

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROSA CAMILA GOMES PAIVA

**DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIABILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO
DA TUBERCULOSE**

JOÃO PESSOA – PB

2011

ROSA CAMILA GOMES PAIVA

**DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIABILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO
DA TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração – Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira

JOÃO PESSOA – PB

2011

ROSA CAMILA GOMES PAIVA

**DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIABILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO
DA TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração – Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira
Orientadora – UFPB

Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá
Examinadora – UFPB

Prof^o. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Examinador – UFPB

JOÃO PESSOA – PB

2011

*A todos os doentes de TB que tive a oportunidade de conhecer e partilhar a vida e suas dificuldades e a todos os profissionais de saúde que lutam pelo combate dessa doença no Brasil e no mundo. Em especial a todos que fazem parte da Rede-TB. **DEDICO.***

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, fonte da minha vida, meu tudo, meu porto seguro, meu sentido de viver. Obrigada por estar sempre presente ao meu lado, me segurando nos momentos de queda, estendendo a mão sempre que precisei, dando-me sabedoria e discernimento nas horas mais difíceis, enxugando minhas lágrimas e consolando meu coração nos momentos de dor, e, acima de tudo, sendo para mim a alegria e a força necessária para enfrentar os obstáculos da vida.

A meu pai, **João Flávio Paiva**, por nunca medir esforços para eu estudar e vencer na vida; por todo seu amor e dedicação à família, pelo exemplo de pai e ser humano digno e honesto em todas suas ações e por toda educação, apoio e confiança. Obrigada por acreditar em mim paiho!

A minha tão querida voinha, **Maria da Silva Gomes**, por simplesmente existir em minha vida e por ser para mim um bálsamo de amor, carinho, simplicidade e dedicação. Se a senhora não existisse eu sentiria saudades de Deus. Obrigada pelas palavras de incentivo, apoio e orientação nas horas difíceis da minha vida.

Aos meus irmãos, **Juliana, Felipe e Ana Flávia (Momo)**, que são verdadeiros amigos para mim, pessoas com quem posso contar em qualquer situação, e acima de tudo, que me amam no verdadeiro sentido da palavra “amor”, de forma incondicional, tudo suportam, esperam, perdoam, enfim, meus irmãos são pessoas maravilhosas e especiais que Deus me presenteou e que durante toda a minha vida me ajudaram, corrigiram meus erros, apontaram meus defeitos, aplaudiram minhas vitórias, estenderam a mão na hora da queda e nesse momento foram compreensivos e prestativos para mim. Amo vocês!

Ao meus sobrinhos, **Luís Henrique e Marina Rosa**, que mesmo sem compreender o momento da minha vida atual, foram para mim nos momentos de estresse, cansaço e tristeza, a razão do meu sorriso e da alegria brotada de forma tão espontânea e maravilhosa no meu coração. Vocês são para tia uma bênção de Deus, seus sorrisos e a pureza dos seus gestos são sinais do amor verdadeiro e gratuito. Obrigada por vocês existirem!

A minha orientadora, **Jordana**, que me aceitou como orientanda e foi para mim um exemplo de profissional e educadora, sempre tão correta, competente, inteligente, justa e responsável. Obrigada, de coração, pela sua disponibilidade e por todo aprendizado e amadurecimento pessoal e científico que esse tempo de orientação me proporcionou.

As minhas amigas, **Rafaela, Mariana e Tatiana**, que Deus colocou na minha vida e me presenteou com o dom verdadeiro da amizade, pois quem encontrou um amigo, encontrou um tesouro, então que bom que encontrei vocês. Obrigada por toda ajuda, pelo cuidado, atenção, carinho, enfim, obrigada por tudo!!!

As minhas amigas tão especiais, **Débora, Daiane e Hérika**, que tive o prazer e a oportunidade de conhecer no grupo TB-PB, cada uma de vocês têm uma história diferente na minha vida, uma participação única, de um jeito ímpar e com um resultado maravilhoso. Vivenciamos momentos que não voltarão jamais e poder ter vocês como parte integrante desse tempo inesquecível é

muito gratificante. Para cada uma de vocês fica o meu carinho e agradecimento por tudo que compartilhamos nesses dois anos de mestrado. Amo vocês!!!

A todos os meus amigos, por estar sempre ao meu lado me dando força e mostrando que eu tudo posso Naquele que me fortalece. Obrigada por vocês existirem!!!

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB que contribuíram com o meu crescimento intelectual, acadêmico e pessoal, em especial gostaria de agradecer, a **Lenilde Sá, Neusa Collet, Rodrigo e Cláudia**. Vocês foram colaboradores em potencial para que eu pudesse chegar até o final do mestrado. Muito Obrigada!!!

A todos que fazem parte da **REDE-TB** por terem me proporcionado tanto aprendizado e por terem me apresentado com esse projeto multicêntrico tão rico e importante para o controle da TB no nosso país. Vocês estão de Parabéns!!!

Aos meus **colegas de mestrado**, pelas dificuldades enfrentadas, pelos obstáculos superados, pela ajuda mútua e pelo aprendizado e amadurecimento que conquistamos durante todo esse tempo de convivência. Em especial o meu muito obrigada a **Fatinha, Tati, Patrícia e Anne Jaqueline** por terem estado mais perto de mim e por terem sido companheiras nessa trajetória.

A todos os **funcionários** do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB, em especial a **seu Ivan e a Felipe**, por sempre estarem dispostos a nos ajudar, pela dedicação, pelo trabalho desempenhado com responsabilidade e competência, e, acima de tudo, pelo carinho e amizade conquistados no decorrer desse tempo.

A **todos** que contribuíram que de forma direta ou indireta para realização desse trabalho.



Mãinha, as palavras me faltam ao tentar descrever o quanto fostes especial e importante para mim. Seus gestos, palavras, competência, responsabilidade, inteligência, alegria de viver e especialmente o seu sorriso foram e continuam sendo inspiração para minha vida. Ao término do meu mestrado gostaria de revelar o exemplo de ser humano que a senhora foi para todos os que tiveram a oportunidade de lhe conhecer. Te amo para sempre! Eternas Saudades!

Sua Rosa filha!!!

RESUMO

PAIVA, Rosa Camila Gomes. **Desempenho dos serviços de saúde na viabilização do diagnóstico da Tuberculose**. João Pessoa, 2011. 89f. Dissertação de mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

A tuberculose (TB) ainda é um grande desafio para saúde pública no Brasil e no mundo, sendo a utilização dos serviços de saúde o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Nesse aspecto, a forma de organização da atenção a TB deveria ser um fator de garantia do acesso ao diagnóstico precoce da TB nos municípios do Brasil. O tempo do diagnóstico da TB corresponde ao período entre o início dos sinais e sintomas e o fechamento do diagnóstico, contudo o acesso ao diagnóstico na atenção básica parece estar obstaculizado por várias barreiras que precisam ser elucidadas. O presente estudo visou avaliar, na perspectiva do doente, a utilização dos serviços de saúde na Atenção ao diagnóstico da TB identificando o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente quando começou a apresentar os sinais e sintomas; os serviços de saúde que realizaram o diagnóstico, o tempo decorrido entre a procura do doente pelo serviço de saúde e o diagnóstico da TB e a associação entre componentes da acessibilidade e o tipo de serviço procurado pelo doente. A realização dessa pesquisa ocorreu por meio de um inquérito epidemiológico seccional de abordagem quantitativa. O cenário desta investigação foi o município de João Pessoa, no estado da Paraíba. A população do estudo foi composta pelos doentes de TB (em tratamento, maiores de 18 anos, residentes no município de estudo), sendo a amostra constituída por 101 pacientes. Os dados foram coletados por meio de fontes primárias (entrevistas com doentes) e secundárias (prontuários) digitados e armazenados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e transferidos para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistica 9.0* da *Statsoft* para aplicação do teste qui-quadrado de Pearson. No uso do teste de associação, evidenciou-se significância estatística $p < 0,05$ entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e o local do diagnóstico, onde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi o primeiro serviço de saúde mais procurado pelo doente com 46,5% e o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) foi o serviço que mais realizou o diagnóstico de TB com 54,4% dos casos. Com relação ao tempo para o diagnóstico da TB 84 (83,2%) dos doentes foram diagnosticados no intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias. No entanto, apesar da existência de uma política de descentralização da Saúde a ESF ainda não se tornou eficiente no que diz respeito à garantia do acesso ao diagnóstico da TB, onde o PCT continua centralizando as ações relacionadas ao diagnóstico da TB sendo caracterizado como principal porta de entrada dos casos de TB no município de João Pessoa. Portanto, esforços precisam ser empreendidos para transformar essa realidade e tornar a ESF a porta de entrada para o acesso ao diagnóstico da TB por meio de serviços de saúde mais resolutivos, articulados e estruturados para atuar no controle da TB.

Palavras-chave: Tuberculose. Organização dos Serviços de Saúde. Retardo no Diagnóstico.

ABSTRACT

PAIVA, Rosa Camila Gomes. **Performance of health services in enabling the diagnosis of Tuberculosis.** João Pessoa, 2011. 89p. Masters degree dissertation. Health Sciences Center. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Tuberculosis (TB) is still a great challenge for public health in Brazil and in the world, being the use of health services the center of functioning of the health systems. In this aspect, the form of organization of TB care should be a guaranteeing factor in the access to the early diagnosis of TB in the cities of Brazil. The time of TB diagnosis corresponds to the period between the beginning of the signs and symptoms and the closing of diagnosis, however the access to the diagnosis in the primary care seems to be hampered by several obstacles that need to be elucidated. The present study aimed to analyze, in the perception of the diseased, the use of health services in the Attention to TB diagnosis identifying the first health service sought by the diseased when they began to present signs and symptoms; the health services that made the diagnosis and the time elapsed between the search of the diseased for the health service and the diagnosis of TB and the association between components of accessibility and the type of service sought by the diseased. The execution of this research occurred by means of a sectional epidemiological inquiry of quantitative approach. The scenery of this investigation was the city of João Pessoa, in the state of Paraíba. The population of the study was composed by the diseased with TB (in treatment, older than 18 years, resident of the studied city), being the sample constituted of 101 patients. The data were collected by means of primary sources (interview with the diseased) and secondary sources (charts) digitalized and stored in electronic spreadsheet of Microsoft Office Excel 2003 and transferred to the Table of Data Entry of *Software Statistica 9.0* of *Statsoft* for the application of Pearson's chi-square test. In the use of the association test, statistical significance, $p < 0.05$, was evidenced between the first health service sought by the diseased and the localization of diagnosis, where the Family Health Strategy (FHS) was the first health service most sought by the diseased with 46.5% and the Tuberculosis Control Program (TCP) was the service that most made TB diagnosis with 54.4% of the cases. In regard to the time for the diagnosis of TB 84 (83.2%) of the diseased were diagnosed in the time interval less than or equal to 30 days. However, despite the existence of a decentralization of Health the FHS is still not efficient in what regards the guarantee of access to TB diagnosis, where the TCP continues to centralize the actions regarding TB diagnosis being characterized as main entryway of TB cases in the city of João Pessoa. Therefore efforts must be undertaken to transform this reality and make FHS the entryway for the access to TB diagnoses through more resolving health services make, articulated and structured to act in the control of TB.

