serviço, que terá sua ação facilitada pelas informações mais objetivas e pela atitude do cliente.

Em indivíduos idosos, a doença pode sofrer um atraso maior no diagnóstico, tanto por responsabilidade do doente quanto do Serviço, já que muitas vezes a doença ocorre associada a diabetes, infecções crônicas, alcoolismo, estado de desnutrição, etc... levando a uma dificuldade de identificação do quadro nosológico. Esta situação poderá estar agravada, se o doente estiver recolhido em alguma instituição geriátrica. Estes locais, muitas vezes, não possuem infra-estrutura de saúde adequada, levando a manter por longo tempo um foco de disseminação da doença, sem assistência[62,88].

MAGALDI[49] cita ainda, entre outras causas de retardo para o diagnóstico, a migração que ocorre no interior do Estado de São Paulo, decorrente do sistema de contratação sazonal (apenas durante as colheitas), e pela não fixação do homem à terra, resultando nos "boias frias", grupos nômades e praticamente desassistidos pelo sistema de saúde.

Serviço de Biblioteca e Documentação
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A questão é complexa. Fundamentalmente, todos os fatores aqui abordados envolvem aspectos de conduta individual em relação à saúde. Sabe-se que a educação em questões de saúde encurta a demora para o diagnóstico, porém a "demora atribuida aos serviços médicos pode tornar-se maior na medida em que a prevalência da doença for diminuindo na comunidade. As medidas de diagnóstico deverão então receber o máximo de atenção e ser muito sensíveis e os médicos e os demais integrantes da equipe de saúde deverão estar mais atentos aos sinais e sintomas característicos da doença.

4 - OBJETIVOS

4.1. GERAL

Conhecer as causas que interferem na busca passiva de casos de tuberculose pulmonar numa população, frente a alguma sintomatologia, pelo estudo do tempo decorrido entre a sua percepção e a procura do centro de saúde.

4.2. ESPECÍFICOS

QUANTIFICAR:

4.2.1. Tempo dispendido para chegar ao CS.

4.2.2. Meio de locomoção utilizado para chegar ao CS.

4.2.3. Características biossócio-econômicas de interesse na epidemiologia da tuberculose.

4.2.4. Capacidade individual na identificação dos sintomas percebidos e na avaliação do seu tempo de duração.

4.2.5. Capacidade individual para relacionar a sintomatologia percebida com a tuberculose pulmonar.

4.2.6. Referência de outro (s) caso (s) de tuberculose pulmonar no grupo de convivência.

4.2.7. Conhecimento da função assistencial do CS.

4.2.8. Iniciativa para procurar o CS frente à sintomatologia apresentada.

4.2.9. Outras causas relacionadas ao tempo e à duração da sintomatologia percebida.

4.2.10. Resultado do exame bacteriológico do escarro.

5 - MATERIAL E MÉTODOS

5.1. ÁREA DE ESTUDO

Não houve delimitação de área para este estudo, dadas as características do Sub-Programa de Controle da Tuberculose[73] que determina o atendimento de qualquer pessoa da população que demanda os centros de saúde da Rede. O desejável seria que o CS fosse o local de primeira escolha para a população estudada, mas qualquer instituição de atenção às pessoas e à comunidade que compõe o Setor Saúde na Região Metropolitana foi considerado como via de entrada do indivíduo no Sistema[43].

5.2. POPULAÇÃO DE ANÁLISE

A população de análise é representada pelas pessoas maiores de 15 anos que procuraram o CS durante o período compreendido de janeiro a novembro de 1985, referindo alguma sintomatologia e foram submetidas ao primeiro exame baciloscópico de escarro.

5.3. AMOSTRA

A partir de parâmetros obtidos por meio dos trabalhos realizados com a população com sintomatologia, no Distrito de Tumkur, na India[11,12,54,55], foi determinado o tamanho da amostra tal que, em 95% das possíveis amostras, o erro máximo não ultrapassa a 5%.

Assim,

$$n_o = \frac{P.Q.Z^2}{d^2}$$

$$n_o = \frac{0,34.0,66.1,96^2}{0,05^2}$$

$$n_o = 345$$

Onde,

n_o = tamanho da amostra para população infinita

P = proporção de indivíduos pertencentes a um dado intervalo de tempo.

Q = 1 - P

$Z_{97,5\%}$ = percentil de distribuição normal

d = margem de erro fixada

Considerando que a população do presente trabalho é uma população infinita, não foi utilizado o fator de correção para populações finitas.

No período de tempo estudado (janeiro a novembro de 1985), a população do presente trabalho totalizou 350 casos, 5 a mais do desejável para o cálculo da amostra.

5.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

5.4.1. Estudo exploratório

Antes da realização do presente trabalho, foi efetuado um estudo exploratório no Centro de Saúde I de Santo Amaro, pertencente à Rede de Unidades da Secretaria de Estado da Saúde, pela aplicação do formulário de entrevista a uma população supostamente semelhante à população deste estudo, até um total de 10% do número definitivo calculado, isto é, 35.

5.4.2. Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de entrevista realizada junto à população que procurou o CS espontaneamente ou foi encaminhada por outra Instituição. A entrevista foi realizada por uma enfermeira, por ocasião do primeiro contato do cliente com a Área de Tisiologia do CS, antes do exame baciloscópico e antes da primeira consulta. Algumas entrevistas não foram incluidas neste estudo visto que o cliente não apresentou condições para realizar o exame. Deste modo, só foram incluidos na amostra aqueles que apresentaram condições para o exame bacteriológico de escarro, isto é, tosse e expectoração. Foram incluidos ainda 19 casos que não referiram tosse e expectoração,

mas realizaram o exame, o que leva à evidência que os mesmos, possivelmente, não interpretaram corretamente a sua sintomatologia.

Os dados obtidos foram anotados num formulário previamente testado e apresentado no anexo 1.

5.5. ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas estimativas da proporção de casos que se encontram em cada intervalo de tempo de sintomatologia definido.

Para expressar numericamente esse período, tomou-se o tempo de sintomatologia daqueles que apresentaram tosse e expectoração, já que estes dois sinais foram referidos por todos os casos, com exceção de 19, que ainda assim realizaram a baciloscopia, supondo-se então que apresentaram condições para o exame.

5.6. PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi realizado por intermédio do Setor de Processamento de Dados da FSP.

5.7. PESQUISA BACTERIOLÓGICA

Os resultados da bacteriologia foram coletados dos registros da Unidade Sanitária, respeitadas as técni-

cas e métodos adotados pela mesma e que se encontram normatizados no "Manual de Normas para o Controle da Tuberculose[51]" e "Manual de Procedimentos para Atividades de Controle da Tuberculose[52]".

6. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

6.1. TEMPO TOTAL DE SINTOMATOLOGIA

A detecção passiva de casos de tuberculose pode parecer simples à primeira abordagem, já que todo o processo está fundamentado na suposição que, uma vez percebendo alguma sintomatologia, a população se dirigirá espontaneamente a algum recurso de saúde.

Ao contrário, desde o processo de percepção dos sintomas e ao longo do espaço de tempo que vai até ao diagnóstico, muitos fatores podem intervir, significando então que o doente poderá permanecer mais tempo sem tratamento, disseminando a doença na comunidade.

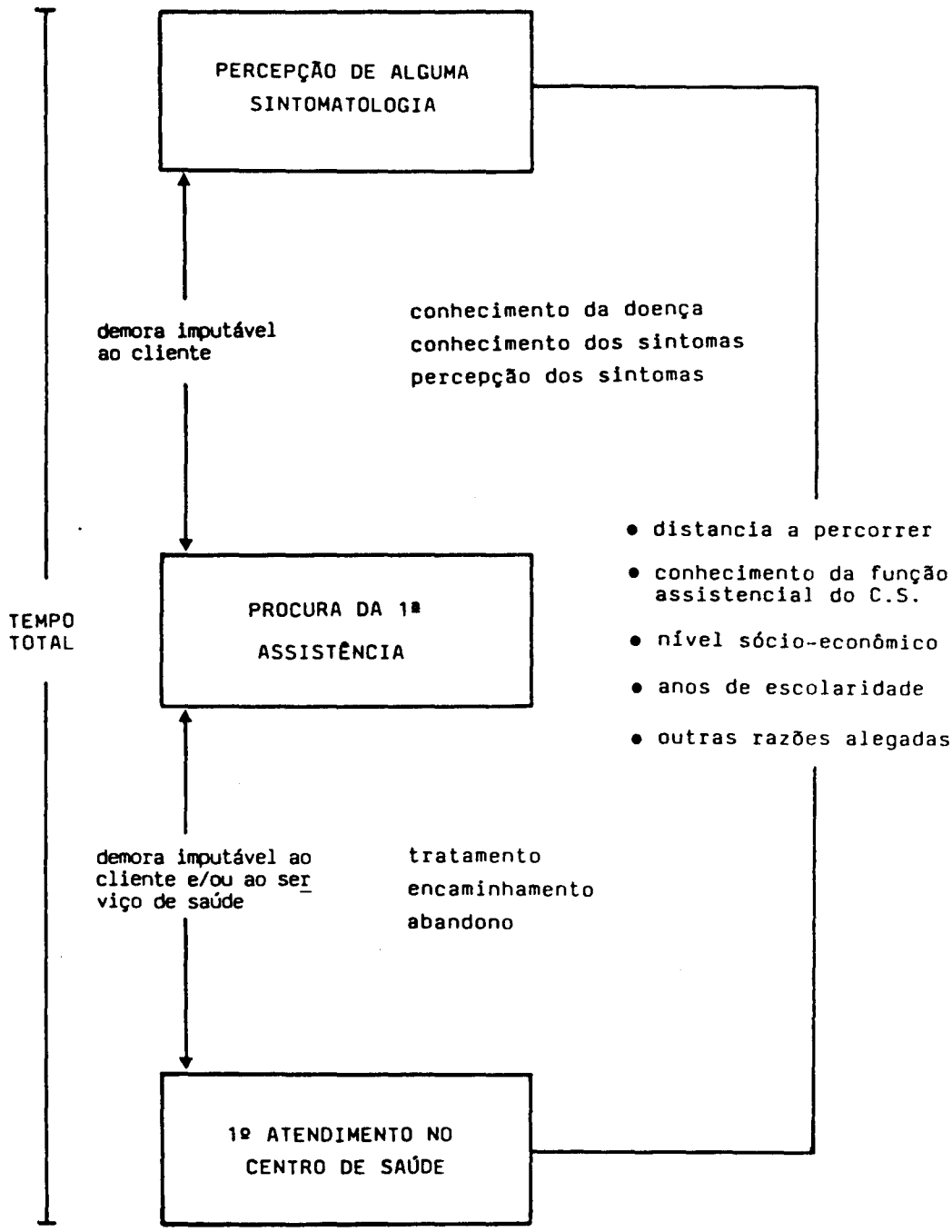
Esses fatores intervenientes dizem respeito ao doente, aos recursos de saúde procurados, e outros, que, indiretamente podem influenciar, aumentando o tempo total de sintomatologia.

O tempo total será considerado como a soma do tempo decorrido entre a percepção de alguma sintomatologia e o primeiro atendimento no CS e significa:

Tempo total	=	1º espaço de tempo decorrido entre a percepção de alguma sintomatologia e a procura da 1ª assistência.	+	2º espaço de tempo decorrido entre a 1ª assistência e o 1º atendimento no CS.

A figura 1 mostra a distribuição dos tempos considerados, sendo que se pode admitir, no primeiro espaço de tempo, que o doente é o centro do processo, da percepção

DETECÇÃO PASSIVA DE CASOS DE TUBERCULOSE PELO CENTRO DE SAÚDE



Adaptado de AOKI e col.[96]

à ação e no segundo, o próprio doente, e os serviços de saúde principalmente, repartem a responsabilidade pelo tempo decorrido até o diagnóstico. Outros fatores tais como nível sócio-econômico do doente, instrução, acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, idade e sexo, podem interferir tanto num quanto noutro espaço de tempo.

HORNE[40] ao analisar estes mesmos fatores, detem-se na responsabilidade do médico, incluindo aspectos da insuficiência do currículo médico. Quanto aos fatores relativos aos serviços de saúde, o autor aponta ainda apatia, vigilância epidemiológica mal aplicada, má organização dos serviços de saúde e falta de programas de educação para a saúde.

CHEONG-PAK-SOON[22], em trabalho similar, refere-se especialmente ao número de visitas prévias a outros serviços de saúde antes do diagnóstico e à distância a ser percorrida para chegar a um local de assistência.

AOKI e col.[6] ao estudarem os três espaços de tempo, detiveram-se na questão da percepção da sintomatologia pelo doente e na maneira pela qual ele a interpreta.

A tabela 1 mostra que o tempo total de sintomatologia decorrido desde a percepção dos primeiros sintomas até o primeiro atendimento no CS foi de menos de uma semana a mais de 24 meses. A maior porcentagem de casos (22,0%) apresentou demora total para o atendimento de 4 a 6 meses, sendo que as maiores porcentagens de casos se encontram entre 3 semanas e 12 meses.

AOKI e col.[6] colocam claramente a problemática da detecção passiva de casos de tuberculose pelo exame dos fatores que condicionam o 1º espaço de tempo, quando a demora é imputável ao cliente e o 2º espaço de tempo, quan-

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO TOTAL DECORRIDO ENTRE A PERCEPÇÃO DE ALGUMA SINTOMATOLOGIA E O PRIMEIRO ATENDIMENTO NO CS. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	CASOS Nº	%
< 1 semana	3	0,9
1 ⊢⊣ 2 semanas	13	3,7
3 ⊢⊣ 4 semanas	45	12,9
5 ⊢⊣ 8 semanas	57	16,3
9 ⊢⊣ 12 semanas	53	15,1
4 ⊢⊣ 6 meses	77	22,0
7 ⊢⊣ 12 meses	48	13,7
13 ⊢⊣ 24 meses	28	8,0
> 24 meses	26	7,4
T O T A L	350	100,0

do a demora poderá ser imputável ao cliente mas também ao serviço de saúde procurado.

Os mesmos autores observaram, em estudo semelhante, que a maioria dos diagnósticos se estabelecem pouco depois da aparição dos sintomas, e alguns, muito tempo depois. O tempo total variou de 7 a 480 dias, com uma concentração semelhante à observada neste estudo.

BAAS e col.[10], na Holanda, verificaram que houve uma demora, em média, de mais de 4 meses entre o início da sintomatologia e o momento em que a quimioterapia foi iniciada.

ALLAN[4], em situação comparável à deste estudo, apurou que 76% dos pacientes procuraram alguma assistência, cerca de um mês após o início dos sintomas.

BELLUOMINI[13] aponta baixa porcentagem de procura antes de um mês de sintomatologia. A presença de sintomas estendeu-se até o 3º mês (67,2%), para a maioria dos casos estudados.