Key words: Tuberculosis. Health Services Organization. Delay in Diagnosis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CHCF	Complexo Hospitalar Clementino Fraga
CNPq	Centro Nacional de Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DS	Distrito Sanitário
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDR	Doentes Multidrogas Resistentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paraíba
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Derivado Purificado da Proteína do bacilo da tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Serviço de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF Unidade de Saúde da Família

UFPB Universidade Federal da Paraíba

WHO World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de serviços de saúde: componentes do primeiro contato.....	32
Figura 2: Divisão administrativa da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa-PB.....	41
Figura 3: <i>Box Plot</i> da distribuição da mediana segundo a variável tempo em dias que demorou para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde quando começou a se sentir doente – João Pessoa-PB-2009.....	52
Figura 4: <i>Box Plot</i> da distribuição da mediana segundo o número de vezes que precisou comparecer ao serviço de saúde para descobrir que tinha TB – João Pessoa-PB-2009.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Associação do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente com a distância do serviço em relação à proximidade do domicílio do doente, suspeita e condutas dos profissionais do serviço de saúde diante da queixa. João Pessoa, 2009 (n=101).....	50
Tabela 2- Distribuição de frequência do tempo em dias que demorou a receber o diagnóstico de TB. João Pessoa, 2009 (n=101).....	54
Tabela 3: Associação do serviço que realizou diagnóstico com distância do serviço em relação à proximidade do domicílio do doente, tempo gasto para conseguir consulta, horário de funcionamento do serviço e realização dos exames no próprio serviço. João Pessoa, 2009 (n=101).....	55
Tabela 4: Associação do serviço que realizou diagnóstico com disponibilidade de insumos, condutas dos profissionais do serviço de saúde diante da queixa e condutas do doente diante dos exames solicitados. João Pessoa, 2009 (n=101).....	56

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Definindo o Objeto de Estudo.....	17
1.2 Desempenho dos Serviços de Saúde no Controle da Tuberculose: Considerações Iniciais.....	21
1.3. Objetivos.....	23
1.3.1 Geral.....	23
1.3.2 Específicos.....	24
CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1 A Tuberculose no atual contexto do SUS.....	26
2.2 A Promoção da Saúde e a Integralidade da Assistência.....	28
2.3 A Atenção Primária à Saúde e o Acesso aos Serviços de Saúde.....	30
2.4 A utilização dos Serviços de Saúde e o Retardo no Diagnóstico da TB.....	34
CAPÍTULO 3: MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
3.1 Modelo de estudo.....	40
3.2 Cenário do estudo.....	40
3.2.1. Capacidade Instalada dos Serviços de Atenção Básica (USF) para Identificação e Investigação dos casos suspeitos de TB.....	41
3.2.2. Capacidade Instalada do ambulatório especializado (PCT).....	42
3.3 População do estudo.....	43
3.4 Instrumento de Coleta de dados.....	43
3.5 Variáveis e Indicadores estudados.....	44
3.6 Trabalho de Campo.....	45

3.7 Análise dos dados.....	47
3.8 Aspectos Éticos.....	47
CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....	48
4.1 Perfil Sócio Demográfico e Clínico dos doentes de tuberculose.....	49
4.2 Tipos de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB ao início dos sinais e sintomas e condutas adotadas no primeiro contato.....	49
4.3 Desempenho dos Serviços de Saúde que realizaram o diagnóstico da TB.....	54
CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO.....	58
CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO A – Questionário para os doentes de tuberculose	83
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
ANEXO C – Certidão do Comitê de Ética	89

Capítulo 1

Introdução

1.1 Definindo o Objeto de Estudo

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que comportam 80% da carga mundial de Tuberculose (TB), ocupando a 19ª posição no ranking em incidência de casos. Em 2008 foram notificados 73.395 casos da doença, com incidência de 46 e prevalência de 29 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. É considerado o 14º país em número de casos com baciloscopia positiva, com incidência de 26 casos por 100.000 habitantes, e responsável por 31% de todos os casos de TB na região da América Latina. A taxa de detecção de casos com baciloscopia positiva alcançou 75% dos casos estimados (WHO, 2010), percentuais inferiores ao recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

O atual projeto insere-se na pesquisa intitulada “*Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil*”, aprovada e financiada pelo CNPq, que resulta da colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica, Diagnóstica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), cujas atividades vem sendo desenvolvidas em diferentes regiões do Brasil. No caso específico as atividades foram desenvolvidas no município de João Pessoa, estado da Paraíba, com o intuito de identificar os aspectos organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde que influenciam o diagnóstico da tuberculose na percepção do doente.

Para o controle da TB, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza a combinação entre capacidade organizacional e de desempenho dos serviços de saúde como sendo mais importante do que as formas de detecção e de tratamento dos casos de TB (WHO, 1999). Starfield (2002) afirma que o desempenho de um sistema de serviços de saúde está pautado em ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços onde este aspecto é denominado reconhecimento de um problema ou necessidade de saúde que é de extrema importância para a formulação de um diagnóstico e manejo da doença por parte do profissional de saúde em relação à assistência a saúde na Atenção Primária.

A busca pelo diagnóstico precoce de casos estimulando a captação e exames em sintomáticos respiratórios vem sendo apontada como eixo prioritário para enfrentamento e controle da doença. Alguns estudos destacam que o atraso ao diagnóstico é um dos fatores

responsáveis pela elevada prevalência de TB, pois agrava a propagação da doença, além de comprometer a recuperação e cura dos doentes (HABIBULLAH, 2004; SANTOS, 2005).

As causas do diagnóstico tardio, ou retardo do diagnóstico da tuberculose (TB) estão relacionadas com aspectos socioeconômico, cultural e educacional do doente, tipo de serviço procurado, preparo dos trabalhadores de saúde, organização dos serviços de saúde e sua articulação com outros setores da sociedade. Os serviços públicos de saúde estão, cada vez mais, sendo alvo de discussões no que diz respeito à qualidade do atendimento prestado, acesso e escuta qualificada, solução dos problemas identificados e encaminhamentos resolutivos (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Estes aspectos colocam em evidência a capacidade gerencial dos municípios em ordenar o sistema de serviços de saúde de modo que se estabeleça efetivamente uma oferta organizada, sustentada por sistemas decisórios horizontais. A disponibilidade de serviços de saúde não garante necessariamente seu acesso. O processo de utilização é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Portanto, a pactuação sobre quais ações serão desenvolvidas nos diferentes níveis da rede de atenção a saúde deverá basear-se na formação de consensos e no uso do planejamento como instrumento de previsão e racionalização de recursos e de mobilização dos sujeitos (CAMPOS et.al., 2009).

Tomou-se como um dos objetos de análise desse estudo a comparação entre diferentes estratégias de assistência, considerando a forma como os serviços de saúde organizam suas práticas para o controle da TB, sendo uma, de forma tradicional, organizada pela atenção especializada - Programa de Controle da Tuberculose – PCT - e a outra pelo modelo de atenção básica (AB), que inclui a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde, responder as necessidades da comunidade e promover a equidade em saúde. Ela pode ser entendida como a coordenadora do acesso aos demais níveis de atenção à saúde e pode ser avaliada a partir de três critérios denominados de atributos da APS que são: porta de entrada, coordenação e longitudinalidade (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; GIOVANELLA et. al., 2009). Nesse estudo, privilegiou-se a dimensão porta de entrada da ESF expressão da APS.

Na América latina, na década de 1980 foi preconizado uma concepção seletiva de APS com base em uma cesta mínima de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres. Ultimamente, os países dessa região vêm desenvolvendo políticas de fortalecimento da APS renovando uma abordagem mais abrangente da mesma. O Brasil, nos anos 1990, renovou a concepção de APS com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos princípios doutrinários e organizativos que o regem, com o objetivo de diferenciar-se da concepção seletiva de APS (GIOVANELLA et. al., 2009).

Então, a partir dos anos de 1990, a APS passou a usar o termo Atenção Básica em Saúde (ABS) que é definida como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas situadas no primeiro nível de atenção, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Em 1994, o Saúde Família (SF) foi implantado em áreas de maior risco social como um programa paralelo “limitado, bom para os pobres e pobres como eles”, mas que com o tempo foi provocando importância para o governo e passou a evoluir como estratégia dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS (GIOVANELLA et. al., 2009; BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica expandiu a finalidade da mesma e reafirmou o SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Portanto, de acordo com os preceitos do SUS a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi reconhecida pelo governo brasileiro como proposta para reorganização da Atenção Básica no país na perspectiva da implementação de uma APS mais abrangente (GIOVANELLA et. al., 2009; BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida (BRASIL, 2006) elencou um conjunto de prioridades sanitárias onde dentro delas estava o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias, com ênfase no controle da TB. Dessa forma, aposta-se no fortalecimento das relações entre Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as áreas programáticas para o controle da TB, como mecanismo indutor de integração entre as equipes da rede básica de atenção e as tecnologias disponíveis para diagnóstico e tratamento. No entanto, a expansão e uso destas tecnologias não se restringe às formas de detecção e de tratamento, “*não requer simplesmente uma abordagem clínica, mas sim, uma política que assegure a inserção das ações de controle da TB no sistema de saúde*” (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

É preciso lançar mão de outros recursos que levem em conta a subjetividade, os aspectos culturais, emocionais, crenças e valores do indivíduo. Neste sentido, o desempenho em termos de diagnóstico de casos de TB na comunidade, e nas diferentes unidades de saúde, pode ser

resultante de aspectos relacionados ao paciente e/ou ao sistema de serviço de saúde (JARAMILHO, 1999; SÁNCHEZ, 2007).

Em relação ao doente os aspectos que permeiam o desenvolvimento de ações de detecção de casos de TB estão relacionados com os fatores sociais (contexto social e econômico do doente e família), culturais/antropológicos (percepção do processo saúde doença, questões comportamentais e religiosas) e clínicos (severidade dos sinais e sintomas) (THORSON, 2004; YIMER, 2005; SENGUPTA et al, 2006).

Entre os aspectos relacionados ao sistema de saúde são descritos fatores como: dificuldade de acesso; inadequado acolhimento do doente; baixa prioridade na procura de sintomáticos respiratórios (SR) e de contatos intra-domiciliares; baixo nível de suspeição diagnóstica de TB, correspondendo ao aumento do período entre a primeira visita ao serviço de saúde e o início do tratamento antituberculose (SELIG et al., 2004; CAVALCANTI et al., 2006; JAMAL et al., 2007; SCATENA et al., 2008), que podem ser determinados pela forma de organização dos serviços de saúde e da atenção ao doente de TB (WHO, 1999).

A organização de serviços na atenção a TB requer elementos que facilitem a capacidade das pessoas usarem os SS quando necessitam (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Depende da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições. A garantia de acesso relaciona-se a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de ingresso, alocação de mão-de-obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (HORTALE et al., 2000).

Programas tradicionais de saúde se orientam pela organização da atenção a certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais específicos. Também é definido como ações programáticas de saúde, como proposta construída a partir da redefinição de programas especiais, recompondo as práticas de saúde no nível local, através do trabalho programático. Baseia-se na programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação de necessidades sociais da população que determina os serviços das unidades básicas (TEIXEIRA, 2002). Esse tipo de serviço utiliza saberes e práticas estruturadas e normatizadas segundo a lógica programática com gestão vertical e centralizada, equipes especializadas, uso de protocolos e normas, disponibilidade de apoio diagnóstico no local de atendimento, concentrando suas ações no interior do serviço de saúde.

Considera-se que a Atenção Básica dever ser tomada como balizador na formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde cuja sustentação está alicerçada num conjunto de práticas cuidadoras, resolutivas e qualificadas, a partir das especificidades locais e regionais nas quais são envolvidos aspectos sócio-culturais, políticos e de gestão (SOUSA; HAMANN, 2009).

Em termos de modelos de atenção, a AB estabelece a base territorial como elemento da gerência da unidade, por meio da caracterização da população e os seus problemas de saúde, para viabilizar o processo de programação local e a criação de vínculos de responsabilidade das unidades para com a população adscrita (FERREIRA, 2004). É orientada pelos seguintes princípios: a) adscrição da clientela; b) territorialização; c) diagnóstico da situação de saúde; d) planejamento baseado na realidade local. Esses princípios devem estabelecer novos pactos entre equipes locais e população usuária do sistema mediante o vínculo, segmentação da população por território, análise da situação da saúde e definição de prioridades segundo as especificidades e necessidades da população adstrita.

1.2 Desempenho dos Serviços de Saúde no Controle da Tuberculose: Considerações Iniciais

Na última década, a reformulação das diretrizes e metas do Programa de Controle da Tuberculose (TB) vem colocando a atenção primária como ponto central para melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde. A introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tais como a Estratégia Saúde Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ocasionou mudanças na organização, financiamento e oferta dos serviços, e passaram a configurar-se como eixo de orientação da descentralização das ações de controle da TB (RODRIGUES; ARAÚJO, 2010).

No plano da intenção de descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde, ou seja, para as Equipes de Saúde da Família, observa-se fragilidades na rede de cuidados ao doente de tuberculose, particularmente no que diz respeito à falta de acesso ao diagnóstico da TB. No que tange à compreensão sobre o retardo ao diagnóstico, não há um consenso sobre o que constitui um atraso aceitável no diagnóstico da TB. No estudo realizado em Recife por Santos et.al. (2005) que buscou investigar os fatores

associados ao atraso total no tratamento da TB, foi decidido que 60 dias seria um atraso aceitável para o diagnóstico da TB. Nesse estudo foi encontrado que 62% dos pacientes apresentaram um atraso superior a 60 dias.

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Sreeramareddy et. al. (2009) define o atraso do diagnóstico da TB sob duas perspectivas: a do paciente e a do serviço de saúde, onde o atraso total é definido como sendo o somatório do atraso do paciente e o do serviço. Nesse estudo, foi indicado um atraso para o doente de 2 a 3 semanas, para o sistema de saúde de apenas alguns dias e para o diagnóstico total foi estabelecido o intervalo de 3 a 4 semanas.