Em Sorocaba, São Paulo, JOB e col.[44], verificaram que o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o tratamento variou de menos de 30 dias a mais de 3 meses, com uma menor porcentagem (34%) localizada nesta última categoria. O espaço de tempo entre o diagnóstico e o tratamento variou de 3 a mais de 10 dias.

A distribuição do tempo total de sintomatologia é semelhante na maior parte dos trabalhos citados, ainda que considerando a diversidade dos locais de estudo.

Para uma expectativa de tempo, mínimo e máximo de 3 semanas a 3 meses de sintomatologia, antes do início do tratamento, as porcentagens encontradas neste trabalho são relativamente mais elevadas, significando maior tempo de disseminação do bacilo na comunidade.

6.2. TEMPO DECORRIDO DESDE A PERCEPÇÃO DE ALGUMA SINTOMATOLOGIA ATÉ À PROCURA DO PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE

Muitos fatores devem ser levados em conta no estudo do conhecimento da doença por parte da população e dos componentes que resultam na percepção da sintomatologia e consequente procura de assistência à saúde. Dizem respeito principalmente a:

- processo anterior de tuberculose por parte do caso estudado;
- ser ou ter sido comunicante de tuberculose;
- valor ou importância atribuido à sintomatologia percebida;
- atenção dispensada às eventuais informações veiculadas através dos meios de comunicação de massa;
- interesse específico pela doença;
- interesse pelo seu estado de saúde;
- nível sócio-econômico e de instrução;
- outros fatores intervenientes que eventualmente facilitam ou dificultam a tomada de decisão para a ação.

Ainda a esse respeito, BELLUOMINI[13] nota, em estudo realizado junto a portadores de tuberculose pulmonar que, entre os 379 doentes que referiram sintomatologia, 77,3% apresentaram sintomas sugestivos de tuberculose. Os restantes 22,7%, mesmo percebendo algum sintoma, apresentaram-se à consulta médica por outros motivos que não a sintomatologia sugestiva, embora esta estivesse presente na maioria dos casos.

HOCHBAUM[39], em pesquisa realizada com a intenção de conhecer o que moveu a população para a realização de exame radiológico do tórax ressalta que:

- parte da população acredita que pode contrair tuberculose;
- parte da população acredita que pode contrair tuberculose, mas essa possibilidade é remota;
- parte da população não acredita que possa contrair tuberculose.

O comportamento desses 3 grupos será diferente, segundo o autor, ao perceber e interpretar sua sintomatologia.

A tabela 2 diz respeito à distribuição dos casos segundo o tempo de sintomatologia e o primeiro recurso de saúde procurado.

Os recursos de saúde procurados pela população estão de acôrdo com a categorização apresentada por JATENE e col.[43] aos quais foram acrescentados o CS e outros centros de saúde da Rede.

O maior número de casos procurou o CS (30,5%) e a seguir o INAMPS (28,8%), perfazendo o total de 59,3% do total de atendimentos em primeira instância.

O espaço de tempo de sintomatologia que se estende de 3 semanas até 12 meses concentrou o maior número de casos, tanto para os que procuraram o CS como para aqueles que procuraram o INAMPS e para o total dos casos em relação ao tempo considerado.

Para aqueles que procuraram a área hospitalar (CH, SC, HC e HU) houve igualmente maior concentração de tempo de sintomatologia no período de 3 semanas a 12 meses.

O setor privado apresentou uma distribuição mais uniformizada, entre 3 semanas a 24 meses, o que leva à hipótese da existência de mais uma barreira para essa clientela, aquela de pagamento dos serviços médicos (ainda que essa faixa da população tenha melhor poder aquisitivo).

Três casos que procuraram o CS, 5 que procuraram o INAMPS e 1 que procurou algum hospital da CH referiram um tempo de sintomatologia de mais de 24 meses.

O fato de 59,3% dos casos terem procurado em primeira instância o CS e o INAMPS pode evidenciar algum co

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E O PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE PROCURADO. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE PROCURADO														TOTAL	
	CS		INAMPS		CH		SHSMSP		SC/HC/HU		SETOR PRIVADO		SETORES ESPECÍFICOS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
sem sintomas	4	3,8	5	4,9	4	17,5	-	-	2	3,8	4	7,3	-	-	19	5,4
< 1 semana	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3
1 ⊢⊣ 2 semanas	7	6,5	2	2,0	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	-	-	11	3,2
3 ⊢⊣ 4 semanas	39	36,4	22	21,8	5	21,7	3	60,0	11	20,3	9	16,4	2	40,0	91	26,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	10	9,4	16	15,9	3	13,1	1	20,0	12	22,3	7	12,7	1	20,0	50	14,2
9 ⊢⊣ 12 semanas	14	13,1	21	20,8	1	4,3	1	20,0	4	7,4	7	12,7	1	20,0	49	14,0
4 ⊢⊣ 6 meses	11	10,2	16	15,9	3	13,1	-	-	11	20,3	6	11,0	1	20,0	48	13,7
7 ⊢⊣ 12 meses	12	11,2	10	9,9	5	21,7	-	-	10	18,5	11	20,0	-	-	48	13,7
13 ⊢⊣ 24 meses	6	5,6	4	3,9	1	4,3	-	-	3	5,6	10	18,1	-	-	24	6,9
> 24 meses	3	2,9	5	4,9	1	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	9	2,6
TOTAL	107	100,0	101	100,0	23	100,0	5	100,0	54	100,0	55	100,0	5	100,0	350	100,0
	(30,5)*		(28,8)*		(6,6)*		(1,6)*		(15,4)*		(15,7)*		(1,5)*			

CS - Centro de Saúde de Pinheiros.
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
CH - Coordenadoria de Assistência Hospitalar
SHSMSP - Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo
SETOR PRIVADO - 1) Medicina praticada em consultórios e hospitais privados. 2) Farmácia.
SETORES ESPECÍficos - Assistência aos servidores públicos estaduais, municipais e militares.
SC/HC/HU - Santa Casa, Hospital das Clínicas, Hospital Universitário.
* Calculado sobre o total de 350 casos.

nhecimento por parte da clientela, embora não tenha representado menor tempo de sintomatologia em relação aos demais recursos procurados, fazendo supor que outros fatores podem ter influido na demora para a referida demanda.

O tempo de sintomatologia considerado, no total (da percepção de sintomatologia à procura do primeiro recurso), distribuiu-se no espaço de menos de uma semana a mais de 24 meses, sendo que a maior concentração de casos se encontra no espaço de tempo entre 3 semanas a 24 meses, com resultado previsível de maior tempo de disseminação de doença para os bacilíferos e as demais consequências sociais e epidemiológicas daí decorrentes.

6.3. TEMPO DECORRIDO DESDE A PROCURA DA PRIMEIRA ASSISTÊNCIA ATÉ O PRIMEIRO ATENDIMENTO NO CS

A Rede de Unidades Básicas do Estado e da Prefeitura e os Postos do INAMPS constituem a principal porta de entrada do sistema e contam com recursos humanos e equipamentos com suficiente poder de resolução.

Os centros de saúde estaduais são os locais de eleição para a realização do diagnóstico e tratamento de tuberculose, sendo portanto desejável que os casos suspeitos procurem ou sejam encaminhados diretamente a essas unidades, no mais breve espaço de tempo possível.

A tabela 3 mostra a distribuição do nº e % dos casos, segundo o tempo decorrido entre a primeira assistência até o primeiro atendimento no CS.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DECORRIDO ENTRE A PROCURA DA PRIMEIRA ASSISTÊNCIA ATÉ O PRIMEIRO ATENDIMENTO NO CS. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	CASOS Nº	%
< 1 semana	52	14,9
1 ⊢⊣ 2 semanas	67	19,1
3 ⊢⊣ 4 semanas	78	22,3
5 ⊢⊣ 8 semanas	44	12,6
9 ⊢⊣ 12 semanas	43	12,3
4 ⊢⊣ 6 meses	37	10,6
7 ⊢⊣ 12 meses	17	4,8
13 ⊢⊣ 24 meses	6	1,7
> 24 meses	6	1,7
T O T A L	350	100,0

O tempo decorrido entre o primeiro atendimento até a chegada ao CS representa uma fase muito importante de apoio logístico ao atendimento do doente de tuberculose.

No presente estudo houve maiores maiores porcentagens de demora de atendimento no período de menos de uma semana (14,9%) a 6 meses (10,6%), com maior concentração no período de 3 a 4 semanas (22,3%).

Foi constatado que os maiores espaços de tempo decorridos antes da chegada ao CS (2 anos e mais de dois anos) referem-se, na maior parte, a pessoas com outras patologias associadas das vias respiratórias.

BELLUOMINI[13], ao discutir as formas pelas quais os doentes tomaram conhecimento de seu diagnóstico, cita o fato de 8,2% da sua população de estudo estar fazendo tratamento para outras patologias, num prazo que variou de 6 dias a 4 meses, antes do diagnóstico definitivo. Esse estudo faz entender que boa parte da responsabilidade para a demora de atendimento correto pode ser atribuida aos profissionais da primeira instância de assistência ao doente.

AOKI e col.[6] encontraram uma demora média, imputável aos médicos, de 31 dias, mais prolongada do que a demora atribuida aos doentes.

HORNE[40] assinala a responsabilidade médica na demora para o diagnóstico e ALLAN e col.[4] também se referem à importância desse espaço de tempo, mas não apresentam nenhuma quantificação.

CHEONG-PAK-SOON[22] afirma que quanto maior for o número de consultas anteriores ao diagnóstico, maior será a possibilidade de que haja "falta de advertência da parte do médico ou do pessoal para-médico".

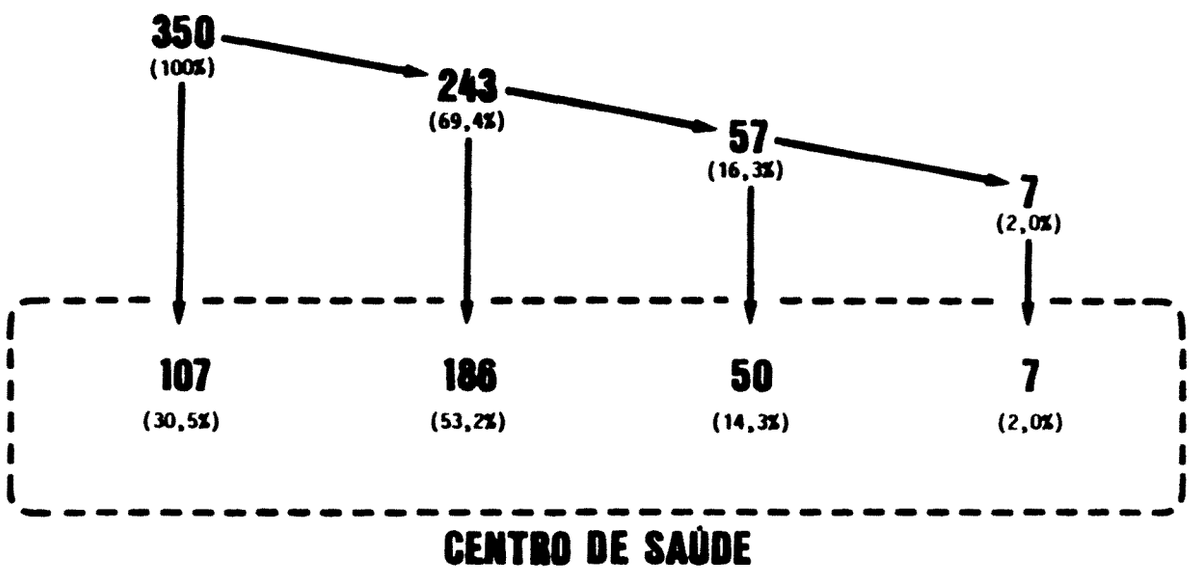
Esta tabela evidencia uma situação comparável àquela encontrada por BELLUOMINI[13], ainda que a população de estudo apresente características diferentes, permitindo supor também que a responsabilidade possa ser atribuida aos serviços de saúde da primeira instância de atendimento (anterior à assistência no CS).

A figura 2 ilustra o fluxo de atendimento da população de análise. Do total de 350 casos, 107 (30,5%)chegaram diretamente ao CS.

Dos 243 restantes, 186 (53,2%) foram atendidos no CS. Numa terceira instância, de 57 casos, houve atendimento de 50 no CS, representando 14,3% do total de casos.

figura 2

FLUXO DE RECURSOS DE SAÚDE PROCURADOS PELA POPULAÇÃO DE ESTUDO (nº e %). SÃO PAULO, 1985.



Numa quarta instância, os 7 casos remanescentes chegaram ao CS.

A análise dos questionários (anexo 1) mostra que dos 243 casos, 172 (70,7%) foram encaminhados para o CS ou outro serviço de atendimento, perfazendo, com os que procuraram o atendimento espontaneamente, 186 casos (53,2%). Dos 57 casos restantes, 50 chegaram ao CS, sendo 48 encaminhados e 2 espontaneamente. Restaram ainda 7 casos que chegaram ao CS espontaneamente após abandonarem o serviço em que estavam sendo atendidos.

Esta situação evidencia a relativa participação do CS nos problemas de saúde da comunidade, pelo pequeno contingente(30,5%)que chegou em primeira instância ao mesmo.

6.4. A BUSCA PASSIVA DE CASOS DE TUBERCULOSE

A busca passiva de casos de tuberculose está fundamentada na suposição que, uma vez percebendo alguma sintomatologia respiratória, a população, preocupada com seu estado de saúde, procurará assistência para alívio de seus males. Resta esperar que esta procura ocorra no menor tempo possível e que o serviço procurado tenha condições de solucionar o problema de saúde ou encaminhar o cliente para outro recurso capacitado.

A força de atendimento do doente no serviço de saúde faz-se, em grande parte, pela procura passiva.

Existem muitos fatores que interferem na mesma, como os relacionados à qualidade do serviço e à eficiência do pessoal encarregado do atendimento, bem como a fato-

res relacionados ao próprio doente, como sua conscientização sanitária e o valor atribuido aos sintomas da doença que o acomete.

A busca ativa fica então reservada para aqueles grupos de risco (contatos, principalmente).

A tabela 4 refere-se à distribuição dos casos com tosse e expectoração, segundo o tempo de sintomatologia referido e o resultado da baciloscopia.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM TOSSE E EXPECTORAÇÃO SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	BK +		BK -		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO REFERE	5	26,3	14	73,7	19	100,0
< 1ª semana	-	-	1	100,0	1	100,0
1 ⊢⊣ 2 semanas	5	45,5	6	54,5	11	100,0
3 ⊢⊣ 4 semanas	34	37,4	57	62,6	91	100,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	27	54,0	23	46,0	50	100,0
9 ⊢⊣ 12 semanas	29	59,2	20	40,8	49	100,0
4 ⊢⊣ 6 meses	25	52,1	23	47,9	48	100,0
7 ⊢⊣ 12 meses	24	50,0	24	50,0	48	100,0
13 ⊢⊣ 24 meses	7	29,2	17	70,8	24	100,0
> 24 meses	6	66,7	3	33,3	9	100,0
T O T A L	162	46,3	188	53,7	350	100,0

Dos 350 casos incluidos neste estudo, 19 não referiram tosse ou expectoração, mas conseguiram recolher material para o exame baciloscópico, de tal modo que 5 apresentaram resultado positivo.