Já na opinião de Mesfin et al (2009) e Mfinanga et al (2007), o retardo ao diagnóstico da TB, atribuído ao doente, é definido como sendo o tempo superior a 30 dias desde a identificação dos primeiros sintomas até a procura por um serviço de saúde. Storla, Yimer e Bjune (2008) dizem que um ponto de corte de 30 dias é comumente utilizado para dicotomizar se houve atraso ou não no diagnóstico total da TB, ou seja, diante dos estudos anteriormente citados observa-se que ainda não se definiu exatamente um tempo em dias para determinar o atraso no diagnóstico da TB.

Estudos realizados em municípios do Brasil sobre a avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho da atenção primária a saúde no controle da TB mostram que os municípios agregam especificidades locais (políticas/ organizacionais/ humanas) que os tornam heterogêneos na dinâmica de enfrentamento da doença (MARCOLINO et al, 2009).

Ao estudar as dimensões de acesso e elenco de serviços às ações de diagnóstico e tratamento da TB no contexto das Equipes de Saúde da Família (ESF) em dois municípios da região metropolitana de João Pessoa- PB constatou-se que algumas ações previstas para serem realizadas pelas ESF (coleta de escarro para diagnóstico, Vacinação BCG, Teste Tuberculínico) ainda permanecem centralizadas em outros serviços de saúde, comprometendo a atenção continuada dos usuários na ABS. As equipes não contam com benefícios (cesta básica/ vale-transporte) como incentivo à adesão terapêutica; a visita domiciliar não é adotada como rotina de trabalho; os resultados do exame bacteriológico demoram em média 8 dias para retornar à unidade. O desconhecimento das condições de vida do doente de TB e de sua família por parte da ESF, a rotatividade e falta de capacitação fragilizam o vínculo no processo terapêutico (MARCOLINO, 2009; SILVA, 2009).

Oliveira (2008) ao pesquisar as condições de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose em serviços de saúde do município de Campina Grande – PB verificou que as ações de diagnóstico e tratamento permanecem centralizadas em Ambulatório de Referência (70% dos casos); há falta de incentivos para deslocamento dos doentes até os serviços e deficiência no sistema de referência e contra-referência.

Andrade (2006) ao avaliar o envolvimento dos gestores na sustentabilidade da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment) nos municípios prioritários da Paraíba evidencia que o acesso ao diagnóstico da TB é prejudicado face à centralização laboratorial para realização de exames. Não obstante identifica-se deficiência no sistema de referência e contra-referência laboratorial, o que interfere na capacidade de resposta às necessidades e demandas da população atendida pelas ESF.

Na região sudeste, no município de Itaboraí- RJ, estudo mostra que é preciso melhorar a oferta de serviços de assistência através de apoio às estratégias inovadoras uma vez que a avaliação do acesso a TB foi considerado insatisfatório por 62% dos pacientes em tratamento seguidos pela ESF (MOTTA et al, 2009).

Embora haja uma tentativa de descentralizar as ações ligadas à TB, as pesquisas mostram que um conjunto de barreiras devem ser transpostas para que o desempenho da Atenção Primária torne-se satisfatório para a detecção e tratamento dos casos de TB (WAHYUNI et al, 2007; SCATENA et al, 2008). Conhecer os fatores associados ao retardo do diagnóstico da TB implica em identificar problemas que ajudem no esclarecimento de suas causas, de modo a subsidiar o planejamento das ações de controle da TB para os trabalhadores de saúde e gestores; melhoria e qualificação da atenção ao doente de TB; de modo que no SUS, a ESF possa apresentar resolutividade no que tange às ações de controle da doença, principalmente no que diz respeito à brevidade do diagnóstico.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a utilização dos serviços de saúde na Atenção ao diagnóstico da Tuberculose no município de João Pessoa – PB.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente quando começou apresentar os sinais e sintomas e os serviços de saúde que realizaram o diagnóstico;
- Analisar o tempo decorrido entre a procura do doente pelo serviço de saúde apresentando os sinais e sintomas de tuberculose até o diagnóstico;
- Analisar a associação entre componentes da acessibilidade e o tipo de serviço procurado pelo doente.

Capítulo 2

Referencial Teórico

2.1 A Tuberculose no atual contexto do SUS

A criação do SUS, no Brasil, garantiu em termos legais o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a igualdade da assistência sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a integralidade entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema. Os caminhos percorridos até o momento demonstram relutância em criar o sentido da justiça social em uma sociedade de tamanha diversidade como a brasileira. Portanto, o SUS, combate as iniquidades no acesso às ações e aos serviços de saúde, na perspectiva da prevenção da doença e promoção da saúde (SENNA, 2002; MACHADO et. al., 2007).

Porém, legitimar o SUS é uma atividade complexa, principalmente considerando a realidade atual de transformações e rearticulações sociais, políticas e econômicas. Todavia, considerando a evolução dos modelos de atendimento à saúde no Brasil, observa-se que, no plano legal, a criação do SUS representou um avanço, principalmente pelos seus princípios gerais de organização, ainda que um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revele a imensa contradição entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e o contexto real de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que tem como desafios: a efetivação da política de saúde no Brasil direcionada à reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde; a descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde; a ordenação do sistema por níveis de atenção que estabeleçam fluxos assistenciais entre os serviços regulando o acesso aos mais especializados superando a idéia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços e a integração dos serviços em redes assistenciais integradas garantindo a continuidade do cuidado aos usuários assegurando assim a eficácia e eficiência do sistema (CAMPOS et.al., 2009).

Dentro desse contexto está presente em nosso país a tuberculose (TB) que é uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de saúde pública tornando-se imprescindíveis ações voltadas para o seu controle. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), dois bilhões de pessoas correspondendo a um terço da população mundial está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, agente etiológico da TB. Destes,

oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano (CASTILLO et. al., 2009).

Nas últimas décadas, o controle da TB foi negligenciado pelas políticas públicas e pela sociedade na falsa ilusão de que o problema estaria resolvido e/ou sob controle. Porém, a partir de 1999 a OMS declarou a TB em estado de emergência no mundo e desde então, no Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vem recomendando a implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO), componente da estratégia DOTS, com o objetivo de curar 85% dos doentes, reduzir taxa de abandono, evitar o surgimento de bacilos resistentes e possibilitar um efetivo controle da tuberculose no país (BRASIL, 1999).

Conhecendo os problemas existentes no controle da TB, a OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), apesar das rejeições e críticas técnicas, defendem e estimulam a implantação e a expansão do DOTS caracterizada pela observação e monitoração da administração de medicamentos, incentivando sua sustentabilidade com base em cinco pilares: vontade política, garantia da baciloscopia, aquisição e distribuição regular de medicamentos, tratamento diretamente observado e sistema eficiente de registros de dados, garantindo assim sua operacionalização e compromisso político por parte dos gestores (CASTILLO et. al., 2009; FORMIGA; LIMA, 2009).

O DOTS constitui a estratégia voltada para o planejamento do tratamento do doente e família com tuberculose a ser executada por uma equipe de saúde no domicílio do doente ou no serviço de saúde. A referida estratégia iniciou-se no Brasil em 1998 e tem colaborado de maneira fundamental para a adesão e conclusão do tratamento, contribuindo para mudanças de práticas por parte de profissionais de saúde envolvidos com o controle da doença. Além disso, tem mostrado a sua resolubilidade no que concerne a modificações no comportamento epidemiológico da TB, sobretudo na elevação dos percentuais de cura e queda da taxa de abandono (CARDOZO GONZÁLEZ et al., 2008; FORMIGA; LIMA, 2009).

Formiga e Lima (2009) revelam que no Estado da Paraíba, o DOTS passou a ser implantado a partir de 1999, seguindo um projeto estadual no qual se estabelecia norma técnica para que essa estratégia fosse introduzida e, posteriormente, expandida. Um dos motivos que justificavam sua implantação, à época, era o fato de o regime de tratamento auto-administrado resultar em ineficiência quanto à adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose.

Além da adoção da estratégia do tratamento diretamente observado (TDO), o PNCT brasileiro reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS, dentre as várias estratégias pensadas para estender o programa à rede básica de saúde está a descentralização do acompanhamento dos doentes de tuberculose nos serviços da ABS. Com esse modelo de atenção, o controle da TB direciona as ações de vigilância em saúde melhorando o acompanhamento de casos, buscando aumentar os índices de alta por cura e diminuir os índices de abandono (CASTILLO et. al., 2009).

O controle da TB no Brasil demanda boa qualidade de materiais, apoio de equipe interdisciplinar, novos dispositivos de mudança que permitam o acesso da população aos serviços de saúde que assegurem não somente o diagnóstico, mas também um cuidado organizado e integral ao sujeito que contemple, por exemplo, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e a reinserção da pessoa em suas atividades laborais e sociais (FORMIGA; LIMA, 2009).

Para alcançar êxito no controle da TB, é imprescindível a presença de apoio técnico, pessoal capacitado que tenha a percepção dos cuidados no trato individual e no coletivo, bem como gestores com compromisso político para a redução de indicadores da doença que mostram a prevalente endemicidade da TB. É necessário ainda viabilizar esforços para desconstruir a assistência verticalizada e centralizada que, apesar do avanço da descentralização promovida pelo processo de municipalização, ainda é predominante no controle da TB (FORMIGA; LIMA, 2009).

2.2 A Promoção da Saúde e a Integralidade da Assistência

Um dos grandes vislumbres do SUS era o de promover a construção de um modelo de atenção à saúde que fosse capaz de efetivar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente. Era um desafio, pois, embora apresentasse uma proposta de ação renovada em saúde, profissionais e gestores não haviam sido formados em consonância com o moderno conceito de promoção à saúde que inclui políticas públicas saudáveis e intersetoriais que dêem conta dos determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde e doença (CAMPOS, et. al., 2009; MACHADO et. al., 2007).

A sustentabilidade político-econômica do SUS e sua licitude dependem da promoção de mudança radical do modelo de atenção, pois a qualidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde possibilitarão ao SUS tornar-se patrimônio nacional e ser o local preferencial de atendimento para todos os segmentos sociais. Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a Atenção Primária à Saúde por meio da ESF, mas retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades focalizando as ações no usuário-cidadão como um ser humano integral (ABRASCO, 2006).

Modificar o modelo assistencial exige uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado. É nesse contexto que se evidencia o princípio de integralidade como instrumento crítico da fragmentação nas práticas assistenciais, ora pautadas em visões distintas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Superando esse cenário, busca-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde. Aprofundar a discussão sobre a organização da assistência à saúde é uma valiosa estratégia para refletir sobre novas modelagens assistenciais na integralidade do cuidado a saúde. Parte-se do pressuposto que ações diferenciadas na produção da saúde serão construídas a partir de novas relações entre trabalhadores e usuários, operando com tecnologias voltadas para a produção do cuidado e restabelecimento da saúde, de modo a superar a crise vivida pelo sistema de saúde atual (MACHADO et. al., 2007).

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado com o propósito de mudança do modelo da atenção à saúde que passou a ter as famílias como o núcleo do cuidado em saúde, tendo como base o pensamento sócio-cultural voltado para a promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2009).

Nos últimos anos, diante da necessidade de mudança o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais se mobilizaram no sentido de estabelecer mecanismos capazes de assegurar a concretização das conquistas legais alcançadas pelo SUS, percebendo a necessidade de maior discussão e aprofundamento sobre questões conceituais e metodológicas em planos práticos de ação e nas políticas de saúde, especialmente no que concerne a Atenção

Primária à Saúde. Assim, várias estratégias de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde foram esboçadas; contudo, consistiam em projetos pontuais e com resultados pouco resolutivos (MARSIGLIA, SILVEIRA, CARNEIRO JÚNIOR, 2005).

Então, em 2006, o PSF passou a ser considerado uma estratégia com a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), passando a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família. A ESF, localizada na Atenção Primária à Saúde, traz a proposta de um modo de organização do trabalho voltado para a articulação entre a assistência e as práticas de saúde coletiva sendo evidenciadas a partir das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, sendo um mecanismo importante para a Atenção Básica; porém, muitos são os desafios para que essas ações sejam implementadas de forma a serem integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (SENNÁ, 2002; MACHADO et. al., 2007).

Implementar uma APS mais abrangente e integral exige a construção de sistemas de saúde articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades da população. Dessa forma, a atuação intersetorial é de extrema importância, pois a APS envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento sócio-econômico, significando a necessidade do enfrentamento dos determinantes sociais dos processos de saúde e doença para a promoção da saúde (GIOVANELLA, et. al., 2009).

Para ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde, é necessário promover uma maior articulação entre as redes de serviços de saúde. As Unidades de Saúde da Família (USF), acolhedoras, de qualidade e resolutivas nas suas ações integrais, preventivas e curativas, baseadas nas necessidades e demandas da população, devem articular-se aos demais níveis do sistema local de saúde com garantias de referência e contra-referência. Desse modo, é imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços da ESF estabelecendo esses serviços como porta de entrada para o sistema de saúde (ABRASCO, 2006; MACHADO et. al., 2007).

2.3 A Atenção Primária à Saúde e o Acesso aos Serviços de Saúde

A concepção da Atenção Primária à Saúde ampliada, renovada, segundo o paradigma da determinação social da doença implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função

das necessidades de saúde da população, sendo a ESF configurada na APS a porta de entrada para o sistema de saúde dentro dessa nova lógica de modelo de atenção à saúde (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008).

O nível de atenção primária em saúde tem se revelado um campo fértil no desenvolvimento de novas formas de organização da assistência à saúde, sendo este modelo de atenção considerado uma estratégia de reorientação dos sistemas de saúde, na perspectiva de corresponder aos objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000. Ressalta-se que a APS apresenta uma especificidade tecnológica do trabalho em saúde, pois é nesse espaço onde há possibilidade mais efetiva da promoção da autonomia do cuidado em saúde, visto que essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho médico restrito (CARNEIRO JR.; SILVEIRA, 2003; PAIM, 1999).

A Estratégia Saúde da Família se depara com outros desafios para a definição de políticas públicas, abordando o contexto sócio-ambiental urbano e o cuidado voltado para o núcleo familiar em seu desenvolvimento e processo de adoecimento. A ESF introduziu uma visão centrada na família e na comunidade, a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, contato permanente com o ambiente territorial, constituindo um poderoso instrumento de reorganização da demanda. O ideário dessa estratégia estrutura-se no reconhecimento das necessidades da população e da proteção social pela garantia da universalidade e integralidade da atenção (MARSÍGLIA, SILVEIRA, CARNEIRO JÚNIOR, 2005).

A APS aparece na função de porta de entrada na ESF sendo o local do primeiro contato do usuário com a rede de serviços de saúde que, atualmente, está sofrendo transformações na tentativa de consolidar suas ações, consoante à descentralização que o SUS causou com a sua consolidação a partir da última década dos anos noventa. Deste modo, faz-se necessário uma organização dos serviços de saúde para que os mesmos sejam melhor utilizados pela população e provoque um aumento nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças (MENDONÇA; VASCONCELOS, 2008).

A utilização dos serviços de saúde representa o eixo do funcionamento dos sistemas de saúde apresentando alguns determinantes essenciais para a compreensão do uso desses serviços que resulta da interface entre pessoas e profissionais dentro do sistema. Dentre os principais

determinantes da utilização dos serviços de saúde podemos citar: à necessidade de saúde, os usuários, os prestadores de serviço, à organização e à política. A influência desses fatores em detrimento da utilização irá depender do tipo de serviço e da proposta assistencial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Dentre os componentes estruturais da oferta de atenção podemos destacar o acesso que segundo Donabedian apud Travassos e Martins (2004), diz respeito à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. O conceito de acesso para esse autor vai além do reconhecimento do termo como apenas entrada nos serviços; ele abrange esse conceito para o grau de (des) ajuste entre as necessidades dos pacientes, os serviços e os recursos utilizado. Nessa perspectiva, o acesso reflete utilização dos serviços de saúde expressada nas características da oferta que influencia na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços. A figura 2 retrata a visão do autor supracitado.

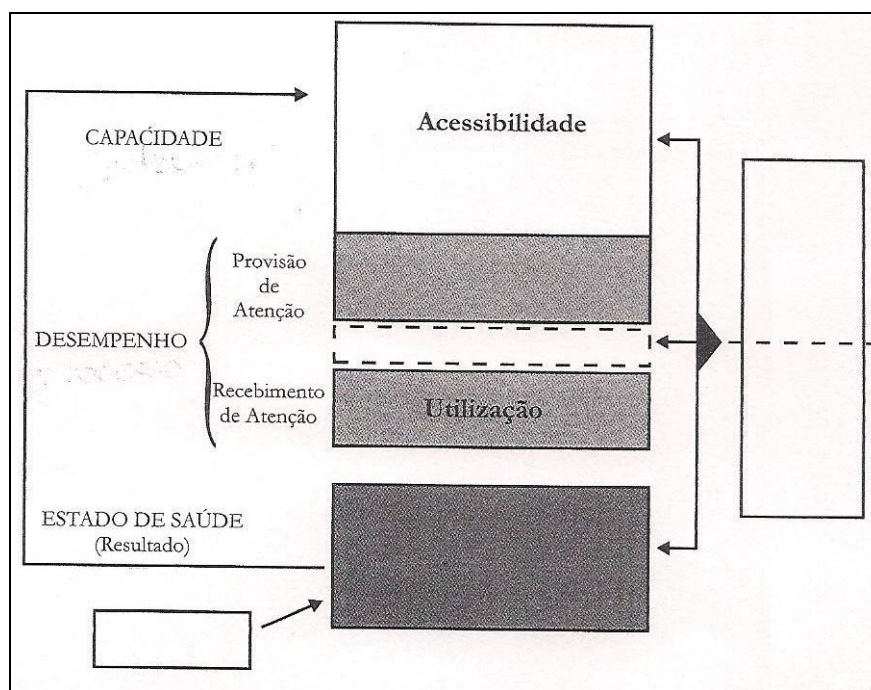


Figura 1: Sistema de serviços de saúde: componentes do primeiro contato.

Fonte: STARFIELD, 2002.

Já em relação à visão de Andersen apud Travassos e Martins (2004) o conceito de acesso está diretamente ligado à organização dos serviços que prioriza a entrada do indivíduo no serviço de saúde e sua continuidade no tratamento, ou seja, o recebimento de atenção subsequente que

também é considerado um componente estrutural da oferta de atenção. No entanto, esse conceito é ampliado e incorpora a etapa de utilização de serviços de saúde.

Portanto, o acesso é um determinante importante para o uso dos serviços e está relacionado tanto com a capacidade do usuário de entrar no sistema quanto com a resolutividade dos cuidados recebidos durante seu percurso dentro da rede. Nessa lógica aparece o desempenho de um sistema de serviços de saúde que envolve ações que constituem a oferta por parte dos profissionais e o recebimento de serviços pela população. Assim, avaliar os aspectos principais da APS envolve a medição de uma característica comportamental e da característica estrutural da qual ela depende (STARFIELD, 2002).

Dentre os atributos da APS está o de constituir-se como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde, que reflete como os usuários interagem com o sistema de atenção à saúde por meio do elemento estrutural acessibilidade e do elemento processual utilização de serviços para avaliação dos fatores inerentes a esses elementos, onde a acessibilidade sócio-organizacional diz respeito a todas as características da oferta de serviços, com exceção dos aspectos geográficos e a utilização de serviços, refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Outro atributo importante da APS é a longitudinalidade que é definida por Giovanella e Mendonça (2008) como sendo o aumento de responsabilidade longitudinal pelo paciente assumido ao longo da vida independentemente da ausência ou da presença de doença com continuidade da relação clínico-paciente. Para que isso aconteça é necessário que a APS se configure como porta de entrada obrigatória, pois para que se estabeleça um vínculo no curso da vida se faz necessário que haja fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.

Perseguida por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil, a qualidade da assistência é uma busca constante da Atenção Primária à Saúde que ganha força a partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários. Nessa perspectiva, parte-se do ideário de que bons processos de trabalho podem levar a obtenção de resultados satisfatórios, incluindo os procedimentos e rotinas relacionados à anamnese, o exame físico, a investigação laboratorial, o diagnóstico e ao tratamento, bem como as demais ações realizadas na unidade, tais como reuniões de grupo, vacinações, curativos, exames preventivos, visitas domiciliares para a detecção de fatores de risco ou aconselhamento (CAMPOS, 2005).

A partir do atendimento prestado ao usuário, pode-se avaliar a resolutividade dos serviços de saúde, segundo o modelo hierarquizado por níveis de atenção. Nessa perspectiva, essa avaliação pode ser realizada de duas formas. A primeira, considerando o próprio serviço de saúde, no que se refere à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, considerando o sistema de saúde de modo global, que se estende desde a porta de entrada do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Considerando a trajetória que o usuário deve percorrer ao longo do sistema de saúde, julga-se necessário prover a acessibilidade para os seus usuários sem distinção. Para o acesso elementos como distribuição geográfica, localização, planta física, tempo de espera, disponibilidade de equipamentos, entre outros constituem facilidades para a utilização do serviço. A tecnologia utilizada deve ser associada a equipes multiprofissionais qualificadas, a uma efetiva organização da assistência, com ênfase no enfoque domiciliar e comunitário, a existência de registros de informação e de um sistema de marcação de consultas. A capacidade de identificar as necessidades de saúde e dar respostas adequadas revela um importante mecanismo de resolutividade (CAMPOS, 2005).

Nesse contexto, a resolutividade abrange aspectos relativos à demanda do serviço, à satisfação da clientela, às tecnologias utilizadas nos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros. (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008)

2.4 A utilização dos Serviços de Saúde e o Retardo no Diagnóstico da TB

Considerando os princípios doutrinários que regem o SUS, julga-se que a integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. De fato, são perceptíveis as mudanças do SUS tanto no eixo da descentralização, quanto no do controle social. Quanto ao acesso universal, atualmente as barreiras de acesso às ações e serviços de saúde ainda privam a clientela dos serviços que necessitam, de modo que ainda temos muito para caminhar no sentido da igualdade do acesso (MATTOS, 2004).

A tuberculose ainda é um grande desafio para saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento onde muitos estudos concluíram que o atraso no diagnóstico da TB é um dos fatores principais para a alta prevalência da doença. Portanto a detecção precoce dos casos, o diagnóstico rápido e o tratamento supervisionado são de extrema importância para o controle da TB (SANTOS et. al., 2005; HABIBULLAH, 2004).

A realidade da expressividade da TB no mundo reside no fato de que muitos casos permanecem sem diagnóstico, isso pode ser devido a uma série de fatores que englobam a demora dos doentes em procurar cuidados em saúde, a severidade da doença, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o fracasso dos mesmos para realizar o diagnóstico em um tempo hábil. A detecção precoce e o tratamento de doentes com TB são considerados como o centro do controle da TB. Contatos com casos que não foram diagnosticados colocam em risco permanente a população e pode ser a causa de casos futuros na comunidade. Identificar e tratar os pacientes com TB é um passo importante para redução do número de doentes (GOLUB et. al., 2006).

O atraso no diagnóstico da TB é uma questão importante para o controle da mesma e pode ser um fator determinante no prognóstico do paciente podendo causar mais complicações e aumento da mortalidade, como também pode significar maior probabilidade de transmissão da TB, tanto na comunidade como em estabelecimentos assistenciais de saúde. Além disso, o atraso no diagnóstico tem sido definido como a duração do tempo a partir da data do início dos sintomas até a instituição do tratamento da TB (DÍEZ et. al., 2005).

A percepção de uma necessidade de saúde pode gerar no indivíduo o desejo de obter cuidado, que poderá vir atrelado à vontade ou não de procurar serviços de saúde para obtenção de atendimento. Tal iniciativa configura uma demanda por serviços de saúde que para ser efetiva depende da existência de recursos para produzir os serviços adequados ao atendimento das necessidades de saúde do indivíduo. Então, o acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço e diz respeito à capacidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A estrutura dos serviços de saúde contempla o gerenciamento e a organização da atenção à saúde. Nesta pesquisa, privilegiar-se-á o acesso na avaliação da estrutura dos serviços, que será utilizada como sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. A acessibilidade é considerada como um dos principais atributos da Atenção Primária à saúde, sendo compreendida como a ausência ou presença de

barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado. Sendo resultado de uma combinação de fatores de distintas dimensões, a acessibilidade pode ser classificada em sociocultural, organizacional, geográfica e econômica (FEKETE, 1997; STARFIELD, 2002).