Os demais casos referiram tosse e expectoração em tempo variável, de menos de uma semana a mais de 24 meses, tendo havido maior concentração no período de 3 semanas a 24 meses.

Mesmo sendo reduzido, o número de casos que referiram sintomatologia com mais de 24 meses de duração, 66,7% do total de 9 casos apresentaram baciloscopia positiva.

No total, 162 casos (46,3%) apresentaram baciloscopia positiva e pouco mais, 188 (53,7%) obtiveram um exame negativo.

Dos sintomas referidos, a tosse com expectoração foi o mais citado 94,5%, já que em apenas 19 não houve referência a ela. Esse fato não se reveste de maior significado porque, de fato, aqueles que não reuniram condições para a realização de baciloscopia foram descartados do grupo de estudo.

STYBLO e col.[81], na Checoslovaquia, estudaram a duração da tosse, referida no momento do diagnóstico, em pacientes com resultado positivo à baciloscopia.

Estes dados são comparados com os do presente trabalho e apresentados na tabela 5.

Houve, para o CS, em relação ao trabalho citado, maior porcentagem de sintomatologia até o diagnóstico no período até um mês e menores porcentagens para os dois outros períodos, podendo significar menor tempo de disseminação da infecção.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS (%) SEGUNDO TEMPO REFERIDO DE OCORRÊNCIA DE TOSSE, COM OU SEM EXPECTORAÇÃO, LOCAL E ÉPOCA DO ESTUDO.

REFERÊNCIA DE TOSSE (COM OU SEM EXPECTORAÇÃO)	LOCAL E ÉPOCA DO ESTUDO	
	CHECOSLOVÁQUIA* 1961-1964	CS*
	%	%
Até 1 mês	30,0	41,5
Até 3 meses	60,0	58,6
Até 6 meses	84,0	74,0

* Casos que apresentaram baciloscopia positiva.

JOB[44], em estudo realizado em Sorocaba, encontrou 88% de sua população de estudo, com referência de expectoração, mas não refere o tempo de duração dessa sintomatologia.

BERG[14], nos Estados Unidos, apurou que a febre e a tosse foram os sintomas mais referidos para justificar a procura de assistência médica em geral. Comenta que para a população estudada, a solução deste tipo de sintomatologia implicou sempre na busca de assistência médica.

ROUILLON e col.[68] comentam que, na verdade, a tosse não é o melhor sintoma para a detecção passiva de casos de tuberculose e para isto, citam o exemplo das populações esquimós, onde a tosse é muito frequente e, ela sozinha, não tem muito significado.

Entre fumadores, indivíduos idosos ou ainda em portadores de patologias crônicas das vias respiratórias,

a tosse também não apresenta maior significado, em relação ao diagnóstico da tuberculose. Em consequência, é importante estudar as relações entre infecciosidade e sintomas e por outro lado, estimular a procura dos serviços de saúde pela população sintomática.

ALLAN e col.[4] apontam a tosse em 81% dos casos estudados por eles, mas para esses casos, apenas 15% referiu a tosse como motivo para a consulta. No total de casos (81%), a referência de duração do sintoma variou de 1 mês até longos períodos.

Da análise da tabela 4 ressalta que excluindo os 19 casos que não referiram sintomatologia, os demais que apresentaram tosse e expectoração no período de menos de uma semana a mais de 24 meses, 157 apresentaram bacilos copia positiva, perfazendo o total de 47,4% de positividade.

As tabelas 6, 7, 8 e 9 dizem respeito aos demais sintomas mais referidos pela população de estudo, associados ou não à tosse (com ou sem expectoração), em relação ao primeiro exame baciloscópico.

A seguir à tosse, o sinal mais referido foi o emagrecimento, com ou sem inapetência. Pode-se supor que, para uma população de baixa renda, como a do presente estudo, na sua maior parte trabalhadores braçais, o emagrecimento possa significar perda de capacidade de trabalho e possa também se constituir num sinal mais alarmante do que outro que provoque dor, por exemplo.

Durante as entrevistas, os clientes referiram-se a emagrecimento rápido, de 2 até 8-10 kg, em um mês. A distribuição dos casos pelas faixas de tempo de sintomatologia abrangeu largo espaço, de uma semana até 12 meses.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM EMAGRECIMENTO, COM OU SEM INAPETÊNCIA, SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	BK +		BK -		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO REFERE	28	38,4	45	61,6	73	100,0
< 1ª semana	-	-	1	100,0	1	100,0
1 ⊢⊣ 2 semanas	8	34,8	15	65,2	23	100,0
3 ⊢⊣ 4 semanas	21	36,8	36	63,2	57	100,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	27	58,7	19	41,3	46	100,0
9 ⊢⊣ 12 semanas	28	60,9	18	39,1	46	100,0
4 ⊢⊣ 6 meses	25	53,2	22	46,8	47	100,0
7 ⊢⊣ 12 meses	17	44,7	21	55,3	38	100,0
13 ⊢⊣ 24 meses	7	50,0	7	50,0	14	100,0
> 24 meses	1	20,0	4	80,0	5	100,0
T O T A L	162	46,2	188	53,8	350	100,0

Ao contrário, a distribuição dos casos pelas faixas de tempo de sintomatologia, para aqueles que apresentaram baciloscopia positiva foi mais concentrada, principalmente de 3 semanas a 6 meses.

No total de casos positivos à baciloscopia, expressiva porcentagem referiu emagrecimento: 82,7%.

A exemplo do emagrecimento, a febre pode ser também um sinal de alarme para a população. Os clientes referiram-se, durante as entrevistas a "quebradeira", "cansa

ço" e muitos citaram a sudorese como sinal de desconforto e mal estar. Em concordância com as características da doença, referiram-se a febre branda e geralmente vespertina.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM FEBRE SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	BK +		BK -		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO REFERE	49	37,1	83	62,9	132	100,0
< 1ª semana	6	40,0	9	60,0	15	100,0
1 ⊢⊣ 2 semanas	19	47,5	21	52,5	40	100,0
3 ⊢⊣ 4 semanas	28	45,9	33	54,1	61	100,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	16	53,3	14	46,7	30	100,0
9 ⊢⊣ 12 semanas	18	60,0	12	40,0	30	100,0
4 ⊢⊣ 6 meses	11	55,0	9	45,0	20	100,0
7 ⊢⊣ 12 meses	8	66,7	4	33,3	12	100,0
13 ⊢⊣ 24 meses	7	70,0	3	30,0	10	100,0
> 24 meses	-	-	-	-	-	100,0
T O T A L	162	46,3	188	53,7	350	100,0

Esta tabela demonstra que a febre apresentou concentrações de tempo de sintomatologia mais baixas do que a de outros sintomas, de uma semana a 6 meses, mas a maior concentração de casos positivos à baciloscopia deslocou-se para os espaços de tempo maiores, entre 18 semanas e 24 me-

ses. Este fato permite supor que para aqueles negativos à baciloscopia a febre se deveu a outro processo infeccioso. No total de casos positivos à baciloscopia, 69,7% citaram a febre como um dos principais sintomas percebidos.

A tabela 8 apresenta os resultados numéricos dos casos que referiram dor torácica entre os principais sintomas percebidos.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM DOR TORÁCICA SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	BK +		BK -		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO REFERE	59	43,4	77	56,6	136	100,0
< 1ª semana	2	33,3	4	66,7	6	100,0
1 ⊢⊣ 2 semanas	8	33,3	16	66,7	24	100,0
3 ⊢⊣ 4 semanas	22	44,0	28	56,0	50	100,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	20	55,6	16	44,4	36	100,0
9 ⊢⊣ 12 semanas	16	59,3	11	40,7	27	100,0
4 ⊢⊣ 6 meses	17	53,1	15	46,9	32	100,0
7 ⊢⊣ 12 meses	10	45,4	12	54,6	22	100,0
13 ⊢⊣ 24 meses	3	27,3	8	72,7	11	100,0
> 24 meses	5	83,3	1	16,7	6	100,0
T O T A L	162	46,3	188	53,7	350	100,0

A distribuição do tempo de sintomatologia, para este sintoma, apresenta uma distribuição mais uniforme,

de uma semana a 12 meses. Também a positividade dos exames acompanha essa distribuição, desde 33,3% com menos de uma semana até 83,3% aos 24 meses. Este fato permite concluir que, para a população de estudo, este sintoma parece carecer de maior importância, aparentemente, não pode ser considerado como indicativo de alguma tomada de decisão na procura de assistência à saúde, por parte dessa mesma população.

Dos casos que apresentaram baciloscopia positiva, 63,5% referiram-se a dor torácica entre os sintomas mais citados.

A tabela 9 apresenta a distribuição dos casos que referiram hemoptise, relacionados ao tempo de sintomatologia e ao resultado da baciloscopia.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS QUE REFEREM HEMOPTISE SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	BK +		BK -		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO REFERE	118	43,2	155	56,8	273	100,0
< 1ª semana	9	50,0	9	50,0	18	100,0
1 ⊢⊣ 2 semanas	15	65,2	8	34,8	23	100,0
3 ⊢⊣ 4 semanas	10	55,6	8	44,4	18	100,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	1	100,0	-	-	1	100,0
9 ⊢⊣ 12 semanas	2	40,0	3	60,0	5	100,0
4 ⊢⊣ 6 meses	6	85,7	1	14,3	7	100,0
7 ⊢⊣ 12 meses	-	-	3	100,0	3	100,0
13 ⊢⊣ 24 meses	1	50,0	1	50,0	2	100,0
> 24 meses	-	-	-	-	-	-
T O T A L	162	46,3	188	53,7	350	100,0

Como seria de se esperar, para aqueles que citaram a hemoptise, o maior número de casos encontram-se nos menores espaços de tempo de sintomatologia: de menos de uma até 4 semanas, o mesmo ocorrendo com aqueles que apresentaram positividade à baciloscopia, a maior concentração de casos ocorrem em tempo de sintomatologia de menos de uma semana até 4 semanas.

No total de 77 casos que referiram hemoptise, 44 apresentaram baciloscopia positiva (27,1%).

A tabela 10 apresenta os resultados de referência de sintomatologia em pacientes com baciloscopia positiva (BELLUOMINI[13] apresentou dados referentes a sintomáticos respiratórios).

As porcentagens relativas às sintomatologias mais referidas neste trabalho são sensivelmente mais elevadas do que as porcentagens apresentadas pelos demais autores e referentes aos mesmos sintomas, com exceção das porcentagens apresentadas por JOB[44], em Sorocaba, em situação semelhante.

A febre esteve presente em 69,7% dos casos estudados no CS, porcentagem esta só inferior àquela encontrada por JOB[44]; 27,1% de doentes referiram um ou mais episódios de hemoptise, porcentagem esta inferior aos demais autores incluidos na tabela 10, com exceção ainda uma vez de JOB[44], que encontrou 32,0% dos seus pacientes que referiram esse sintoma. Para a referência de dor torácica e emagrecimento, ainda desta vez, as porcentagens maiores foram encontradas neste estudo 63,5% e 82,7% respectivamente, sendo que também para estes dois sintomas as maiores porcentagens entre os demais autores foram encontrados por JOB[44], 50,0% e 66,0%.

TABELA 10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS REFERIDOS PELOS DOENTES SEGUNDO ALGUNS AUTORES, DE ACORDO COM O LOCAL E ANO DE ESTUDO.

AUTORES	LOCAL E ANO	SINAIS E SINTOMAS REFERIDOS				
		febre %	Hemoptise %	Dor torácica %	Emagrecimento com ou sem inapetência %	Tosse com ou sem expectoração %
ALLAN[4] **	HONG-KONG 1977	3,0	-	5,0	-	81,0
BELLUOMINI[13] *	CAMPOS DO JORDÃO-SP 1977	36,7	2,1	29,0	12,4	52,6
CHEONG-PAK-SOON[22] **	MALASIA 1978	43,0	1,8	0,2	42,6	95,0
JOB[44] **	SOROCABA-SP 1984	86,0	32,0	50,0	66,0	88,0
DERNTL **	SÃO PAULO-SP 1985	69,7	27,1	63,5	82,7	96,9

* Refere-se aos casos sintomático-respiratórios.

** Refere-se aos casos positivos à baciloscopia direta.

6.5. OPINIÃO DOS CLIENTES SOBRE O PRÓPRIO DIAGNÓSTICO

Neste estudo foram entrevistados os clientes que procuraram, em alguma instância, o CS, encaminhados ou espontaneamente, queixando-se de alguma sintomatologia. Destes, apenas os que foram encaminhados para exame baciloscópico foram incluídos na população estudada. As pessoas encaminhadas por outros serviços de saúde ou por alguma seção do CS passaram por alguma triagem, até à sua chegada ao setor de tisiologia.

A própria recepção do CS aplica algum critério de seleção, distribuindo a clientela pelas secções do CS, a qual, em sua trajetória até o setor de tisiologia poderá receber informações ou orientação sobre o diagnóstico presumível.

Esses conhecimentos recentes não irão afetar a percepção anterior da sintomatologia nem o tempo decorrido até à chegada ao primeiro recurso de saúde, mas poderão influenciar sua resposta, no momento de associar a sintomatologia a alguma doença.

É importante lembrar que a relação da sintomatologia com alguma doença não se refere à interpretação clínica mas à opinião pessoal do entrevistado.

Durante as entrevistas, foi observado que ao se referirem à tuberculose, muitos entrevistados utilizaram expressões que, de acôrdo com SONTAG[77] mostram que a doença está relacionada a uma metáfora, associada ao medo e preconceitos que muitos profissionais julgam ultrapassados. As expressões usadas sugerem que a tuberculose ainda é considerada doença grave, às vezes associada ao cân-

cer ou a conceitos próprios, quando se referem à mesma como mancha do pulmão.

Além das respostas que sugerem associação com a tuberculose pulmonar, houve outras expressões como:

- a mesma doença
- doença má dos pulmões
- doença que deixa a gente mal
- defluxo do peito
- tenho medo que seja dos pulmões
- doença grave nos pulmões
- coisa feia: câncer ou tuberculose
- aquela
- a doença
- defeito nos pulmões
- esse problema
- estou estourado
- pensei em problema ruim

A tabela 11 apresenta a opinião da população sobre o próprio diagnóstico e a relação existente com a baciloscopia.

Dos 162 casos (46,2%) que apresentaram baciloscopia positiva 35 (21,6%) não tinham opinião formada sobre o próprio diagnóstico, 65 (40,1%) achavam que tinham tuberculose e 44 (27,2%) outra doença das vias respiratórias. O menor índice, 11,1% julgava-se portador de outras doenças.