Portanto, o acesso expressa características de facilitação ou obstrução no uso dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso. O padrão de equidade no acesso varia muito entre países e há maior equidade no acesso em países com seguro público, comparativamente aos países com sistemas estruturados com base em seguros privados (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

A acessibilidade organizacional se origina nos modos de organização dos recursos de atenção à saúde, e no caso da assistência à TB, se expressa por fatores como facilidade na obtenção de consultas médicas de controle, boa comunicação entre o paciente e o serviço, estruturação de suporte social ao doente e flexibilidade dos horários de atendimento, entre outros. Os obstáculos relativos à organização dos serviços podem ser encontrados no contato inicial com o estabelecimento de saúde e ao longo de todo o processo de cuidado (FEKETE, 1997).

Para Starfield (2002), o acesso diz respeito à localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender à população, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto os usuários percebem a conveniência destes aspectos relacionados ao acesso. Dessa forma, o acesso à saúde está intimamente vinculado às condições de vida, onde nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação, são componentes fundamentais, sendo a acessibilidade aos serviços de saúde um dos fatores a considerar, porém extremamente vinculado ao próprio processo saúde-doença.

Então, pode-se entender acessibilidade como sendo o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população. No que diz respeito ao processo de busca e obtenção da atenção, a acessibilidade pode ser vista como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos, a busca e obtenção da atenção e as capacidades correspondentes da população para ultrapassar tais obstáculos (FRENK, 1985). Pode-se ainda

compreendê-la como um dos componentes principais da qualidade da atenção e conceituá-la como a capacidade do indivíduo em obter cuidado de saúde de maneira fácil e conveniente.

Já em relação à acessibilidade geográfica essa dimensão refere-se ao “isolamento espacial”, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para a obtenção do cuidado (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996).

Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006) os fatores capacitantes, do modelo de utilização de Andersen, que se referem aos meios disponíveis para as pessoas obterem o cuidado de saúde de que necessitam, indicam a existência de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde. A renda, por exemplo, é um destes fatores e, quando presente na explicação do padrão de utilização de serviços, indica que a utilização varia segundo os recursos financeiros das pessoas.

Verifica-se que planejadores e dirigentes, por meio das políticas de saúde vêm buscando melhorar o acesso aos serviços. O termo “sistema de prestação” refere-se à forma de organizar a prestação para potencializar a atenção aos consumidores por meio de dois elementos principais: recursos e organização. Entendendo os recursos como a mão de obra e o capital dedicados à atenção da saúde e organização como a maneira dos agentes de saúde e serviços existentes controlarem o processo de oferecer serviços médicos. (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996)

Quando se discute a dimensão organizacional da rede de serviços de saúde, a expressão porta de entrada é freqüentemente utilizada dentro do modelo de rede regionalizada e hierarquizada na atenção básica como sendo a única porta de entrada no sistema de saúde, entretanto, essa definição é muito problemática e imprecisa merecendo ser examinada criticamente. Uma segunda possibilidade para a expressão porta de entrada é a que ela fosse entendida como sendo o primeiro contato na vida do sujeito com o sistema de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Diante disso, os autores supracitados relatam que os profissionais de saúde se vêm como efetiva porta de entrada, ou, ao contrário, restringem sua responsabilidade sobre o cuidado a partir de alguma norma que delimita que a porta de entrada deveria ser outra, então ver-se como porta de entrada significa ver-se como profissional capaz de identificar as necessidades de cuidado apresentadas por um sujeito concreto e propor um fluxo que responda a essas necessidades. Contudo, há a possibilidade de que pessoas se apresentem nos serviços de saúde

em situações que não sejam ideais e será nesta condição que os profissionais de saúde deverão garantir o acesso às ações e serviços de saúde.

O processo da atenção envolve tanto ações que constituem a oferta por parte dos profissionais de saúde do sistema, como o recebimento dos serviços pela população. Além disso, reflete como as pessoas interagem com o sistema de atenção, a interface pessoa/profissional de saúde e como as pessoas decidem sobre o quanto querem participar do processo de atenção, incluindo o reconhecimento de um problema ou necessidade, diagnóstico ou entendimento do problema, a escolha da estratégia para tratamento e reavaliação, o que implica na utilização, aceitação, satisfação, entendimento e concordância. O conjunto de atividades do processo pode ser associado à estrutura disponível por um programa ou política.

Dessa forma o resultado do processo é apreendido como um significado da mudança de percepção do estado atual da saúde do doente que leva a procura pelos serviços de saúde ou não, realização do diagnóstico e início do tratamento. Espera-se que esse estudo contribua para a compreensão das causas de retardo do diagnóstico da TB, além de disponibilizar informações aos serviços de AB para subsidiar o planejamento de ações voltadas para o acesso ao diagnóstico dos doentes de TB.

Capítulo 3

Materiais e Métodos

3.1 Modelo de estudo

A realização dessa pesquisa ocorreu por meio de um inquérito epidemiológico, que segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), é definido como um estudo seccional ou de corte-transversal que utiliza amostras representativas da população por meio de investigações realizadas em um único momento, evidenciando as características e correlações naquele período de uma população referida tendo como base a avaliação individual do estado de saúde de cada participante do estudo.

O inquérito transversal pode ser realizado por entrevistas sendo de grande utilidade para determinar a prevalência de fatores de risco e a frequência dos casos prevalentes de doença para uma população definida. Esse tipo de estudo pode ser utilizado para medir a situação de saúde vigente e planejar alguns serviços de saúde, incluindo o estabelecimento de prioridades para o controle de doenças apresentando grande importância na epidemiologia de doenças infecciosas. (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005)

A pesquisa foi desenvolvida nos serviços de saúde do município de João Pessoa-PB, onde foi utilizada uma abordagem quantitativa cujos dados foram coletados através de fontes primárias (entrevistas com doentes) e secundárias (prontuários).

3.2 Cenário do estudo

Esleveu-se como cenário desta investigação a capital do estado da Paraíba – João Pessoa, por ser o município prioritário da unidade federativa. O município de João Pessoa-PB, com 702.234 habitantes, organiza a atenção à saúde em cinco Distritos Sanitários (Figura 1) com 180 Unidades de Saúde da Família (USF) perfazendo uma cobertura de 84% (IBGE, 2010). A porta de entrada no sistema de serviços de saúde para os casos suspeitos de TB são as Unidades de Saúde da Família e o ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

A Estratégia de Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde que tem a função de prestar assistência contínua à comunidade,

acompanhando de forma integral a saúde de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

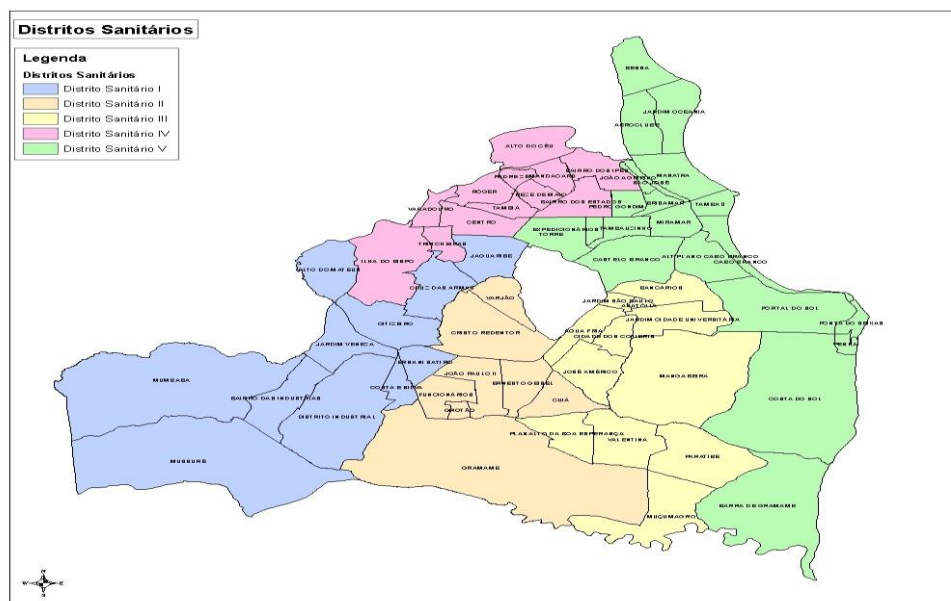


Figura 2: Divisão administrativa da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa-PB.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa-PB.

3.2.1. Capacidade Instalada dos Serviços de Atenção Básica (USF) para Identificação e Investigação dos casos suspeitos de TB:

As USFs, gerenciadas pelo município, contam com insumos necessários para realização da coleta de material de escarro e solicitação de exames complementares para diagnóstico de TB. Entretanto, nem sempre realizam o procedimento de coleta nas dependências da unidade, por não contarem com recursos disponíveis para armazenamento do material coletado (geladeira ou isopor). Nestes casos, orientam o usuário para que proceda a coleta em jejum e entreguem o material no início da manhã. A equipe de saúde entra em contato com o respectivo Distrito, que é responsável por acionar o motoboy que irá conduzir o material até o laboratório. Cabe lembrar que este serviço é oferecido até as 10h00min horas da manhã. Caso o usuário entregue o material após este horário, o armazenamento fica condicionado à capacidade estrutural da unidade. Se não tiver como acondicionar, o material é desprezado e solicitado nova coleta. Para processamento e análise do material existem dois laboratórios municipais credenciados que são o Centro de Referência de Mandacarú e o Centro de Atenção Integral à Saúde de Jaguaribe (CAIS).

A análise do material é realizada em 24 horas. O motoboy fica responsável em pegar estes resultados e entregar a equipe de saúde, este retorno pode demorar de 8-15 dias. Os laboratórios estão orientados a informar, por telefone, às USFs quando o resultado para TB for positivo, agilizando dessa forma o início do tratamento.

Exames complementares, a exemplo do Raio-X de Tórax, são solicitados pelo médico, marcado no próprio serviço de saúde (USF ou DS) e encaminhado o caso suspeito para realização do exame em centros de referências do município ou conveniados. A coleta de material para realização do teste rápido para o HIV concentra-se em três unidades do município: 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidade Integrada de Cruz das Armas e Unidade do Roger. O Teste tuberculínico para avaliação dos contatos permanece centralizado na referência estadual.

3.2.2.Capacidade Instalada do ambulatório especializado (PCT)

O ambulatório especializado (PCT) do Complexo Hospitalar do Clementino Fraga recebe usuários da rede estadual que são encaminhados por clínicas privadas, Hospitais Gerais e por outros serviços dos municípios. O ambulatório do PCT funciona diariamente das 7 às 17 horas e conta com equipe especializada. Na atenção ao primeiro contato, o caso suspeito é avaliado pela equipe, solicitado exames para diagnóstico (baciloscopia, Raio - X de Tórax e sorologia para o HIV), os quais são realizados nas dependências do CHCF. Uma vez confirmado o caso, questiona-se sobre o aparecimento dos mesmos sintomas em algum familiar ou pessoa próxima, sendo orientado a trazer qualquer contato para realizar exames de rotina (PPD e Raio - X de Tórax). A equipe preenche a notificação, dispensa medicação para o prazo de 30 dias, e orienta o usuário a procurar a USF mais próxima de sua residência para dar continuidade ao tratamento.

Os casos coinfectados-TB/HIV, formas clínicas extrapulmonares, TB infantil, intoxicações medicamentosas decorrentes do tratamento, microbactérias atípicas, doentes multidrogas resistentes (MDR) não são referenciados às USFs, sendo mantidos em acompanhamento pela equipe especializada do CHCF. Em situações cuja condição de saúde do doente exige cuidados intensivos, o CHCF dispõe de 32 leitos para tratamento em regime de internação.

3.3 População do estudo

O atual projeto insere-se na pesquisa multicêntrica intitulada “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” aprovado e financiado pelo CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 034/2008, coordenado pela área de estudos operacionais da REDE-TB, onde nesse subprojeto as atividades foram desenvolvidas no município de João Pessoa, estado da Paraíba, com o intuito de avaliar o desempenho dos serviços de saúde na Atenção ao diagnóstico da TB, sob a percepção do doente.

A amostra do estudo foi constituída por pacientes em tratamento de TB residentes em João Pessoa, sendo excluídos os pacientes menores de 18 anos e a população carcerária. O tamanho da amostra foi calculada através do programa *Statistic* (usando os comandos *Several means*, *ANOVA*, *1-Way*). Considerando os parâmetros: probabilidade $\alpha = 0,05$; probabilidade $\beta = 0,20$; variação devido ao erro = 0,2, e prevendo-se uma taxa de não resposta de aproximadamente 20%, calculou-se 70 doentes (HILL; LEWICKI, 2006). Na perspectiva de utilizar métodos de análise de dados não inferenciais multivariados que empregam um número mínimo de 50 observações (informantes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100 (HAIR et al., 2005), optou-se por um acréscimo de 31 doentes, culminado em $N=101$. Foram necessários quatro meses (julho a outubro de 2009) para que este valor mínimo fosse alcançado.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de fontes primárias (entrevistas com doentes) e secundárias (prontuários) utilizando-se um questionário (Anexo A) adaptado e validado por Villa e Ruffino Netto (2009) contendo indicadores de avaliação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária a Saúde, dividido em seis seções: A- informações sócio-demográficas; B- porta de entrada; C- acesso ao diagnóstico; D- elenco de serviços para o diagnóstico; E- tratamento; F- diagnóstico na família e comunidade, onde para a realização dessa pesquisa foram elencados alguns indicadores e variáveis das seções porta de entrada, acesso ao diagnóstico e elenco de serviços para o diagnóstico.

Os entrevistados responderam cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala *Likert*, sendo que valor zero foi atribuído para resposta não sei ou não se

aplica e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

3.5 Variáveis e Indicadores estudados

No quadro abaixo, estão descritas as variáveis e indicadores selecionados para a análise dos dados:

Objetivo	Variáveis/ Indicadores	Fonte de coleta
Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente	<i>“Qual foi o primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a perceber que estava doente?”</i>	Entrevista
Serviços de saúde que realizaram o diagnóstico;	<i>“Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr (a) estava doente de TB?”</i>	Entrevista/ Fontes secundárias
Tempo de diagnóstico	<i>“Depois que o(a) Sr(a) foi ao serviço de saúde (postinho, PA...) pela primeira vez, quantos dias levou para descobrir que tinha TB?”.</i>	Entrevista
Aspectos organizacionais que possam interferir no tempo do diagnóstico da tuberculose.	Tempo de demora na obtenção de consulta no primeiro serviço de saúde procurado; Diagnóstico no primeiro serviço procurado; Hipótese diagnóstica realizada pelo primeiro serviço de saúde procurado; Proximidade em relação ao domicílio do doente; Conseguiu consulta no mesmo dia; Exames solicitados no primeiro serviço de saúde procurado (exame de escarro e Raio - X); Necessidade de encaminhamento para outro	Entrevista

	serviço de saúde para o diagnóstico da TB; Número de vezes que o doente precisou ir aos serviços de saúde para ser diagnosticado; Exames realizados no próprio serviço de saúde que diagnosticou a TB; Horário de funcionamento dos serviços de saúde que diagnosticou a TB; Recebimento de orientações para realização dos exames; Frequência com que faltaram materiais para a realização dos exames no serviço que diagnosticou a TB; Serviço de saúde que informou sobre os resultados dos exames.	
--	--	--

3.6. Trabalho de Campo

Primeiramente, foi feito o contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o recebimento da autorização da pesquisa no município. Porém, houve demora na liberação do ofício, dificultando o início das atividades. Após a formalização da autorização, foi realizada a visita aos responsáveis pelo apoio técnico dos cinco Distritos Sanitários para redirecionar o encaminhamento da pesquisa nas USFs.

Ainda com o auxílio da SMS, foram identificados e disponibilizados os nomes dos pacientes em tratamento nas USFs para posterior abordagem. Com posse da lista, destacamos todos os doentes que obedeciam aos critérios da amostra e por meio de ligações telefônicas agendamos as entrevistas de acordo com a disponibilidade dos profissionais do serviço responsáveis por intermediar o nosso contato com o doente de TB.

A aplicação do questionário foi realizada de acordo com a conveniência do doente que comunicava ao ACS o horário e o local que poderia realizar a entrevista. Quando realizada na própria unidade de saúde, a entrevista foi feita em local que proporcionasse privacidade ao

entrevistado. Por fim, foi aplicado o *check list* com o profissional de saúde responsável pelo serviço (médico ou enfermeiro) com o objetivo de identificar os insumos disponíveis para o apoio diagnóstico da TB nos serviços de saúde da Atenção Básica onde os doentes em estudo estavam em tratamento.

Facilidades encontradas na coleta de dados:

- O doente estar em tratamento;
- Colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para realização das visitas;
- Disponibilidade e disposição do doente em responder o questionário;
- Bom relacionamento e cooperação da equipe do ambulatório do PCT no CHCF;

Dificuldades encontradas na coleta de dados:

- Levantamento do número de doentes de TB pela Secretaria Municipal de Saúde devido à enorme burocracia encontrada para identificar e disponibilizar os nomes dos pacientes em tratamento nas USF para posterior abordagem sendo necessário aguardar a atualização dos dados de notificação, atrasando assim o início da pesquisa;
- Agendamentos para as entrevistas, em virtude da exigência em seguir uma hierarquia dentro da USF até chegar aos ACSs que eram de fundamental importância para nos levar até o doente;
- Os doentes não compareciam à unidade para entrevista pré-agendada demandando assim um novo agendamento;
- Incompatibilidade dos dados fornecidos pela SMS com os das USFs, haja visto que alguns casos tinham recebido alta por cura, além das transferências, dados incompletos, erros de diagnósticos e parte da amostra envolver presidiários;
- O fato das entrevistas serem realizadas no domicílio com difícil acesso devido à distância e em locais considerados perigosos pela violência, assaltos e roubos e envolvimento dos doentes com o tráfico e uso de drogas;
- Recusa do doente em participar da pesquisa, devido ao estigma.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e transferidos para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistica* 9.0 da *Statsoft*. As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades, comparadas entre diferentes unidades de saúde e analisadas em tabelas de frequências com aplicação do teste qui-quadrado de Pearson para avaliar proporções.

3.8 Aspectos Éticos

Atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi enviado ao comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sendo aprovado em 17 de dezembro de 2008, sob o nº 0589 (Anexo C). Para o desenvolvimento dessa pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelo entrevistado, em duas vias, sendo que uma cópia ficou com o mesmo e a outra com o entrevistador (Anexo B). Quando analfabeto, o entrevistador leu a carta para ele e, uma vez manifestada explicitamente sua concordância com os termos do consentimento, seu dedo foi carimbado, assegurando sua livre vontade de participar da pesquisa.

Capítulo 4

Resultados

4.2 Perfil Sócio Demográfico e Clínico dos doentes de tuberculose

Neste estudo foram entrevistados no período de junho a novembro de 2009, cento e um (101) doentes de Tuberculose (TB) em tratamento, maiores de 18 anos, residentes no município de João Pessoa- PB. A idade média encontrada para esses doentes foi de 41,2 anos e o sexo masculino foi predominante (72,3%). Em relação à raça/cor sobressaiu o pardo com 55,4% seguido de branco - 21,8%; negro - 18,8%, amarelo e indígena apresentando os mesmos níveis percentuais de 2%.

Em relação ao estado civil, 49,5% dos entrevistados encontravam-se casados/união estável, por sua vez os solteiros, separados/divorciados e viúvos corresponderam a 44,5%, 4% e 2%, respectivamente. O valor mediano para renda mensal familiar do doente de TB foi de R\$ 465,00, sendo 4,4 o número médio de pessoas dependentes dessa renda.

Quanto às variáveis clínicas pesquisadas observou-se que 93% dos casos apresentavam forma clínica pulmonar, 6% extrapulmonar e 1% as duas formas. Em relação ao tipo de caso, 80,2% foram diagnosticados como “casos novos”, 17,8% em retratamento (tratamento após abandono) e 2,0% recidiva.

4.2 Tipos de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB no início dos sinais e sintomas e condutas adotadas no primeiro contato

O primeiro serviço de saúde mais procurado pelo doente quando começou a sentir os sinais e sintomas da doença foram as Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (46,5%) seguido da categoria Outros - Hospitais Gerais/particulares - (36,7%) e ambulatório especializado de atenção à TB (16,8%). Do total de pacientes que acessou os serviços da ESF, 100% o consideram próximo em relação ao domicílio. Quanto aos usuários que procuraram o PCT, 94,1% o consideram distante de seu domicílio e 89,1% dos doentes que procuraram os serviços especializados da categoria “Outros” também os avaliam como distantes do seu domicílio. A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e proximidade do mesmo em relação ao domicílio do doente apresentou significância estatística ($p < 0,05$).

A suspeita de TB atribuída aos sinais e sintomas alcançou percentuais elevados - 82,3% no ambulatório especializado (PCT), assim como a solicitação do exame bacteriológico requisitado para 100% dos casos, mostrando maior especificidade deste serviço. A categoria

outros (Hospitais Gerais, Públicos e Privados, consultórios) foi que menos solicitou o exame de escarro, priorizando a avaliação radiológica. A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e a solicitação de raio- X apresentou significância estatística ($p = 0,019$).

Em relação aos encaminhamentos para outro serviço em busca de consulta médica, realização de exame de escarro e raio-X verificou-se que o PCT foi o que menos solicitou encaminhamentos, já a ESF apresentou 74,4% de encaminhamentos para consulta médica em outro serviço, 55,3% para exame de escarro e 78,7% para raio-X. Os demais serviços especializados da categoria “Outros” apresentou mais encaminhamentos para consulta médica 67,6%, e em relação ao exame de escarro e o raio-X houve encaminhamentos, porém com valores inferiores a 50% da amostra. Encontrou-se evidência de associação estatística entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e as variáveis de encaminhamento para outro serviço em busca de consulta médica, realização de exame de escarro e raio-X, com $p < 0,05$.

Dos 47 usuários que acessaram a ESF, 17 (36,2%) fizeram diagnóstico neste serviço, 23 (48,9%) foram diagnosticados no ambulatório do PCT e 7 (14,9%) na categoria outros. Verificou-se que dos 37 doentes que procuraram Hospitais Gerais, Públicos e Privados, consultórios e policlínicas como primeira escolha para investigar os sintomas percebidos, 15 (40,6%) obtiveram o diagnóstico realizado no PCT, mostrando, nestes casos, que os usuários transitaram apenas entre serviços de maior densidade tecnológica. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e a realização do diagnóstico pelo mesmo serviço de saúde, onde os doentes que procuraram o ambulatório especializado (PCT) foram 100% diagnosticados neste serviço (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente com a distância do serviço em relação à proximidade do domicílio do doente, suspeita e condutas dos profissionais do serviço de saúde diante da queixa. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente			P
	ESF n (%)	PCT n (%)	Outros n (%)	
Proximidade em relação ao domicílio do doente				
Sim	47 (100,0%)	1 (5,9%)	4 (10,9%)	< 10 ⁻⁴
Não	0 (0,0%)	16 (94,1%)	33 (89,1%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	

Suspeita do profissional				
Tuberculose	25 (53,1%)	14 (82,3%)	16 (43,2%)	0,0267
Não tuberculose	22 (46,9%)	3 (17,7%)	21 (56,8%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Solicitação de exame de escarro				
Sim	26 (55,3%)	17 (100,0%)	14 (37,9%)	0,0001
Não	21 (44,7%)	0 (0,0%)	23 (62,1%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Solicitação de Raio X				
Sim	27 (57,4%)	16 (94,1%)	26 (70,2%)	0,0196
Não	20 (42,6%)	1 (5,9%)	11 (29,8%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Encaminhamento a outro serviço para consulta médica				
Sim	35 (74,4%)	2 (11,8%)	25 (67,6%)	< 10 ⁻⁴
Não	12 (25,6%)	15 (88,2%)	12 (32,4%)	
Total	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Encaminhamento a outro serviço para fazer exame escarro				
Sim	23 (55,3%)	0 (0,0%)	15 (40,5%)	0,0003
Não	21 (44,7%)	17 (100,0%)	22 (59,5%)	
Total	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Encaminhamento a outro serviço para fazer o raio-X				
Sim	37 (78,7%)	1 (5,9%)	18 (48,7%)	< 10 ⁻⁴
Não	10 (21,3%)	16 (94,1%)	19 (51,3%)	
Total	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Diagnóstico no primeiro serviço procurado				
Sim	17 (36,1%)	17 (100,0%)	22 (59,4%)	< 10 ⁻⁴
Não	30 (63,9%)	0 (0,0%)	15 (40,6%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Local do Diagnóstico				
ABS	17 (36,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	< 10 ⁻⁴
PCT	23 (48,9%)	17 (100,0%)	15 (40,6%)	
Outros	7 (14,9%)	0 (0,0%)	22 (59,4%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	

ESF - Serviços de Atenção Básica USF/UBS/PSF/PACS; PCT - Referência Ambulatorial especializada para TB;
Outros - Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a demora para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde procurado (Figura 4), verifica-se uma mediana igual a zero dias, primeiro quartil igual a 0 e terceiro quartil 1 dia, apresentando valores extremos acima de 40 dias para obtenção do primeiro atendimento no serviço de saúde.