Dos 188 casos negativos à baciloscopia, 86 (45,8%) julgavam-se tuberculosos e 51 (27,1%) com alguma doença das vias respiratórias.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O RESULTADO DA BACILOSCOPIA E OPINIÃO SOBRE O PRÓPRIO DIAGNÓSTICO. SÃO PAULO, 1985.

OPINIÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO	BACILOSCOPIA +		BACILOSCOPIA -		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não tem opinião	35	21,6	26	13,8	61	17,4
Tb pulmonar	65	40,1	86	45,8	151	43,2
Outra doença das vias respiratórias	44	27,2	51	27,1	95	27,1
Outras doenças	18	11,1	25	13,3	43	12,3
T O T A L	162 (46,3%)*	100,0	188 (53,7%)*	100,0	350 (100,0)*	100,0

* As porcentagens entre parênteses referem-se ao total de 350 casos.

No grupo dos que apresentaram baciloscopia positiva, houve 109 pessoas (67,3%) que referiram tuberculose pulmonar ou outras doenças das vias respiratórias, podendo significar que tinham algum conhecimento sobre a sua doença. Dos casos com baciloscopia negativa, houve 137 pessoas (72,9%) que referiram igualmente tuberculose pulmonar ou outra doença das vias respiratórias, podendo significar que tinham preocupações com essas patologias.

6.6. RECURSOS DE SAÚDE PROCURADOS

A tabela 12 refere-se à distribuição do número e porcentagem de procura total de recursos de saúde, se-

gundo a sua categoria.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE PROCURA TOTAL DE RECURSOS DE SAÚDE SEGUNDO CATEGORIA. SÃO PAULO, 1985.

TIPO	Nº	%
INAMPS	108	15,8
CH	43	6,2
SHSMSP	8	1,2
HC/HU/SC	60	8,8
SETOR PRIVADO	63	9,2
SETORES ESPECÍFICOS	7	1,1
CS PINHEIROS	350	51,2
OUTROS CS	45	6,5
T O T A L	684	100,0

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CH - Coordenadoria de Assistência Hospitalar

SHSMSP - Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo

HC/HU/SC - Hospital das Clínicas, Hospital Universitário, Santa Casa

SETOR PRIVADO - 1) Medicina praticada em consultórios e hospitais privados
2) Farmácia

SETORES ESPECÍFICOS - Assistência aos servidores públicos estaduais, municipais e militares

CS - Centro de Saúde de Pinheiros

OUTROS CS - Outros centros de saúde da rêde de unidades da Secretaria de Estado da Saúde.

A população de estudo procurou um total de 684 recursos de saúde. Evidentemente, o CS recebeu em última instância a totalidade dos casos, já que o estudo se realizou neste local. O INAMPS recebeu a maior parcela, logo após o CS (15,8%). O setor privado também concorreu com expressiva porcentagem (9,2%) logo seguido pelos hospitais (HC, HU, SC).

A população de estudo compõem-se de indivíduos com mais de 15 anos de idade e pode-se esperar que muitos sejam previdenciários. O baixo percentual de procura aos Serviços do INAMPS (15,8%) pode significar que a população tenha algum conhecimento sobre o local onde deve procurar assistência, visto que essa Instituição já não trata casos de tuberculose.

O comportamento da população em relação à procura de assistência para a saúde supõe uma relação direta com os serviços de saúde a que tem direito, em função da vinculação garantida pelo Estado, concorrendo para sua manutenção com uma parcela da sua renda mensal.

A tabela 13 apresenta a distribuição dos casos segundo o primeiro recurso de saúde procurado e a vinculação previdenciária.

Verifica-se pela análise desta tabela que dos 64,2% previdenciários, apenas 39,5% procuraram o INAMPS em primeira instância, que somados aos 28,0% que procuraram o CS resultam em 67,5% do total de 225 previdenciários. O setor privado recebeu expressiva parcela dos previdenciários (15,3%).

Dos 125 não previdenciários (35,7%), o CS recebeu a maior parcela (35,2%), seguido pelos hospitais (SC, HC, HU) e pelo setor privado, respectivamente 28,0 e 16,7%, o que pode significar falta de orientação dos não previdenciários

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE PROCURADO E A VINCULAÇÃO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL. SÃO PAULO, 1985.

PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE PROCURADO	PREVIDENCIÁRIO				TOTAL	
	SIM		NÃO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CS	63	28,0	44	35,2	107	30,6
INAMPS	89	39,5	12	9,7	101	28,9
CH	13	5,7	10	8,0	23	6,6
SHSMSP	2	0,9	3	2,4	5	1,4
SC/HC/HU	19	8,4	35	28,0	54	15,4
SETOR PRIVADO	34	15,3	21	16,7	55	15,7
SETORES ESPECÍFICOS	5	2,2	-	-	5	1,4
T O T A L	225 (64,2)*	100,0	125 (35,7)*	100,0	350	100,0

CS - Centro de Saúde de Pinheiros

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CH - Coordenadoria de Assistência Hospitalar

SHSMSP - Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo

SC/HC/HU - Santa Casa, Hospital das Clínicas, Hospital Universitário

SETOR PRIVADO - 1) Medicina praticada em consultórios e hospitais privados
2) Farmácia

SETORES ESPECÍFICOS - Assistência aos servidores públicos estaduais, municipais e militares.

* Porcentagem calculada sobre o total de 350 casos.

da população de análise sobre os recursos de saúde com os quais pode contar.

A tabela 14 apresenta a distribuição do número e porcentagem de casos de abandono de tratamento realizado em instâncias anteriores ao atendimento no Centro de Saúde, e as razões apresentadas para justificar esse abandono.

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO RAZÕES ALEGADAS PARA ABANDONO DE ALGUMA ASSISTÊNCIA ANTERIOR AO ATENDIMENTO NO CS. SÃO PAULO, 1985.

RAZÕES RELACIONADAS	Nº	%
À qualidade da assistência prestada	31	63,3
Aos aspectos administrativos do serviço	10	20,4
A problemas sócio-econômico do cliente	6	12,3
Ao tempo dispendido para locomoção	-	-
A outros fatores	2	4,0
T O T A L	49	100,0

São conhecidas as implicações do abandono do tratamento da tuberculose, mas nenhum dos 49 casos aqui relacionados referiu estar em tratamento para essa doença, o que leva a outras suposições para explicar o comportamento

dessa parcela da população de estudo.

Evidencia-se a insatisfação com o tratamento médico recebido. Os doentes (63,3%) traduziram essa insatisfação usando expressões como "não adiantava", "continuava emagrecendo" e "não melhorava da tosse".

Um total de 10 casos (20,4%) citou aspectos administrativos do Serviço como razão para o abandono, citando particularmente excesso de burocracia e tempo de espera para o atendimento. Ressalta ainda nesta tabela que 12,3% dos casos abandonaram algum tratamento anterior por razões sócio-econômicas pessoais.

A região Metropolitana oferece uma rede de serviços de assistência à saúde distribuida de tal modo a proporcionar condições de acesso relativamente fácil para a população[43]. Ainda que o tempo dispendido para locomoção seja considerado fator importante na procura dos serviços de saúde e haja numerosa literatura pertinente, nenhum dos casos citou esse fator para justificar o abandono do tratamento.

As razões apresentadas pelos 49 casos levam à suposição que as maiores causas para justificar o abandono de tratamento estão localizadas a nível dos serviços de assistência e particularmente ao tratamento recebido.

O tempo dispendido para locomoção até ao local de assistência não se constituiu em motivo para abandono de tratamento, na população de estudo, nas instâncias anteriores à procura do CS.

A função assistencial do centro de saúde caracteriza-se por[43,73]:

- atendimento universal e gratuito à população, sem nenhuma distinção;

- atividades de assistência médico-odontológica, através dos programas de assistência à criança e ao adulto, do programa de saneamento dos alimentos e dos subprogramas de saúde mental e de controle da tuberculose e hanseníase.

Nesta tabela, procurou-se agrupar as respostas da clientela de modo a evidenciar o conhecimento ou não da população sobre estas características, conhecimento esse essencial para a utilização adequada dos recursos de saúde a que a população tem direito.

Verificou-se que 60,6% sabia da gratuidade da assistência mas 61,7% não tinha conhecimento da universalidade dessa assistência e 68,0% não sabiam externar nenhuma opinião sobre a extensão da assistência, independente de vinculação com o sistema previdenciário. Expressiva porcentagem (54,6%) não tinha nenhum conhecimento sobre os serviços de atenção à saúde oferecidos pelo centro de saúde (programas e subprogramas). Dos que responderam corretamente a este ítem (45,1%), muitos referiram-se especificamente à tuberculose.

Da análise dessa tabela, conclui-se que com exceção do conhecimento sobre a gratuidade dos serviços, a população não conhece ou conhece pouco as características de assistência do centro de saúde.

6.7. RAZÕES DE DEMORA NA PROCURA DO CS

A OMS, por intermédio da Comissão Consultiva em Investigação Médica[38], tem-se interessado por um programa ampliado de pesquisa em ciências do comportamento e saú

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DA FUNÇÃO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE SAÚDE E NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE AS MESMAS. SÃO PAULO, 1985.

CARACTERÍSTICAS DA FUNÇÃO ASSISTENCIAL DO CENTRO DE SAÚDE	NÍVEL DE CONHECIMENTO								TOTAL	
	CORRETO		PARCIALMENTE CORRETO		ERRADO		NULO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gratuidade dos serviços oferecidos	212	60,6	-	-	3	0,8	135	38,6	350	100,0
Extensão da assistência a todos os indivíduos da comunidade	110	31,4	-	-	24	6,9	216	61,7	350	100,0
Extensão da assistência independente de vinculação com o sistema previdenciário	67	19,1	-	-	45	12,9	238	68,0	350	100,0
Serviços de atenção à saúde oferecidos: (programas e subprogramas)	158	45,1	1	0,3	-	-	191	54,6	350	100,0

de mental. O fortalecimento do conhecimento nessa área é considerado como fundamental para a medicina e a saúde pública. Os países em desenvolvimento, por meio de pesquisas regionalizadas e da educação comunitária podem desenvolver meios que ajudem as populações a assumirem uma atitude favorável para a saúde, evitando comportamentos que a prejudiquem.

Segundo DOCKHORN[28], o doente desempenha papeis sociais tais como marido, pai, trabalhador, etc... antes de assumir o de doente. A necessidade de cumprir esses papeis pode levar também o doente a comportamentos que só irão prejudicá-lo, tornando-o foco da doença para seu grupo de convivência, agravando o quadro social e epidemiológico já existente.

Este estudo não tem a finalidade de aprofundar a análise dos aspectos comportamentais dos casos estudados, em relação à doença, mas apenas destacar desses aspectos, aqueles que podem apresentar implicações epidemiológicas relacionados ao tempo de sintomatologia. Ainda assim, as razões alegadas estão na sua maioria relacionadas a aspectos do comportamento.

A tabela 16 apresenta a distribuição numérica dos casos que apresentaram alguma razão explicativa para a demora na procura do SC.

A pergunta foi dirigida àqueles que referiram tempo de sintomatologia igual ou maior do que 3 meses. Muitos dos entrevistados apresentaram mais de uma razão.

A maior parte das respostas sugerem impedimentos de ordem pessoal ou relacionadas aos recursos de saúde.

Dos 82 (28,7%) que referiram razões relacionadas à procura de assistência em outros recursos de saúde,

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DAS RAZÕES REFERIDAS PELOS CLIENTES PARA EXPLICAR A DEMORA EM PROCURAR O CS. SÃO PAULO, 1985.

RAZÕES RELACIONADAS	Nº	%
À procura de assistência em outros recursos de saúde	82	28,7
A suposições errôneas sobre a natureza da sintomatologia	66	23,1
À despreocupação com seu estado de saúde	28	9,8
À necessidade de trabalhar	24	8,4
Ao medo de confirmação do diagnóstico ou de ter que submeter-se a algum tratamento	17	5,9
À viagens ou deslocamentos	14	4,9
À tratamento com remédios caseiros	11	3,8
À dificuldades financeiras ou problemas de ordem emocional	8	2,8
À sua opinião desfavorável sobre a qualidade da assistência médica	6	2,1
À morar em local sem assistência médica	4	1,4
A outros motivos	26	9,1
T O T A L	286	100,0

as expressões usadas podem ser exemplificadas como segue:

- procurei o médico mas ele só dava receitas
- os médicos não resolviam
- não foi receitado nada
- procurei vários médicos
- às vezes eu procurava médico
- disseram que não era nada

Oito casos fizeram tratamento em alguma farmácia.

Dos 66 (23,1%) que referiram razões relacionadas a suposições errôneas sobre a natureza da sintomatologia, destacam-se algumas expressões usadas:

- acho que foi do cheiro da tinta
- pensei que fosse a preocupação pelos filhos
- pensei que era porque eu estava trabalhando muito
- pensei que fosse do nervoso
- eu acho normal sentir alguma coisa
- achei que passava
- achei que era da coluna

Dos 28 casos (9,8%) que referiram razões que sugerem despreocupação com seu estado de saúde, destacam-se algumas expressões:

- achei que estava bem. Não tinha dores
- achei que era coisa fácil
- doía e passava
- só tinha canseira e tosse
- sempre fui magra e forte. É normal
- estava aguentando fazer as coisas. Estava de pé.

Dos 24 casos (8,4%) que referiram razões que sugerem problemas relacionados à necessidade de trabalhar ou ao medo de ser forçado a parar de trabalhar, destacam-se expressões como:

- porque precisava trabalhar
- não podia faltar no serviço
- difícil deixar o trabalho
- precisava trabalhar, as coisas não andam bem
- sou empregada doméstica e é difícil sair
- precisava trabalhar, não dava tempo

Dos 17 casos (5,9%) que referiram razões que sugerem medo de ver confirmado algum diagnóstico ou medo de ter que submeter-se a algum tratamento, destacam-se expressões como:

- não vinha, de medo
- não tinha coragem
- tinha medo de ficar encostado na Caixa
- tenho medo do médico
- não gosto de médicos
- não gosto de ir ao médico. Tenho medo
- a gente nunca quer procurar médico
- não costumo procurar médico

Referiram estar fazendo algum tratamento com remédios caseiros 11 casos (3,8%).

As dificuldades financeiras ou algum problema de ordem emocional foram citadas por 8 casos (2,8%), porcentagem pouco expressiva, mas as expressões empregadas merecem destaque:

- estou com problemas com o marido, com dinheiro, quero

desistir de tudo

- não estou ligando para nada. não quero viver
- estava triste, jogado às traças, passando privações
- não tenho condições para procurar médico. Estou desanimada.

Da análise desta tabela e da leitura de algumas expressões utilizadas pelos clientes para explicar a demora na procura de assistência conclui-se que o processo saúde-doença envolve aspectos complexos e que se fazem necessários estudos sobre saúde e comportamento que possam fundamentar as programações nesta área.

Ressalta também que outros problemas, de ordem econômica, principalmente, estão na base de atitudes e comportamentos da população em relação à sua saúde.

Nota-se também que a população ainda considera o médico como o centro do processo de assistência e os serviços de saúde não são quase mencionados, enquanto que o primeiro aparece como objeto de medo ou esperança, aos olhos dos clientes.

6.8. ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA DO CS

Por acessibilidade geográfica entende-se a distância, o tempo necessário para cobri-la e os meios de transporte aceitáveis para a população[23].

A possibilidade de acesso fácil aos recursos de saúde oferece oportunidade para a procura mais precoce, concorrendo para diminuir os fatores impeditivos já considerados. No conceito de acesso fácil está incluido a suposição que, a pé, esse tempo não deverá exceder a 20 minu-

tos de caminhada[72] O transporte coletivo pode-se tornar fator de impedimento na procura precoce de saúde, se considerado o tempo para esperar o coletivo e o tempo propriamente dito de deslocamento. Fator importante também é o dinheiro dispendido para pagar a passagem.

CHEONG-PAK-SOON[22], na Malásia, avaliou a distância percorrida pelos pacientes em quilômetros. Comenta ele que um achado importante foi o fato de todos oa pacientes procurarem o recurso médico gratuito mais próximo.

Neste estudo, vários clientes chegaram, encaminhados pelo Centro de Saúde de Santo Amaro. Outros clientes que haviam realizado tratamento anterior no CS voltaram, apesar de estarem morando longe, no ano da pesquisa. Muitos residiam relativamente próximos e nenhum informou a necessidade de tomar mais do que um onibus para chegar ao CS. Nenhum dos clientes se queixou do meio de transporte ou fez algum comentário que pudesse ser entendido como fator impeditivo para a procura do CS.

A tabela 17 apresenta a distribuição dos casos segundo o tempo de sintomatologia, o meio de locomoção utilizado e o tempo dispendido para chegar ao CS.

Dos 35 (10% do total de casos) que chegaram a pé ao CS, 16 (45,7%) dispenderam até 20 minutos para se deslocarem, sendo que para estes, a maior concentração do tempo de sintomatologia encontrou-se entre 3 a 12 semanas. Os 12 (34,3%) que dispenderam mais de 20 minutos para chegarem ao CS a pé estão distribuidos no tempo de sintomatologia considerado, entre 3 semanas a 12 meses.

O maior grupo correspondendo a 277 casos (79,1% do total) utilizou onibus para chegar ao CS. Poucos, 4 (1,5%) dispenderam menos de 20 minutos de tempo de traje

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA, MEIO DE LOCOMOÇÃO UTILIZADO E TEMPO DISPENDIDO PARA CHEGAR AO CS. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	MEIO DE LOCOMOÇÃO UTILIZADO E TEMPO DISPENDIDO																									
	A PÉ								ÔNIBUS								AUTOMÓVEL									
	NÃO INFORMA		ATÉ 20'		+ 20'		TOTAL		NÃO INFORMA		ATÉ 20'		+ 20'		TOTAL		NÃO INFORMA		ATÉ 20'		+ 20'		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem sintomas	1	2,8	1	2,8	-	-	2	5,7	3	1,1	-	-	10	3,6	13	4,7	3	7,9	1	2,6	-	-	4	10,5
< 1ª semana	-	-	1	2,8	-	-	1	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 ⊢⊣ 2 semanas	1	2,8	1	2,8	-	-	2	5,7	3	1,1	-	-	5	1,8	8	2,9	-	-	1	2,6	-	-	1	2,6
3 ⊢⊣ 4 semanas	-	-	7	20,0	3	8,6	10	28,7	13	4,7	1	0,4	56	20,2	70	25,3	2	5,3	1	2,6	8	21,1	11	29,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	-	-	3	8,6	1	2,8	4	11,4	10	3,6	2	0,7	32	11,5	44	13,8	1	2,6	-	-	1	2,6	2	5,2
9 ⊢⊣ 12 semanas	2	5,7	2	5,7	3	8,6	7	20,0	11	4,0	-	-	26	9,4	37	13,4	3	7,9	-	-	2	5,3	5	13,2
4 ⊢⊣ 6 meses	2	5,7	-	-	-	-	2	5,7	5	1,8	1	0,4	34	12,3	40	14,5	-	-	2	5,3	4	10,5	6	15,8
7 ⊢⊣ 12 meses	1	2,8	-	-	4	11,4	5	14,3	15	5,4	-	-	22	7,9	37	13,3	2	5,3	-	-	4	10,5	6	15,8
13 ⊢⊣ 24 meses	-	-	1	2,8	1	2,8	2	5,7	8	2,9	-	-	11	4,0	19	6,9	1	2,6	2	5,3	-	-	3	7,9
> 24 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	9	3,2	-	-	-	-	9	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	7	20,0	16	45,7	12	34,3	35 (10,1)*	100,0	77	27,8	4	1,5	196	70,7	277 (79,1)*	100,0	12	31,6	7	18,4	19	50,0	38 (10,8)*	100,0

* Calculado sobre o total de 350 casos.

to. Os demais estão distribuidos nas faixas de tempo de sintomatologia de uma semana até 24 meses, com maior concentração nas faixas de 3 semanas a 12 meses.

Dos 38 casos (10,8% do total) que utilizaram automóvel, 7 apenas (18,4%) dispenderam menos de 20 minutos para chegar ao CS. Os 19 (50,0%) que dispenderam mais do que 20 minutos para chegar ao CS estão concentrados nas faixas de tempo de 3 a 4 semanas (21,1%); 4 a 6 meses (10,5%) e 7 a 12 meses (10,5%).

Conclui-se da análise desta tabela que, aparentemente, o meio de locomoção utilizado ou o fato de chegar a pé não influiram no tempo de sintomatologia referido pelos que chegaram ao CS.

6.9. REFERÊNCIA DE PROCESSO ANTERIOR DE TUBERCULOSE

O fato de referir processo anterior de tuberculose é altamente significativo para a observação do comportamento do indivíduo, face a uma determinada sintomatologia, principalmente no que diz respeito à demora para a procura de um recurso de saúde. O indivíduo que refere processo anterior de tuberculose é provavelmente detentor de uma série de conhecimentos sobre a doença que deveriam resultar na procura precoce do serviço de saúde, frente a uma sintomatologia sugestiva. Contudo, outros fatores comportamentais poderão interferir, imponderáveis, nesse processo de decisão. Por outro lado, pode-se supor também que o fato de conhecer alguns aspectos da doença e do seu tratamento funcione como razão impeditiva para a procura de assistência, principalmente, se o indivíduo sofreu alguma hospitalização.

A tabela 18 apresenta a distribuição dos casos segundo o tempo de sintomatologia, referência de processo anterior de tuberculose pulmonar e resultado da baciloscopia.

Dos 87 casos (24,8%) que referiram processo anterior de tuberculose, 34 (9,8%) apresentaram baciloscopia positiva e 53 (15,2%) baciloscopia negativa.

BELLUOMINI[13], em 431 casos estudados encontrou uma porcentagem de internados pela primeira vez de 80,9% e de reinternados de 19,1%.

DUARTE[29], em Botucatu, em situação semelhante à deste estudo, encontrou 21,56% de indivíduos que, em algum momento em suas vidas, tinham-se submetido irregularmente ao tratamento contra a tuberculose.

Para os casos que referiram processo anterior de tuberculose e apresentaram baciloscopia positiva, a maior concentração localizou-se nas faixas de tempo de 3 semanas a 12 meses. Para aqueles que apresentaram baciloscopia negativa, o maior número de casos também se concentrou nessas faixas de tempo, de 3 semanas a 12 meses.

Para os casos que não referiram processo anterior de tuberculose ou não sabem informar sobre algum antecedente pessoal de tuberculose pulmonar, a concentração dos casos localizou-se na mesma faixa de tempo assinalada para o grupo dos que referiram processo anterior: de 3 semanas a 12 meses, tanto para os que apresentaram baciloscopia positiva quanto para os que apresentaram baciloscopia negativa.

Conclui-se da observação desta tabela que, contrariando a expectativa, o fato de referir processo anterior de tuberculose pulmonar não afetou aparentemente o comportamento dos casos no sentido de procura mais precoce de

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DE SINTOMATOLOGIA, REFERÊNCIA DE PROCESSO ANTERIOR DE TUBERCULOSE PULMONAR E RESULTADO DA BACILOSCOPIA. SÃO PAULO, 1985.

PROCESSO ANTERIOR DE TUBERCULOSE	SIM						NÃO/NÃO SABE INFORMAR					
RESULTADO DA BACILOSC. / TEMPO	+		-		TOTAL		+		-		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem sintomas	1	2,9	3	5,7	4	4,6	4	3,1	11	8,1	15	5,7
< 1 semana	-	-	1	1,9	1	1,2	-	-	-	-	-	-
1 ⊢⊣ 2 semanas	1	2,9	3	5,7	4	4,6	4	3,1	3	2,2	7	2,7
3 ⊢⊣ 4 semanas	13	38,3	24	45,3	37	42,5	21	16,4	33	24,4	54	20,6
5 ⊢⊣ 8 semanas	4	11,8	4	7,5	8	9,2	23	18,0	19	14,1	42	16,0
9 ⊢⊣ 12 semanas	3	8,8	4	7,5	7	8,0	26	20,4	16	11,9	42	16,0
4 ⊢⊣ 6 meses	6	17,7	6	11,3	12	13,8	19	14,8	17	12,6	36	13,7
7 ⊢⊣ 12 meses	5	14,7	5	9,4	10	11,5	19	14,8	19	14,1	38	14,4
13 ⊢⊣ 24 meses	1	2,9	2	3,8	3	3,4	6	4,7	15	11,1	21	7,9
> 24 meses	-	-	1	1,9	1	1,2	6	4,7	2	1,5	8	3,0
T O T A L	34 (9,8)*	100,0	53 (15,2)*	100,0	87 (24,8)*	100,0	128 (36,5)*	100,0	135 (38,5)*	100,0	263 (75,0)*	100,0

* Calculado sobre o total de 350 casos.

assistência, podendo-se supor que outros fatores intervenientes determinaram um comportamento diferente do esperado.

6.10. REFERÊNCIA DE CONTATO COM TUBERCULOSE

O fato de referir-se a contato com tuberculose pode indicar que o cliente detém algum conhecimento sobre a doença, e este fato poderá ser decisivo para o tempo de sintomatologia decorrido até à procura do serviço de saúde.

A tabela 19 refere-se à distribuição dos casos segundo o tempo de sintomatologia e referência de contato com tuberculose.

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E REFERÊNCIA DE CONTATO COM TUBERCULOSE. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	Contato com tuberculose			
	Não/não sabe		Sim	
	Nº	%	Nº	%
Sem sintomas	10	5,3	9	5,5
< 1 semana	1	0,5	-	-
1 ⊢⊣ 2 semanas	7	3,7	4	2,5
3 ⊢⊣ 4 semanas	48	25,5	43	26,5
5 ⊢⊣ 8 semanas	28	14,9	22	13,6
9 ⊢⊣ 12 semanas	26	13,8	23	14,2
4 ⊢⊣ 6 meses	20	10,7	28	17,3
7 ⊢⊣ 12 meses	28	14,9	20	12,4
13 ⊢⊣ 24 meses	15	8,0	9	5,5
> 24 meses	5	2,7	4	2,5
T O T A L	188 (53,7%)*	100,0	162 (46,3%)*	100,0

* Porcentagem referente aos 350 casos.

Do total de casos, 162 (46,3%) referiram contato com tuberculose e 188 (53,7%) ou não sabem ou não tiveram contato.

JOB[44], em Sorocaba-SP, relata 22,0% de referências de contágio anterior com tuberculose.

BELLUOMINI[13], em Campos do Jordão-SP, encontrou 42,0% de pacientes que referiram contato anterior com tuberculose, porcentagem esta comparável com as porcentagens encontradas neste estudo.

Tanto para o primeiro como para o segundo grupo, o tempo de sintomatologia no qual houve maior incidência de casos é o mesmo, de 3 semanas a 12 meses. Nos dois grupos também, houve maior expressão de casos na faixa de 3 a 4 semanas.

Conclui-se, da análise desta tabela que o fato de saber de algum contato com tuberculose no grupo de convivência não influenciou o tempo de sintomatologia decorrido antes da procura do primeiro recurso de saúde.

A tabela 20 está relacionada à tabela 19 e apresenta o número de contatos com tuberculose referidos e o tempo decorrido desse contato até à chegada ao CS.

Observa-se que no espaço de tempo atual, os entrevistados referiram 36 contatos (17,0%), sendo que as maiores concentrações de referência de contatos ocorreram desde há 2 até 10 e mais anos.

Para um total de 162 casos que referiram contato com tuberculose, a média foi de 1,3 contato por caso.

Conclui-se da análise desta tabela que o fato de ter referido contato com um ou mais de um doente de tuberculose, pode ser significativo para os períodos de tempo mais recentes, mas para períodos pregressos de 5 a

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CONTATOS COM TUBERCULOSE, SEGUNDO O TEMPO ATUAL OU PREGRESSO. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO ATUAL OU PREGRESSO	Nº	%
0 ⊢— 6 meses	36	17,0
6 ⊢— 1 ano	8	3,8
1 ⊢— 2 anos	16	7,5
2 ⊢— 5 anos	42	19,8
5 ⊢— 10 anos	45	21,2
10 e + anos	65	30,7
T O T A L	212	100,0

10 anos e mais, essa referência não deve apresentar maior significado, sendo pouco provável que uma referência nessa faixa de tempo seja fidedigna.

6.11. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS QUE PODEM INFLUIR NA PROCURA DE RECURSOS DE SAÚDE

A pobreza é há muito reconhecida pela sua característica de prover condições favoráveis para o desenvolvimento do bacilo tuberculoso. Em regiões economicamente desenvolvidas, os níveis de tuberculose têm declinado em função das melhorias sócio-econômicas da população, sendo que, nesses mesmos países, existem "bolsões de pobreza" onde a tuberculose pulmonar apresenta índices mais elevados.

Sob esse ponto de vista, dois fatores podem influenciar a ocorrência da tuberculose nos países em desenvolvimento:

- nível de resistência individual às infecções, mais baixa nas classes desprotegidas, em função de múltiplas causas;

- baixo nível de informação que dificulta o reconhecimento da sintomatologia característica da tuberculose que, associado a outras causas comportamentais retarda a procura de assistência[87].

Em muitos países desenvolvidos, a tuberculose pulmonar deslocou-se para as idades mais avançadas (tuberculose endógena, principalmente) e vem acometendo mais ao sexo masculino.

Os países em desenvolvimento vêm apresentando ainda maior incidência de casos em grupos mais jovens, em função das condições epidemiológicas, ocorrendo mais, portanto, a tuberculose exógena, de tal modo que já se torna difícil comparar os dados estatísticos desses dois mundos[62,88].