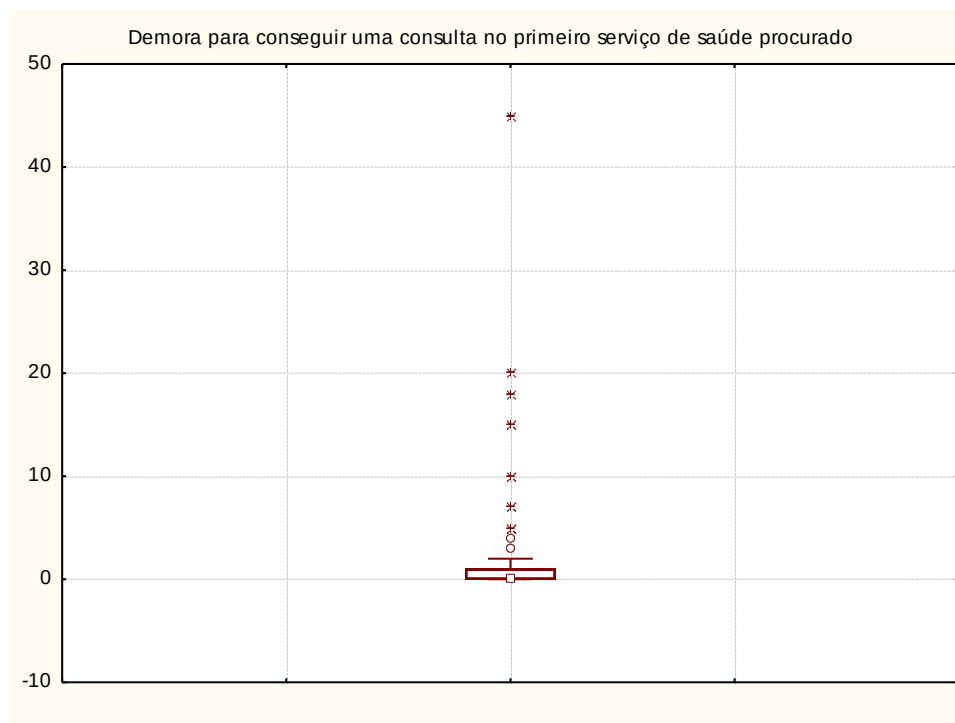


Figura 3 - Box Plot da distribuição da mediana segundo a variável tempo em dias que demorou para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde quando começou a se sentir doente – João Pessoa-PB-2009.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto ao número de vezes que precisou comparecer ao serviço de saúde para realização do diagnóstico (Figura 5), observa-se valor de mediana igual a 3, oscilando entre 2 vezes (primeiro quartil) e 4 vezes (terceiro quartil), sendo observados valores extremos acima de 20 vezes.

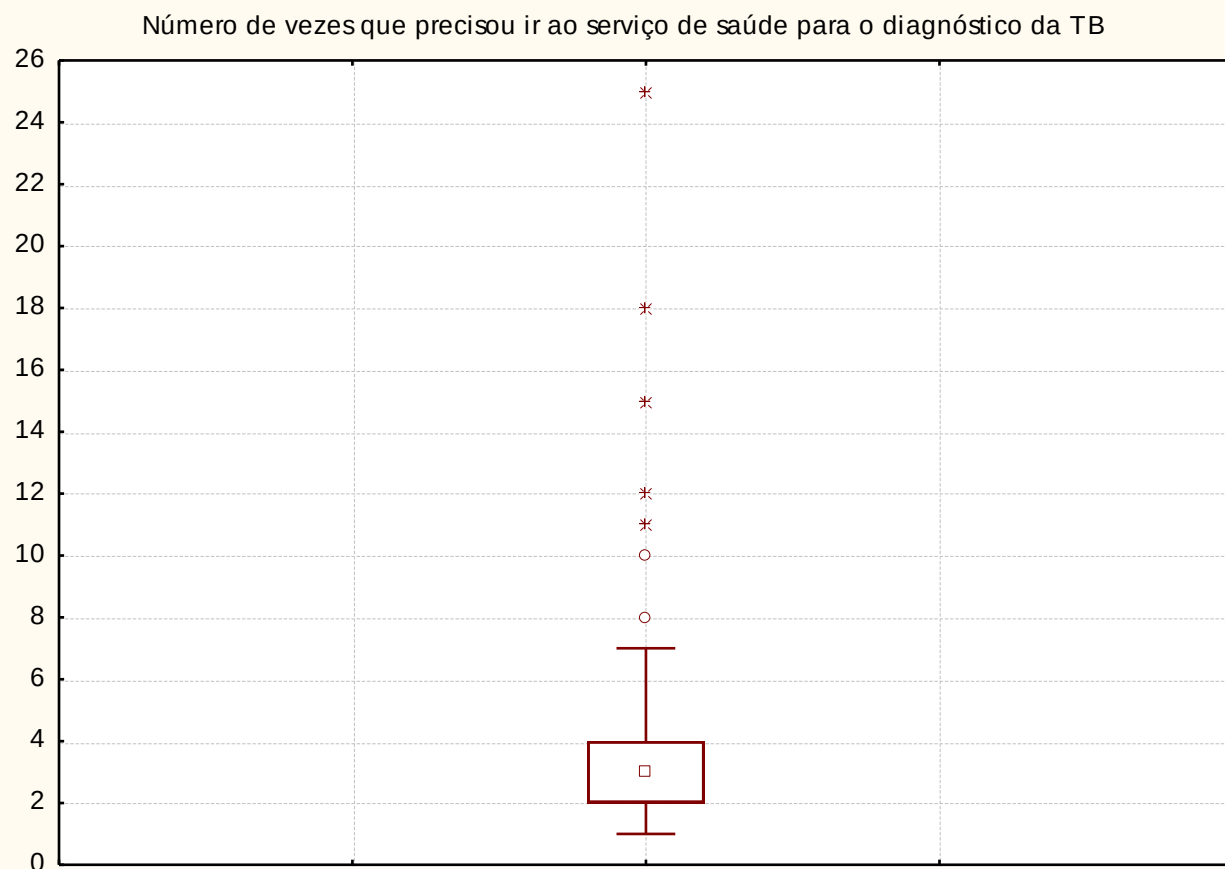


Figura 4- Box Plot da distribuição da mediana segundo o número de vezes que precisou comparecer ao serviço de saúde para descobrir que tinha TB – João Pessoa-PB-2009.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação ao intervalo de tempo em que o doente demorou a receber o diagnóstico de TB, foi construída uma tabela de distribuição de frequência do tempo em dias para obtenção do diagnóstico (Tabela 2) tomando como base alguns estudos da literatura nacional e internacional.

O diagnóstico precoce da tuberculose é essencial para se obter um eficiente Programa de Controle da Tuberculose. No entanto, o atraso no diagnóstico pode resultar em formas mais severas da doença, maiores índices de mortalidade e elevado período de infecção na comunidade. Os estudos de Storla Yimer e Bjune (2008) e Yimer, Bjune e Alene (2005) utilizaram como ponte de corte para dicotomizar a amostra em relação ao atraso no diagnóstico da TB o intervalo de tempo superior a 30 dias.

O estudo de Sreeramareddy et. al. (2009) considera para o atraso no diagnóstico total o intervalo de tempo de 3 a 4 semanas. Já Santos et. al. (2005), traz em seu estudo os valores de 30

ou 60 dias como intervalo de tempo aceitável para o atraso no diagnóstico da TB, mas decide utilizar 60 dias como parâmetro para sua pesquisa.

Contudo, no nosso estudo, com relação ao tempo para o diagnóstico da TB foi encontrado que dos 101 (100%) doentes participantes da pesquisa, 84 (83,2%) foram diagnosticados no intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias e 17 (16,8%) apresentaram intervalo de tempo superior a 30 dias.

Tabela 2- Distribuição de frequência do tempo em dias que demorou a receber o diagnóstico de TB. João Pessoa, 2009 (n=101).

TEMPO	ATRASSO	
	SIM	NÃO
≤ 21 dias	31 (30,7%)	70 (69,3%)
≤ 28 dias	30 (29,7%)	71 (70,3%)
≤ 30 dias	17 (16,8%)	84 (83,2%)

Fonte: Dados da Pesquisa.

4.3 Desempenho dos Serviços de Saúde que realizaram o diagnóstico da TB

Do total de casos diagnosticados no período estudado (N=101), 17 (16,8%) foram diagnosticados na ESF, 29 (28,8%) nos Hospitais Gerais/policlinicas e consultórios particulares e a grande maioria 55 (54,4%) foram diagnosticados no PCT. Apesar dos serviços de saúde da ESF terem sido os mais procurados (46,5% dos casos), a Estratégia de Saúde da Família ainda não se caracteriza como porta de entrada ao diagnóstico da TB. O acesso direto aos serviços especializados, hospitais gerais/policlinicas ainda é uma prática presente no município.

De maneira geral, os serviços que diagnosticaram a TB ofereceram atendimento no período de até 24 horas, sendo que o PCT apesar de ser o mais distante garantiu o acesso ao diagnóstico da TB e apresentou melhor desempenho (96,3%) por ser o serviço de referência para o controle da TB no município. Encontrou-se evidência de associação entre o serviço que diagnosticou a TB e a variável consulta no prazo de 24h com $p < 0,05$.

Quanto aos serviços de saúde ficarem abertos nos fins de semana e no horário superior às 18:00h a ESF apresentou 94,1% e 82,3% respectivamente o que caracteriza uma assistência limitada no que diz respeito ao acesso do usuário a esse serviço, o PCT apresentou 100% de disponibilidade de acesso nos fins de semana e no horário acima das 18:00h, vale ressaltar que no município de João Pessoa o ambulatório de referência só fica aberto até as 18:00h, mas o hospital Clementino Fraga funciona 24h todos os dias da semana. Os Hospitais

gerais/policlínicas e consultórios particulares em sua grande maioria abrem nos fins de semana e em horários superiores a 18:00h. Essas variáveis apresentaram significância estatística com $p < 0,05$.

A realização dos exames pedidos no próprio serviço que diagnosticou a TB teve associação significativa ($p < 10^{-4}$) e revelou que o PCT foi o serviço de maior eficiência com 81,9% dos exames realizados, seguido da categoria outros com 51,8%. A Estratégia de Saúde da Família apresentou apenas 29,4% dos exames realizados no próprio serviço ratificando assim o seu nível primário de prevenção à saúde, além de corroborar com os dados de encaminhamento a outro serviço para realização de exame de escarro e raio-X que foram de 55,3% e 78,7% respectivamente (Tabela 1).

Tabela 3 – Associação do serviço que realizou diagnóstico com distância do serviço em relação à proximidade do domicílio do doente, tempo gasto para conseguir consulta, horário de funcionamento do serviço e realização dos exames no próprio serviço. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis	Serviço que Diagnosticou TB			P
	ESF n (%)	PCT n (%)	Outros n (%)	
Conseguiu consulta no mesmo dia				
Sim	12 (70,6%)	53 (96,3%)	23 (79,3%)	0,0044
Não	5 (29,4%)	2 (3,7%)	6 (20,7%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Os serviços ficam abertos nos fins de semana				
Não	16 (94,1%)	0 (0,0%)	8 (27,6%)	< 10^{-4}
Sim	1 (5,9%)	55 (100,0%)	21 (72,4%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Os serviços ficam abertos depois das 18:00 horas				
Não	14 (82,3%)	0 (0,0%)	5 (17,2%)	< 10^{-4}
Sim	3 (17,7%)	55 (100,0%)	24 (82,8%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Os exames pedidos foram realizados no próprio serviço				
Sim	5 (29,4%)	45 (81,9%)	15 (51,8%)	0,0001
Não	12 (70,6%)	10 (18,1%)	14 (48,2%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	

ESF - Serviços de Atenção Básica USF/UBS/PSF/PACS; PCT - Referência Ambulatorial especializada para TB; Outros - Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

Fonte: Dados da pesquisa.

A orientação quanto à realização dos exames parece ser uma prática comum entre os serviços de saúde e em geral os insumos para a coleta do material vêm sendo disponibilizados pelos serviços. Contudo, não houve associação estatística entre o serviço que diagnosticou a TB e as variáveis orientação para realização dos exames e falta de material para realização dos exames diagnósticos.