Entre os fatores que favorecem o aparecimento da tuberculose em idade avançada, citam-se a diabete, infecções crônicas (renais, dentárias) alcoolismo, tabagismo, excesso de trabalho, má alimentação e, muitas vezes, condições desfavoráveis encontradas nas instituições geriátricas.

Algumas vezes, em pacientes idosos, imunodeprimidos, a doença poderá assumir formas atípicas, o que dificultará o diagnóstico final.

O maior problema do diagnóstico em idosos, segundo conclusão do LONGMAN-GROUP LTD[88] é a sua inabilidade para relatar seus sintomas, muitas vezes por falta de memória, confusão mental ou dificuldade de expressão, esses fatos eventualmente associados a sintomatologias referentes a outras patologias.

Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose[66], não existe delimitação de área geográfica para as atividades desenvolvidas nesse setor. Recomenda-se apenas que o doente deverá ser assistido pela unidade de saúde mais próxima de sua residência ou local de trabalho. Por várias razões relacionadas ao comportamento em relação à doença, muitas vezes o indivíduo irá preferir um centro de saúde afastado de seu meio de convívio.

A clientela do CS é a clientela residente na Área Metropolitana de São Paulo. Segundo JATENE[43], essa Área representa 3% da área do Estado. Concentra 53% de sua população. O crescimento populacional dessa região se faz de forma rápida. Os migrantes representam 68,5% da população. Ainda segundo o autor, grande parte dessa população é constituída por pessoas com baixo índice de escolaridade e sem qualificação profissional, em consequência, com baixa renda e baixo padrão habitacional, o que, associando-se a um estado nutricional deficiente e às más condições de saneamento, propicia um risco maior de doença. Esta população, efetivamente apresenta as maiores taxas de mortalidade e morbidade em nosso Estado.

A tabela 21 apresenta a distribuição dos casos segundo o tempo de sintomatologia e o sexo.

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E SEXO. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	SEXO M Nº	M %	F Nº	F %
Sem sintomatologia	11	5,4	8	5,5
< 1 semana	1	0,5	-	-
1 ⊢⊣ 2 semanas	8	3,9	3	2,1
3 ⊢⊣ 4 semanas	54	26,5	37	25,3
5 ⊢⊣ 8 semanas	27	13,2	23	15,8
9 ⊢⊣ 12 semanas	23	11,3	26	17,8
4 ⊢⊣ 6 meses	28	13,7	20	13,7
7 ⊢⊣ 12 meses	32	15,7	16	10,9
13 ⊢⊣ 24 meses	14	6,9	10	6,8
> 24 meses	6	2,9	3	2,1
T O T A L	204 (58,3)*	100,0	146 (41,7)*	100,0

* Porcentagens calculadas sobre o total de 350 casos.

Neste grupo de estudo, estão incluidos 204 (58,3%) homens e 146 (41,7%) mulheres.

A predominância numérica do grupo masculino sobre o grupo feminino foi observada em outros estudos realizados junto a indivíduos portadores de tuberculose, no Estado de São Paulo.

JOB[44] em Sorocaba, estudou um grupo de 50 pacientes de ambos os sexos, portadores de tuberculose ativa. Dentre estes, 41 (82,0%) eram do sexo masculino e 9 (18,0%) do sexo feminino.

DUARTE[29], em Botucatu, encontrou 66,7% do grupo estudado pertencendo ao sexo masculino e 33,3% ao sexo feminino.

BELLUOMINI[13], em Campos do Jordão, encontrou 77,3% de pacientes internados em tratamento de tuberculose pulmonar, do sexo masculino e 22,7% do sexo feminino.

Para explicar a diferença numérica dos doentes em relação ao sexo, pode-se levantar a hipótese de que, segundo os padrões sociais, o homem é a cabeça do casal e portanto responsável pelo bem estar da família, tanto quanto possível. Na preocupação em manter essa situação, o homem prefere não perder horas de trabalho para procurar assistência à saúde.

Segundo AIACH e col.[3], as mulheres têm também mais facilidade em declarar seus sintomas e preocupam-se mais com a sua saúde.

Durante as entrevistas, verificou-se também que os homens mais frequentemente do que as mulheres manifestam pouco apreço pela própria saúde e referem-se ao medo do tratamento, e ao medo do diagnóstico, tentando justificar certos comportamentos com a alegação de que não gostam de ir ao médico.

No que diz respeito ao tempo decorrido até a procura da primeira assistência, observa-se que houve maior concentração dos casos nas faixas de 3 semanas até 12 meses, sendo que para os dois sexos, a distribuição foi semelhante.

Conclui-se que também para este estudo, o sexo masculino foi predominante, numericamente, sendo que em comparação com outros estudos realizados no Estado de São Paulo, a discrepância com o sexo feminino foi menor.

O tempo de sintomatologia observado para os dois sexos foram semelhantes.

A tabela 22 apresenta a distribuição dos casos segundo o tempo de sintomatologia e a faixa etária.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E FAIXA ETÁRIA. SÃO PAULO,1985.

TEMPO \ FAIXA ETÁRIA	15 ⊢ 30		30 ⊢ 45		45 ⊢ 60		60 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem sintomas	3	2,5	9	8,7	6	7,0	1	2,5
< 1 semana	-	-	1	1,0	-	-	-	-
1 ⊢ 2 semanas	6	4,9	3	2,9	1	1,2	1	2,5
3 ⊢ 4 semanas	35	28,9	30	28,8	17	19,8	9	23,1
5 ⊢ 8 semanas	26	21,5	9	8,7	9	10,5	6	15,4
9 ⊢ 12 semanas	20	16,5	15	14,4	12	13,9	2	5,1
4 ⊢ 6 meses	14	11,6	13	12,5	18	20,9	3	7,7
7 ⊢ 12 meses	10	8,3	17	16,3	12	13,9	9	23,1
13 ⊢ 24 meses	4	3,3	5	4,8	10	11,6	5	12,9
> 24 meses	3	2,5	2	1,9	1	1,2	3	7,7
T O T A L	121 (34,5%)*	100,0	104 (29,7%)*	100,0	86 (24,6)*	100,0	39 (11,2%)*	100,0

* Porcentagens calculadas sobre o total de 350 casos.

Na faixa etária de 15 a 30 anos, registraram-se 121 casos (34,5%), na de 30 a 45 anos, 104 (29,7%), na de 45 a 60 anos, 86 (24,6%) e na de 60 anos e mais, 11,2%.

Coerente com o que se tem observado para os países em desenvolvimento[62,88], a faixa etária predominante

ê a mais jovem, observando-se um decréscimo das porcentagens, até à faixa de 60 anos e mais.

Para a faixa de idade de 15 a 30 anos, nota-se que a procura foi mais precoce, com maior concentração no espaço de tempo de sintomatologia considerado de 3 semanas a 6 meses.

Para a faixa de idade de 30 a 45 anos, nota-se tendência para aumentar o tempo de sintomatologia, estando a maior concentração distribuida nos espaços de 3 semanas a 12 meses.

Para a faixa de idade de 45 a 60 anos, a tendência verificada no sentido do aumento do tempo de sintomatologia, acentua-se, observando-se que a concentração dos casos estende-se de 3 semanas até 24 meses.

Para a faixa etária de 60 anos e mais, acentua-se mais a tendência a um aumento do tempo de sintomatologia, estando a maior concentração distribuida no tempo compreendido entre 3 semanas até 24 meses, mas com maiores porcentagens para as últimas faixas de tempo.

Como razão explicativa para o menor tempo de sintomatologia observado na faixa etária de 15 a 30 anos, pode-se considerar que os grupos mais jovens estão mais atentos às mensagens veiculadas pelos meios de comunicação, é possivel que muitos ainda não tenham encargos de trabalho ou família e ainda, muitos apresentam melhor nível de instrução. Pode-se supor também que a preocupação com a auto-imagem poderia levá-los a procurarem assistência mais precocemente.

Quanto à tendência para o aumento do tempo de sintomatologia, à medida que a idade se torna mais avançada, está de acôrdo com as razões apresentadas por PI-

LHEU[62], relacionadas à percepção dos sintomas pelo idoso, por um lado, e à dificuldade da realização do diagnóstico médico, pelo outro, já que muitas vezes outros sintomas ou outras patologias se encontram associados.

A tabela 23 apresenta a distribuição dos casos segundo o tempo de sintomatologia e os anos de escolaridade da população de estudo.

Além do aspecto formal de instrução escolar, o indivíduo aprimora-se intelectualmente ao longo dos anos de estudo, sendo de se esperar que amplie seu horizonte de interesses e passe também a aspirar por valores sociais, como beleza, saúde, bens de consumo, etc... Em decorrência, supõe-se que um indivíduo com mais anos de escolaridade tenha melhores condições para perceber uma determinada sintomatologia, identificá-la e procurar assistência médica precocemente. Do mesmo modo, pode-se supor também que o inverso ocorra, isto é, aqueles indivíduos com menor tempo de escolaridade demorarão mais para procurar assistência médica.

A tabela 23 permite verificar que a maior porcentagem de casos (29,7%) referiu escolaridade de 3 a 4 anos, seguida de 27,7% que referiram até 1 ano de escolaridade. Uma porcentagem de 21,7% referiu de 5 a 8 anos, 12,6% de 1 a 2 anos e 7,4%, 9 anos e mais.

O tempo de sintomatologia, para todos os grupos de anos de escolaridade considerados, apresentou maior concentração nas faixas de 3 semanas a 12 meses, sendo que não se verificam diferenças notáveis entre eles.

Apenas para os casos que referiram 5 a 8 anos de escolaridade, observa-se maior concentração na faixa de tempo de sintomatologia compreendida entre 3 semanas e 6 meses.

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E ANOS DE ESCOLARIDADE. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	sem declaração		ANOS DE ESCOLARIDADE 0 ⊢⊣ 1		1 ⊢⊣ 2		3 ⊢⊣ 4		5 ⊢⊣ 8		9 e +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem sintomatologia	-	-	6	1,7	1	0,3	6	1,7	5	1,4	1	0,3	19	5,4
< 1 semana	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	1	0,3
1 ⊢⊣ 2 semanas	-	-	1	0,3	-	-	4	1,1	4	1,1	2	0,6	11	3,2
3 ⊢⊣ 4 semanas	-	-	24	6,9	12	3,4	27	7,7	22	6,3	6	1,7	91	26,0
5 ⊢⊣ 8 semanas	1	0,3	9	2,6	5	1,4	19	5,4	13	3,7	3	0,9	50	14,2
9 ⊢⊣ 12 semanas	-	-	12	3,4	5	1,4	13	3,7	13	3,7	6	1,7	49	14,0
4 ⊢⊣ 6 meses	-	-	15	4,3	7	2,0	13	3,7	11	3,1	2	0,6	48	13,7
7 ⊢⊣ 12 meses	1	0,3	20	5,7	11	3,1	12	3,4	2	0,6	2	0,6	48	13,7
13 ⊢⊣ 24 meses	-	-	8	2,3	1	0,3	7	2,0	4	1,1	4	1,1	24	6,9
> 24 meses	1	0,3	2	0,6	2	0,6	3	0,9	1	0,3	-	-	9	2,6
TOTAL	3	0,9	97	27,7	44	12,6	104	29,7	76	21,7	26	7,4	350	100,0

Conclui-se da análise desta tabela que para o grupo considerado, os anos de escolaridade parecem não estar relacionados ao tempo de sintomatologia do grupo de estudo, não se observando variação apreciável em relação aos anos de escolaridade.

O ano de 1985 foi de instabilidade social e econômica, situação essa que resultou em desemprego para muitas pessoas.

Verificou-se, durante as entrevistas, que alguns casos referiam haver perdido seus empregos nesse ano, alguns há já vários meses e, para sobreviver, muitos se ocupavam de trabalhos ocasionais ou passaram a vender algum produto, geralmente como vendedores ambulantes, passando então à categoria de autônomos.

Entre os classificados como dependentes, estão incluidos os estudantes, as donas de casa e todos aqueles que dependem de renda familiar, não concorrendo com nenhuma quantia para a mesma.

A tabela 24 apresenta a distribução dos casos segundo o tempo de sintomatologia e a posição no sistema econômico.

Verifica-se que a maior porcentagem de casos (52,7%) encontra-se na posição de assalariado, seguida dos desempregados (14,8%) (JATENE[43] cita uma taxa de 12,49% de desemprego, para a região periférica do Município de São Paulo, em 1981)e dos autônomos (14,0%). Os dependentes representam 11,5% dos casos e os aposentados, 7,0%.

Observa-se que em todas as categorias consideradas a concentração do tempo de sintomatologia estendeu-se de 3 semanas a 12 meses. Para os assalariados, para os autô-

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO O TEMPO DE SINTOMATOLOGIA E A POSIÇÃO NO SISTEMA ECONÔMICO. SÃO PAULO, 1985.

TEMPO	POSIÇÃO NO SISTEMA ECONÔMICO**							
	ASSALARIADO		AUTÔNOMO		DESEMPREGADO		APOSENTADO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem sintomatologia	13	7,0	3	6,1	2	3,8	-	-
< 1 semana	1	0,5	-	-	-	-	-	-
1 ⊢⊣ 2 semanas	5	2,7	2	4,1	3	5,8	-	-
3 ⊢⊣ 4 semanas	47	25,4	13	26,5	12	23,1	3	12,5
5 ⊢⊣ 8 semanas	28	15,2	6	12,2	8	15,4	6	25,0
9 ⊢⊣ 12 semanas	28	15,2	4	8,2	10	19,2	3	12,5
4 ⊢⊣ 6 meses	23	12,4	8	16,3	7	13,5	3	12,5
7 ⊢⊣ 12 meses	22	11,9	7	14,3	6	11,5	6	25,0
13 ⊢⊣ 24 meses	13	7,0	4	8,2	4	7,7	1	4,2
> 24 meses	5	2,7	2	4,1	-	-	2	8,3
TOTAL	185 (52,7%)*	100,0	49 (14,0%)*	100,0	52 (14,8%)*	100,0	24 (7,0%)*	100,0

* Calculado sobre o total de 350 casos.

** 40 casos (11,5%) referem-se a indivíduos caracterizados como dependentes.

nomos e para os desempregados, a maior incidência de número de casos encontra-se no espaço de tempo compreendido entre 3 a 4 semanas de sintomatologia. Apenas para os aposentados observam-se porcentagens mais elevadas em 2 pontos: 25,0% de 5 a 8 semanas e 25,0% de 7 a 12 meses de sintomatologia.

Conclui-se da análise desta tabela que a posição no sistema econômico não parece influir sobre o tempo decorrido para procura de assistência. Apenas os indivíduos autônomos ou patrões e para os desempregados houve maior porcentagem na faixa de 3 a 4 semanas, 26,5% e 23,1% respectivamente.

Este fato faz supor que em virtude de uma maior disponibilidade de seu tempo, estas categorias puderam dirigir-se ao serviço de saúde, sem a preocupação da perda de horas assalariadas.

O deslocamento do tempo de sintomatologia dos aposentados para faixas de tempo maiores, faz supor que por se tratar de indivíduos mais idosos, o comportamento em relação à sua saúde sofreu a influência dos fatores físicos e comportamentais já abordados.

A tabela 25 apresenta a distribuição de casos segundo a renda familiar e o número de membros que compõem a família.

Considerou-se renda familiar a soma dos rendimentos de todos os que viviam sob o mesmo teto e concorriam para a composição do orçamento familiar.

Do mesmo modo, considerou-se membro da família àqueles que viviam sob o mesmo teto e participavam do mesmo orçamento.

Observa-se, pela análise da tabela 25 que o maior número de famílias encontra-se na faixa de rendimentos compreendida de até 1 a 5 salários mínimos (85,1%). Nas 66 famílias (18,8%) que referiram até 1 salário mínimo estão incluidos indivíduos, geralmente empregadas domésticas, o que, até certo ponto, explica a renda baixa para esse grupo. Das famílias que referiram 1 a 2 salários mínimos, o maior contingente está incluido no grupo de 2 membros componentes da família. Dos que recebiam 2 a 5 salários mínimos, a composição de 3 a 4 e 5 a 6 membros na família recebeu a mesma e maior porcentagem: 12,0%. O maior contingente foi o que apresentou 3 a 4 membros na composição da família, 33,1%, com maior índice de concentração da renda na faixa de 1 a 2

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº E % DE CASOS SEGUNDO RENDA FAMILIAR, EM SALÁRIOS MÍNIMOS DA ÉPOCA, E O NÚMERO DE MEMBROS NA FAMÍLIA. SÃO PAULO, 1985.

RENDA FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS)	NÚMERO DE MEMBROS NA FAMÍLIA												TOTAL	
	1		2		3 ⊢⊣ 4		5 ⊢⊣ 6		7 ⊢⊣ 10		+ 10			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem rendimentos	3	0,9	2	0,6	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-	7	2,0
Até 1	24	6,8	16	4,6	17	4,8	6	1,7	3	0,9	-	-	66	18,8
1 ⊢— 2	12	3,4	15	4,3	43	12,3	34	9,7	7	2,0	1	0,3	112	32,0
2 ⊢— 5	5	1,4	7	2,0	42	12,0	42	12,0	20	5,7	4	1,1	120	34,3
5 ⊢— 8	1	0,3	1	0,3	6	1,7	10	2,9	7	2,0	5	1,4	30	8,6
8 e +	1	0,3	-	-	7	2,0	4	1,1	3	0,9	-	-	15	4,3
T O T A L	46	13,1	41	11,8	116	33,1	97	27,7	40	11,4	10	2,9	350	100,0

salários mínimos.

JATENE[43] refere que 55,1% da população da área periférica do Município de São Paulo, em 1977, recebe menos de 5 salários mínimos.

Neste estudo, verifica-se que 87,1% das famílias recebem até 5 salários mínimos, com a maior concentração (34,3%) na faixa de 2 a 5 salários mínimos. O maior contingente das famílias (33,1%) referiu de 3 a 4 membros na sua composição. Esta porcentagem é semelhante às apresentadas por JATENE[43], onde 38,5% das famílias é composta por 4 membros e soma de 2 a 5 salários mínimos de rendimento mensal.

7 - CONCLUSÕES

A análise das referências dos entrevistados permite as seguintes conclusões:

TEMPO TOTAL DE SINTOMATOLOGIA

- As porcentagens mais expressivas de tempo mínimo e máximo de sintomatologia até a realização da primeira baciloscopia encontram-se entre 3 semanas e 12 meses.

TEMPO DECORRIDO DESDE A PERCEPÇÃO DE ALGUMA SINTOMATOLOGIA ATÉ A PROCURA DO PRIMEIRO RECURSO DE SAÚDE

- As porcentagens mais expressivas de tempo mínimo e máximo de sintomatologia até a procura do primeiro recurso de saúde encontram-se entre 3 semanas e 12 meses, com maior concentração entre 3 e 12 semanas.

- Para a população de estudo, o CS teve relativa participação (30,5%) no atendimento direto da população, em relação a outros serviços de atenção à saúde.

- Os que procuraram o primeiro recurso de saúde no CS e INAMPS perfazem 59,3% dos casos e o tempo de sintomatologia dos mesmos não foi diferente em relação aos que procuraram outros recursos de saúde.

- Para o setor privado de atendimento, o tempo máximo de sintomatologia chegou a 24 meses, com maior concentração no período de 7 a 24 meses.

TEMPO DECORRIDO DESDE A PROCURA DA PRIMEIRA ASSISTÊNCIA ATÉ O PRIMEIRO ATENDIMENTO NO CS

- As porcentagens mais expressivas de tempo mínimo e máximo de sintomatologia, da procura do primeiro recurso de saúde até o primeiro atendimento no CS encontram-se entre menos de uma semana até 6 meses, com maior concentração no período de 3 a 4 semanas.

- 53,2% da população estudada procurou assistência em um serviço anterior ao CS, 14,3% procurou 2 serviços e apenas 2,0% procurou 3 serviços anteriores ao CS.

- Este estudo faz supor que boa parte da responsabilidade para a demora no atendimento correto pode ser atribuida aos profissionais das instâncias anteriores ao primeiro atendimento no CS.

BUSCA PASSIVA DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR

- Do total de casos estudados, 188 (53,7%) apresentou baciloscopia negativa e 162 (46,3%), positiva.

- Entre os sintomas referidos, a tosse e expectoração estiveram presentes em 94,5% dos casos. Os restantes (5,5%) que representam 19 casos, não referiram essa sintomatologia, mas a pesquisa baciloscópica revelou positividade em 5 dos mesmos.

- O maior número de casos referiu estar percebendo a tosse e expectoração num tempo que variou de 5 sema-

nas a 12 meses, e houve maior concentração de positividade do exame baciloscópico nesse mesmo intervalo de tempo.

- Dos casos que referiram tosse e expectoração 157 (47,4%) apresentaram baciloscopia positiva.

- Dos sintomas referidos, o emagrecimento (com ou sem inapetência) foi o 2º mais citado, 79,1%.

- O maior número de casos que referiu emagrecimento, concentrou-se nas faixas de tempo de sintomatologia de 3 semanas a 6 meses.

- Dos casos que referiram emagrecimento, 82,7% apresentaram baciloscopia positiva.

- Dos sintomas referidos, a febre foi o 3º mais citado, 62,2%.

- O maior número de casos que referiu febre concentrou-se na faixa de tempo de sintomatologia de 3 semanas a 6 meses.

- Dos casos que referiram febre, 69,7% apresentaram baciloscopia positiva.

- Entre os sintomas referidos, a dor torácica ocupou o 4º lugar na ordem de citação (61,1%).

- O maior Nº de casos 191 (54,5%) referiu dor torácica

nas faixas de tempo de sintomatologia de uma semana a 12 meses.

- Dos casos que referiram dor torácica, 5 (63,5%) apresentaram baciloscopia positiva.

- Dos sintomas referidos, a hemoptise foi o 5º mais citado (22,0%).

- Entre os casos que referiram hemoptise, houve maior porcentagem (16,8%) na faixa de tempo de menos de uma até 4 semanas de sintomatologia.

- Dos casos que referiram hemoptise, 27,1% apresentaram baciloscopia positiva.

OPINIÃO DOS CLIENTES SOBRE O PRÓPRIO DIAGNÓSTICO

- No grupo dos que apresentaram baciloscopia positiva, houve 109 pessoas (67,3%) que referiram tuberculose pulmonar ou outras doenças das vias respiratórias, podendo significar que tinham algum conhecimento sobre a sua doença. Dos casos com baciloscopia negativa, houve 137 pessoas (72,9%) que referiram igualmente tuberculose pulmonar ou outra doença das vias respiratórias, podendo significar que tinham preocupação com essas patologias.

RECURSOS DE SAÚDE PROCURADOS

- A população de estudo procurou um total de 684 recursos de saúde.

- O baixo percentual de procura do INAMPS (15,8%) no total dos recursos procurados, em todas as instâncias pode significar que a população tenha algum conhecimento sobre o local onde deve procurar assistência, visto que esta Instituição já não realiza o tratamento da tuberculose.

- Dos 64,2% previdenciários, apenas 39,5% procuraram o INAMPS em 1ª instância, que somados aos 28,0% que procuraram o CS, resultam em 67,5% do total de 225 previdenciários. O setor privado recebeu 15,3% dos previdenciários.

- As razões apresentadas pelos 49 casos que abandonaram o tratamento em alguma instância anterior à chegada ao CS leva à suposição que as maiores causas para justificar o abandono de tratamento estão localizados a nível dos serviços de assistência e particularmente ao tratamento recebido.

- Com exceção do conhecimento sobre a gratuidade dos serviços, a população não conhece ou conhece pouco as características de assistência do centro de saúde.

RAZÕES DE DEMORA NA PROCURA DO CS

- As razões alegadas para a demora na procura do CS estão relacionadas a fatores pessoais e a serviços de saúde inicialmente procurados.

- O processo saúde-doença envolve aspectos complexos

que justificam estudos que possam fundamentar as programações de saúde para as regiões a que se destinam.

- A população considera o médico como o centro do processo de assistência e os serviços de saúde são secundariamente mencionados.

ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA DO CS

- Aparentemente, o meio de locomoção utilizado ou o fato de chegar a pé não influiram no tempo de sintomatologia referido pelos que chegaram ao CS.

REFERÊNCIA DE PROCESSO ANTERIOR DE TUBERCULOSE

- O fato de referir processo anterior de tuberculose pulmonar não afetou o comportamento dos casos, no sentido de encurtar o período de tempo decorrido da percepção da sintomatologia até procura de um recurso de saúde.

REFERÊNCIAS DE CONTATO COM TUBERCULOSE

- O fato de referir algum contato com tuberculose no grupo de convivência não influenciou o tempo de sintomatologia decorrido antes da procura do primeiro recurso de saúde, pelos casos entrevistados.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS QUE PODEM INFLUIR NA PROCURA DE RECURSOS DE SAÚDE

- Dos 350 casos entrevistados, 204 (58,2%) são homens e

146 (41,7%) são mulheres.

- A procura de assistência, em relação ao sexo, concentrou-se na faixa de 3 semanas até 12 meses, sem diferenças para os 2 sexos.

- A faixa de idade predominante é a jovem, 121 casos (34,5%) estão entre 15 e 30 anos, com maior concentração de procura.

- O maior período decorrido para procura de alguma assistência foi de pessoas com 60 anos e mais, sendo que as maiores porcentagens se estenderam até 24 meses (12,9%).

- Em relação à escolaridade, houve 27,7% de pessoas que não frequentaram escola ou a frequentaram até 1 ano. 29,7% das pessoas que frequentaram de 3 a 4 anos e 29,1% que referiram acima de 5 anos de escolaridade.

- Em relação à escolaridade, não houve diferenças apreciáveis de comportamento das pessoas quanto ao tempo de sintomatologia e procura de assistência médica.

- Para o ano de estudo, houve maior porcentagem de casos (52,7%) na posição de assalariados e 14,8% de desempregados.

- Para todas as categorias consideradas no sistema econômico, a concentração do tempo de sintomatologia estendeu-se de 3 semanas a 12 meses, com algumas varia

ções. Para os aposentados, houve porcentagens mais elevadas, chegando a 25,0% de pessoas que demoraram de 7 a 12 meses para procurarem alguma assistência.

- As pessoas que recebiam até 5 salários mínimos alcançaram a porcentagem de 87,1%, com a maior concentração na faixa de 2 a 5 salários mínimos (34,3%).

- O maior contingente de famílias referiu de 3 a 4 membros na sua composição.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AÇÕES integradas de saúde; relatório final. Curitiba, ABRASCO, CEBES, SESB/PR, 1984 [mimeografado].

2. ACUÑA, D. et al. Tuberculosis pulmonar: tiempo transcurrido entre el inicio de los sintomas respiratórios y el tratamiento. Rev. méd. Chile, 109: 628-633, 1981.

3. AIACH, P. et al. Facteurs de différenciation dans la déclaration de symptomes. Rev. Epidem. Santé publ., 29: 27-44, 1981.

4. ALLAN, W.G. et al. The symptoms of newly diagnosed pulmonary tuberculosis and patient's attitudes to the disease and to it's treatment in Hong Kong. Tubercle, 60: 201-10, 1979.

5. ALUOCH, J.A. La tuberculosis: una plaga de los tiempos modernos para el Africa. Bol. Un. int. Tuberc., 53: 230-31, 1978.

6. AOKI, M. et al. Estudo de los factores que condicionam la demora imputable al paciente, al médico y la demora total en la detección de casos de tuberculosis en Japon. Bull. int. Un. Tuberc., 60: 128-130, 1985.

7. ARANTES, G.R. & RUFFINO NETTO, A. Busca de casos de tuberculose pulmonar. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 14: 185-193, 1980.

8. ARANTES, G.R. et al. Estudo sobre a evolução do risco da infecção tuberculosa em área de elevada cobertura de BCG. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 19:85-107, 1985.

9. ARCINIEGAS, A. et al. Prevalência de tuberculosis entre los sintomáticos respiratórios que consultan por primeira vez em los estabelecimientos de salud del Departamento de Risaralda, Colombia. Bol. Ofic. sanit. panamer., 87: 512-524, 1979.

10. BAAS, M.A. Vigilância de las medidas de tratamiento y diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Holanda, 1974-1975. Boll. int. Un. Tuberc., 54: 137-40, 1979.

11. BAILY, G.V.J. et al. Potencial yield of pulmonary tuberculosis cases by direct microscopy of sputum in a district of South India. Bull. Wld Hlth Org., 37: 875-892, 1967.

12. BANERJI, D. & ANDERSEN, S. A sociological study of awarness of symptons among persons with pulmonary tuberculosis. Bull. Wld Hlth Org., 29: 655-683, 1963.

13. BELLUOMINI, M. Conhecimentos sobre alguns aspectos da tuberculose pulmonar de doentes internados em hospitais especializados - subsídios para ações educativas. São Paulo, 1981. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

14. BERG, A.O. et al. Targeting symptoms for self-care health education. Med. Care, 18: 551-555, 1980.

16. BREILH, J. & GRANDA, E. Investigación de la salud en la sociedad. Quito, Ediciones Centro de Estudios y Asessoria en Salud, 1980.

17. BRÓLIO, R. Programa de profilaxia da tuberculose. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, s.d. [mimeografado].

18. BULLA, A. Revision de la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis en el mundo (1967-1971-1977), basada en las informaciones oficiales. Bol. Un. int. Tuberc., 56: 121-127, 1981.

19. BULLA, A. et al. La tuberculosis en el mundo. Bol. Un. int. Tuberc., 56: 119-120, 1981.

20. CAMPANHA Nacional em avaliação. Proj. RADIS, Tema 3, 1983.

21. CHAULET, P. "El rey esta desnudo!" Una opinión sobre el informe del grupo mixto de estudio UICT/OMS. Bol. Un. int. Tuberc., 58: 154-157, 1983.

22. CHEONG-PAK-SOON. El factor tiempo en la deteccion de los casos bacilíferos de tuberculosis. Bol. Un. int. Tuberc., 54: 208-211, 1979.

23. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE

SAÚDE, Alma Ata, URSS, 1978. Relatório. Brasília UNICEF, 1979.

24. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª., Brasília, 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977.

25. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª., Brasília, 1986. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. [mimeografado]

26. DARBYSHIRE, J.H. Supervigilância de la tuberculosis en Kenia en 1964 y 1974: Comparación de los métodos y de los resultados obtenidos. Bull. int. Un. Tuberc., 54: 145-150, 1979.

27. D'HOUTAUD, A. & FIELD, M.G. The image of health: variations in perception bu social class in a French population. Sociol. Hlth Illn., 6: 31-60, 1984.

28. DOCKHORN, J.M. The influence of social and emotional factors in the treatment of tuberculosis. Amer. Rev. Tuberc., 82: 223-231, 1960.

29. DUARTE, M.C.R. O sistema de saúde envolvido no controle da tuberculose pulmonar em Botucatu, São Paulo - uma contribuição sociológica. Botucatu, 1976. [mimeografado]

30. ESTRATÉGIA de mudança na saúde e na assistência médica: bases para a reforma sanitária brasileira. s. n.t. -[mimeografado]

31. EVALUACION de las recomendaciones formuladas por los Grupos de Expertos de la OMS en tuberculosis. Cron. Org. Mund. Salud, 28: 487-494, 1974.

32. FERNANDEZ, G. et al. Los determinantes sociales de la tuberculosis en la ciudad de Buenos Aires. Med. y Soc., 7 (3): 64-70, 1984.

33. GIRLING, D.J. Encuesta del servicio de neumologia de Hong Kong y del British Medical Research Council sobre los enfermos que consultan en los servicios publicos de neumologia y sobre el impacto de uma campaña de información en la busqueda activa de casos de tuberculosis. Bull. int. Un. Tuberc., 60: 121, 1985.

34. GISH, O. Values in health care. Soc. Sci Med , 19: 333-339, 1984.

35. GREEN, K.E. & MOORE, S.H. Attitudes toward self-care A consumer study. Med. Care, 18: 872-77, 1980.

36. GRUPO MIXTO DE ESTUDIO UICT/OMS. La lucha antituberculosa. Bull. int. Un. Tuberc., 58: 151-157, 1983.

37. GRUPO MIXTO DE ESTUDIO UICT/OMS SOBRE LUCHA ANTITUBERCULOSA, Genebra, 1981. Informe. Genebra, 1982. (OMS - Ser. Inf. técn., 671)

38. HAMBURG, D.A. & RUSSEL, A. Conduta e saúde. Saúde Mundo: 27-29 dez., 1983.

39. HOCHBAUM, G.M. Public participation in medical screening programs: a socio psychological study. Washington, D.C.U.S. Government Printhing offic., 1958 (PHS - Publ., 572).

40. HORNE, N.W. Erradicación de la tuberculosis en Europa, una meta tan próxima e aún tan lejana. Bull. int. Un. Tuberc., 59: 207-209, 1984.

41. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL. Ordem de serviço nº INAMPS/SMS - 42.7, de 9 de janeiro de 1979. BS/DG/INAMPS 10, 15 jan. 1979. Anexo II.

42. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL. Relatório de atividades - 1985. Brasília, 1985.

43. JATENE, A.D. Expansão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, Brasília, 1980. Anais. Brasília, 1980. p. 49-55.

44. JOB, J.R.P.P. et al. Informações que antecederam o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em centro de saúde. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 20: 21-25, 1986.

45. KIM, S.C. et al. Estudio sobre el conocimiento y las actitudes de la población con respecto a la tuber-

culosis. Bull. int. Un. Tuberc., 60: 131-132, 1985.

46. KRIVINKA, R. et al. Epidemiological and clinical study of tuberculosis in the district of Kolin, Czechoslovakia. Bul. Wld Hlth Org., 51: 59-69, 1974.

47. LA INVESTIGACIÓN epidemiológica en el control de la tuberculosis. p. 8-13 [Separata-s.n.t.]

48. LAURELL, A.C. La salud enfermedad como processo social. p. 7-20. [Separata-s.n.t.]

49. MAGALDI, C. Há recursos. Por que fracassa o controle da tuberculose? Saúde Deb., (5): 26-30, 1977.

50. MEIJER, J. et al. Identification des sources d'infection. Bull. int. Un. Tuberc., 45: 5-53, 1971.

51. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de normas para o controle da tuberculose. 2ª ed. Brasília, 1984.

52. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de procedimentos para atividades de controle da tuberculose. 2ª ed. Brasília, 1984.

53. MINOPRIO, J.L. et al. Resumenes de los trabajos tisiológicos de Madras. Prensa méd. argent., 58: 1635-1645, 1971.

54. NAGPAUL, D.R. et al. A socio-epidemiological study of out patients attending a city tuberculosis clinic

in India to judge the place of specialized centers in a tuberculosis control program. Bull. Wld Hlth Org., 43: 17-37, 1970.

55. NARAYAN, R. et al. A sociological study of the awareness of symptoms and action taking of persons wirth pulmonary tuberculosis (a resurvey). Ind. J. Tuberc., 26: 136-146, 1979.

56 NOGUEIRA, P.A. Tuberculose como causa de óbito em adultos residentes no município de São Paulo em 1980. São Paulo, 1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

57. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Tuberculosis, Genebra, 1960. 7º informe. Genebra, 1960 (Ser. Inf. técn., 195).

58. ORGANIZACION MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos en Tuberculosis, Genebra, 1964. 8º informe. Genebra, 1964 (Ser. Inf. técn., 290).

59. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos en Tuberculosis, Genebra, 1979. 9º informe. Genebra, 1974 (Ser. Inf. técn., 552).

60. PAULA SOUZA, R. Evolução histórica da tuberculose no Brasil. Rev. paul. Tisiol., 6: 237-246, 1940.

61. PEREIRA, J.C. & RUFFINO-NETTO, A. Saúde-doença e sociedade: a tuberculose - o tuberculoso. Medicina,

Ribeirão Preto, 15: 5-11, 1982.

62. PILHEU, J.A. Tuberculosis en la edad avanzada. Rev. argent. Tuberc., 46: 55-62, 1985.

63. PINTO, V.G. Serviços básicos de saúde, a experiência do PIASS. Saúde Brasil., 1: 74-80, 1983.

64. PIO, A. El futuro de la lucha anti tuberculosa. Problemas y perspectivas. Bol. Un. int. Tuberc., 58: 192-197, 1983.

65. PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (PAIS) Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS, 1983. (Documento nº 1)

66. PROGRAMA Nacional de controle da tuberculose: avaliação das atividades realizadas em 1981. Brasília, INAMPS/Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo, Ministério da Saúde, 1982. [mimeografado]

67. REPORT of a joint IUAT/WHO Study group. Tubercle, 63: 157-169, 1982.

68. ROUILLON, A. et al. Métodos de control de la tuberculosis. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1977 (OPAS-Publ. cient., 346).

69. ROY, R.N. Educación sanitária sistemática de enfermos tuberculosos de la poblacion. Bull. int. Un. Tuberc., 60: 133-134, 1985.

70. RUFFINO-NETTO, A & PEREIRA, J.C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro. Saúde Deb., (12): 27-34, 1981.

71. SANKALÉ, M. Tuberculose et urbanisation. Bull. Soc. Path. exot., 76: 223-230, 1983.

72. SANTOS, N.R. Assistência primária à saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. Rev. bras. Educ. méd., 5: 42-52, 1981.

73 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Sub programa de controle da tuberculose. São Paulo, 1977-78. [mimeografado]

74. SHIMAO, T. La vigilância de la tuberculosis. Bol. Un. int. Tuberc., 58: 48-52, 1983.

75. SHIMAO, T. et al. Encuesta sobre el conocimiento y el comportamiento de la población respecto a la tuberculosis. Bull. int. Un. Tuberc., 60: 122-124, 1985.

76. SITUACION actual del control de la tuberculosis. Rev. argent. Tuberc., 46: 43-62, 1983.

77. SONTAG, S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

78. STYBLO, K. Epidemiologia de la tuberculosis. Bol. Un. int. Tuberc., 53: 145-155, 1978.

79. STYBLO, K. La situacion epidemiológica de la tuberculosis y el impacto de las medidas de lucha antituberculosa. Bol. Un. int. Tuberc., 58: 179-191, 1983

80. STYBLO, K. & ROUILLON, A. II- Estimaciones de la incidência mundial de la tuberculosis pulmonar com baciloscopia positiva. No fiabilidade de las cifras de tuberculosis informadas oficialmente. Bol. Un. int. Tuberc., 56: 128-137, 1981.

81. STYBLO, K. et al. Epidemiological and clinical study of tuberculosis in the District of Kolin, Czechoslovakia. Bull. Org. mond. Santé, 37: 819-874, 1967.

82. SUTHERLAND, T. Epidemiologia de la tuberculosis. Vale mas prevenir que curar. Bol. Un. int. Tuberc., 56: 138-146, 1981.

83. TOMAN, K. Tuberculosis: deteccion de casos y quimioterapia. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1980 (OPAS - Publ. cient., 392).

84. TOMAN, K. Sensibilidad, especificidad y valor predictivo de los testes diagnosticos. Bull. Un. int. Tuberc., 56: 19-30, 1981.

85. TUBERCULOSE Projeto Radis, tema 3, dez., 1982.

86. TUBERCULOSIS Rev. argent. Tuberc., 44: 67-76, 1983.

87. TUBERCULOSIS and social class. Tubercle, 60: 191-194, 1979.

88. TUBERCULOSIS in old age. Tubercle, 64: 69-71, 1983.

89. VIEIRA, C.A.B. Extensão de cobertura no Brasil: crise e reforma do sistema de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30º, Belém, PA, 1978. Anais. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1979. p. 37-60.

90. VRANJAC, A. Epidemiologia da tuberculose - Estudo da mortalidade por tuberculose no município de São Paulo. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

A N E X O S

A N E X O 1

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nº _____

DATA _____

ENTREVISTADOR _____

_____

1 - Capacidade para identificar os sintomas percebidos e avaliar seu tempo de duração.

1.1 - O que o senhor (a) apresenta que o (a) levou a procurar assistência? Há quanto tempo?

Queixa	Tempo de duração
( ) tosse	_____
( ) expectoração	_____
( ) dor torácica	_____
( ) febre	_____
( ) hemoptise	_____
( ) emagrecimento	_____
( ) inapetência	_____
( ) outros	_____
( ) não tem queixas	_____

2 - Outras causas relacionadas ao tempo e à duração da sintomatologia percebida.

Só perguntar quando:

- a sintomatologia dura há mais de 3 meses.

- Por que só agora o senhor (a) procurou assistência?

_____

_____

3 - Capacidade individual para relacionar a sintomatologia percebida com a tuberculose pulmonar:

- o senhor (a) acha que está com alguma doença?

( ) não

( ) sim

Qual? _____

Por quê? _____

_____

4 - Iniciativa individual para procurar um (ou +) local de assistência em face da sintomatologia apresentada e preferência na escolha desse local.

4.1 - O Sr. (a) já havia procurado este ou outro local de assistência, devido a estas mesmas queixas?

( ) não

( ) sim. Neste caso:

local de assistência \ Data do comparecimento			1º	2º	3º
Serviço de atenção à pessoa e a comunidade	INAMPS				
	S S	C H			
		C S C			
	S H S M S P				
	SC - H C - H U				
	Setor privado				
	Clientela específica				
outros					

4.2 - Como o Sr. (a) decidiu procurar o (os) local (is) de assistência?

Ordem de procura	Espontâneo	Não espontâneo
1º	☐	☐
2º	☐	☐
3º	☐	☐
4º	☐	☐

4.3 - Qual o resultado dessa assistência?

Resultado da assistência	Comparecimento		
	1º	2º	3º
Encaminhado para outro recurso de saúde			
Tratamento e alta			
Abandono			

No caso de abandono:

4.4 - Por que o Sr. (a) não continuou frequentando esse serviço?

_____

_____

5 - Conhecimento da função assistencial do centro de saúde:

5.1 - O senhor (a) sabe se o centro de saúde cobra pelos serviços prestados?

( ) não, os serviços prestados são gratuitos

( ) sim

( ) de acordo com as posses dos clientes

( ) apenas alguns serviços são pagos

( ) todos os serviços são pagos

( ) não sei

5.2 - Quem "tem direito" à assistência dispensada pelo centro de saúde?

( ) crianças

( ) adultos

( ) gestantes

( ) pessoas doentes portadoras de qual doença?

_____

_____

_____

6 - Conhecimento de outro (s) caso (s) de tuberculose pulmonar no grupo de convivência:

- O senhor (a) tem (ou teve) conhecimento de alguma pessoa com tuberculose?

( ) não

( ) sim; neste caso:

Serviço de Biblioteca e Documentação
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

GRUPO DE CONVIVÊNCIA	IDADE (ANOS, MESES OU DIAS)	TRATAMENTO			ANO EM QUE OCORREU A DOENÇA
		SIM	NÃO	NÃO SABE	
pessoas com quem mora					
pessoas com quem trabalha					
Outros					

7 - Tempo dispendido para chegar ao centro de saúde.

- meio de locomoção utilizado para chegar ao centro de saúde.

( ) veio a pé

( ) utiliza condução

( ) onibus

( ) trem

( ) automóvel

( ) outros

_____

_____

_____

tempo médio para deslocar-se

_____

_____

_____

_____

8 - Características biossócio-econômicas de interesse na epidemiologia da tuberculose.

8.1 - idade

( ) 15 —— 30

( ) 30 —— 45

( ) 45 —— 60

( ) 60 —— +

8.2 - sexo

( ) masculino

( ) feminino

8.3 - anos de escolaridade

menos de 1 ano ( )

1 a 2 anos ( )

3 a 4 anos ( )

5 a 8 anos ( )

9 anos ou mais ( )

anos de estudo não determinado e sem declaração ( )

8.4 - assistência à saúde por meio do INAMPS

com direito à assistência ( )

sem direito à assistência ( )

8.5 - posição no sistema econômico

- assalariado ( )
- autônomo ou patrão ( )
- trabalhador familiar ( )
- desempregado ( )

9 - Renda familiar (em salários mínimos mensais) por faixa de renda e nº de pessoas na família:

Faixa salarial	Nº de pessoas/família
( ) sem rendimento	_____
( ) até 1	_____
( ) 1 ⊢— 2	_____
( ) 2 ⊢— 5	_____
( ) + 5	_____
( ) sem declaração	_____

10 - Resultado da baciloscopia

+ ☐

- ☐