Para a frequência com que o usuário recebeu os resultados dos exames solicitados no mesmo serviço que diagnosticou a TB o PCT apresentou 90,9% de resposta positiva enquanto a ESF e os hospitais gerais/policlínicas e consultórios particulares apresentaram 58,9% e 69,0% respectivamente. Foi observado para essa variável uma associação estatística significativa ($p = 0,012$) mostrando assim a efetividade do PCT na assistência aos doentes de TB. Já no que diz respeito à frequência de recebimento dos resultados dos exames solicitados pelo serviço que diagnosticou a TB em outro serviço de saúde não houve evidência estatística e o PCT foi o serviço que menos solicitou a realização de exames em outro serviço de saúde, onde 83,6% dos doentes responderam que nunca receberam os resultados dos exames em outro serviço de saúde.

Tabela 4 – Associação do serviço que realizou diagnóstico com disponibilidade de insumos, condutas dos profissionais do serviço de saúde diante da queixa e condutas do doente diante dos exames solicitados. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis	Serviço que Diagnosticou TB			P
	ESF n (%)	PCT n (%)	Outros n (%)	
Orientação quanto à realização dos exames				
Sim	14 (82,3%)	50 (90,9%)	27 (93,1%)	0,1348
Não	3 (17,7%)	5 (9,1%)	2 (6,9%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Falta de material para a realização dos exames diagnósticos				
Sim	2 (11,8%)	1 (1,9%)	4 (13,8%)	0,2082
Não	15 (88,2%)	54 (98,1%)	25 (86,2%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Frequência com que recebeu os resultados dos exames no mesmo serviço que solicitou				
Nunca	3 (17,6%)	4 (7,2%)	3 (10,3%)	0,0120
Às vezes	4 (23,5%)	1 (1,9%)	6 (20,7%)	
Sempre	10 (58,9%)	50 (90,9%)	20 (69,0%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	

Frequência com que recebeu os resultados dos exames em outro serviço de saúde

Nunca	10 (58,9%)	46 (83,6%)	18 (62,1%)	0,0577
Às vezes	4 (23,5%)	2 (3,6%)	6 (20,7%)	
Sempre	3 (17,6%)	7 (12,8%)	5 (17,2%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	

ESF - Serviços de Atenção Básica USF/UBS/PSF/PACS; PCT - Referência Ambulatorial especializada para TB;

Outros - Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

Fonte: Dados da pesquisa.

Capítulo 5

Discussão

Inicialmente discutiremos os resultados relacionados com o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB ao início dos sinais e sintomas e as condutas adotadas no primeiro contato, em seguida discorreremos pela temática atraso no diagnóstico da TB correlacionando com a demora para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde procurado, o número de vezes que precisou comparecer ao serviço de saúde para realização do diagnóstico e o tempo em dias do atraso no diagnóstico da TB. Por último, abordaremos as variáveis que dizem respeito ao desempenho dos serviços de saúde que diagnosticaram a tuberculose.

Com relação ao primeiro serviço de saúde mais procurado pelo doente, após o começo dos sinais e sintomas da doença a ESF apareceu em primeiro lugar com 46,5%, seguido da categoria outros 36,7% e por fim do PCT com apenas 16,8%. Esses dados mostram que a ESF vem se consolidando como porta de entrada para o usuário estabelecer o primeiro contato com o sistema de saúde corroborando com a proposta do Pacto pela Vida de tornar a Estratégia de Saúde da Família o primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário para dar entrada na rede de atenção à saúde.

Em concordância com os dados da nossa pesquisa, um estudo realizado por Turrini, Lebrão e Cesar (2008), acerca da resolutividade e da capacidade dos serviços de saúde em atender a demanda segundo os usuários de alguns municípios de São Paulo, revelou que o serviço de atenção primária à saúde foi a principal porta de entrada no sistema com 35,7%, seguido pelos hospitais 25,4% e clínicas e ambulatorios 24,3%.

Já em Campina Grande, uma pesquisa realizada por Oliveira (2008) apontou que parte dos doentes não adotou a unidade básica de saúde da família como porta de entrada do sistema de saúde revelando um elevado número de doentes que procuraram constantemente o ambulatório de referência sem terem passado por um primeiro contato nas unidades de saúde.

Contudo, essa realidade reflete a importância das ações de descentralização da assistência e do controle da TB consequente à criação do SUS na tentativa de consolidar a Estratégia de Saúde da Família como sendo a porta de entrada e o local do primeiro contato do usuário com a rede de serviços de saúde. Deste modo, faz-se necessário uma melhor organização dos serviços de saúde para que os mesmos sejam qualitativamente utilizados pela população e provoque além do acesso aos serviços de saúde a garantia do diagnóstico precoce, tratamento das doenças e aumento das ações de prevenção e promoção da saúde (MENDONÇA; VASCONCELOS, 2008).

Considerando o número total de doentes que teve acesso aos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família, 100% o consideraram próximo do seu domicílio enquanto os que acessaram o PCT (94,1%) e hospitais gerais/policlínicas e consultórios particulares (89,1%) os avaliaram como distantes do domicílio. Houve significância estatística entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e a proximidade do mesmo em relação ao domicílio com $p < 0,05$, ou seja, a distância dos serviços de saúde em relação ao domicílio do doente foi um fator importante na hora da escolha do primeiro serviço a ser procurado quando começou a sentir-se doente.

Essa avaliação dos doentes da ESF em 100% no que concerne a proximidade do serviço em relação ao seu domicílio reafirma na prática que a organização da atenção à saúde no município de João Pessoa está configurada de forma horizontalizada com 180 Unidades de Saúde da Família, perfazendo uma cobertura de 84%, onde os serviços de saúde estão organizados em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida garantindo a existência de uma fonte regular de atenção para a utilização desse serviço ao longo do tempo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em um estudo realizado por Almeida, Fausto e Giovanella (2011), em quatro capitais do Brasil (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), observou-se a necessidade da utilização de medidas para fortalecer a APS, a fim de capacitá-la a uma efetiva coordenação dos cuidados no setor saúde. Dentre as principais ações identificadas para potencializar os serviços da APS destacaram-se a acessibilidade, a consolidação da função de porta de entrada, o aumento da sua capacidade resolutiva, bem como a articulação das ações de saúde pública, vigilância e assistência.

Verificou-se que era necessária a expansão da ESF para aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, bem como para organizar a porta de entrada do sistema de saúde pública no Brasil, uma vez que a ESF age como eficiente coordenadora do percurso terapêutico do usuário ao interior do sistema de saúde. Destacou-se a acessibilidade como um dos fatores que define o uso regular do serviço de saúde, isto é, a facilidade de acesso e proximidade geográfica das USFs, confirmada pela estatística de que a maioria dos pacientes afirmou ter chegado a essas unidades a pé, motivo pelo qual é indispensável o aumento da oferta da APS com a diminuição das barreiras de acesso (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Para Starfield (2002), o acesso diz respeito à localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender à população, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto os usuários percebem a conveniência destes aspectos relacionados ao acesso. Portanto, o acesso é um determinante importante para o uso dos serviços e está relacionado tanto com a capacidade do usuário de entrar no sistema quanto com a resolutividade dos cuidados recebidos durante seu percurso dentro da rede.

No que diz respeito a suspeita de TB por parte dos profissionais de saúde dos serviços pesquisados com relação aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, o PCT foi quem alcançou maior percentual de suspeita do diagnóstico da TB perfazendo um total de 82,3% assim como a solicitação do exame de escarro em 100% e do exame de raio-X em 94,1%. Esses resultados demonstram o olhar qualificado dos profissionais, a alta capacidade tecnológica e resolutiva do ambulatório de referência para o controle da TB.

Storla, Yimer e Bjune (2008) trazem no seu estudo que para se obter um diagnóstico preciso de TB é necessário a presença de profissionais de saúde capacitados e de meios disponíveis de diagnóstico no serviço. Habibullah et. al. (2004) complementam os autores anteriormente citados, dizendo que os médicos devem ser familiarizados com os vários tipos de manifestações da tuberculose e que não devem hesitar em suspeitar da doença em pacientes com sintomas respiratórios realizando uma investigação por meio da solicitação de exames de escarro e raio-X. Portanto, o maior percentual de suspeita de TB pelo PCT também pode ser justificado pela presença de profissionais treinados e pelos altos percentuais de solicitação de exame de escarro (100%) e de raio-X (94,1%).

Entretanto, a resolutividade dos serviços de saúde na rede de atenção deve ser avaliada a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário desde a consulta inicial do mesmo na unidade de saúde da família da atenção primária até a solução do seu problema em outros níveis de atenção à saúde. Alguns aspectos importantes para avaliar a resolutividade são relativos à demanda, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência pré-estabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades da população, entre outros. (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008)

Portanto, os serviços da ESF em relação a suspeita da TB não se mostraram resolutivos uma vez que, dos 47 doentes que procuraram as unidades de saúde, apenas 25 (53,1%) tiveram suspeita de TB, ocorrendo também baixos índices de solicitação de exame de escarro 26 (55,3%)

e raio-X 27 (57,4%) por meio dos profissionais de saúde que trabalham nesses serviços, indicando assim, que a capacidade resolutiva da ESF comparada com a do PCT ainda é deficitária no campo do reconhecimento das necessidades da população e da oferta de meios diagnósticos.

A categoria “Outros” (Hospitais Gerais/Públicos , Privados e consultórios particulares) foi a que menos solicitou o exame de escarro, priorizando a avaliação radiológica. A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e a solicitação de raio-X apresentou significância estatística ($p = 0,019$), o que implica dizer que a escolha por parte do doente em procurar por esse serviço de saúde está vinculada a solicitação do exame de raio-X por parte do profissional de saúde que ali trabalha.

A capacidade do sistema de serviços de saúde consiste nas características que possibilitam a oferta de atenção, ou seja, nos recursos necessários para oferecer serviços e torná-los passíveis de ser utilizados. A habilidade dos profissionais em identificar necessidades de saúde e realizar a intervenção mais apropriada deve ser considerada aos que utilizam o serviço. Na APS muitos dos problemas são apresentados pelos pacientes de forma precoce e se caracterizam por condições agudas e auto-limitadas, dessa maneira o estabelecimento do diagnóstico nem sempre é possível tornando-se o motivo pelo qual os doentes não conseguem solucionar o seu problema e acabam buscando centros especializados e com alta densidade tecnológica. (STARFIELD, 2002; CAMPOS, 2005)

Para Travassos e Martins (2004), a utilização dos serviços de saúde representa o eixo do funcionamento dos sistemas de saúde apresentando alguns determinantes essenciais para a compreensão do uso desses serviços que resulta da interface entre pessoas e profissionais dentro do sistema. Campos (2008) acrescenta que fatores como a performance do profissional e a resolutividade da assistência prestada influenciam na utilização de serviços pelos usuários. Portanto, a qualidade da assistência prestada é analisada a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado. A influência desses fatores irá depender do tipo de serviço e da proposta assistencial.

Em se tratando dos encaminhamentos para outro serviço de saúde em busca de consulta médica, realização de exame de escarro e raio-X observou-se que o PCT foi o que menos solicitou encaminhamentos e que a ESF apresentou 74,4% de encaminhamentos para consulta médica em outro serviço, 55,3% para exame de escarro e 78,7% para raio-X. Esses resultados

demonstram que a ESF além de ter sido a mais procurada pelos doentes também foi a que mais fez pedidos de encaminhamentos para outros serviços de saúde caracterizando a falta de resolutividade da mesma e a presença forte da visão centralizada dos profissionais de saúde, no que tange a organização das ações de controle da TB no sistema de saúde.

Almeida, Fausto e Giovanella (2011), afirmam em seu estudo que uma das iniciativas para o aumento da resolutividade é a capacitação dos profissionais para a qualificação da APS, o que reforçaria a confiança da população em relação aos serviços prestados na ESF. Conforme avaliação dos médicos e enfermeiros é imprescindível a aplicação de estratégias que dêem visibilidade e valorização à atuação dos profissionais da ESF. Um dos desafios para a formação dos recursos humanos no Brasil para tal fim é a regulação do gestor federal no tocante à distribuição das vagas de residência médica, para a formação de médicos em consonância com as modificações evolutivas no modelo de atenção primária à saúde.

Um estudo realizado por Monroe et. al. (2008), em municípios prioritários do estado de São Paulo sobre o envolvimento de equipes de saúde da família no controle da TB, confirma essa visão centralizadora das ações de controle da TB quando apresenta, por meio de depoimentos, que as atividades relacionadas à TB são consideradas pelas equipes de saúde como competência exclusiva dos centros de referência para o tratamento da doença, contribuindo assim, para a falta de responsabilização da Estratégia de Saúde da Família com o controle da TB.

Nesse sentido, Silva (2009) mostrou que em Santa Rita – PB a frequência com que os doentes de TB tiveram que se deslocar para outro serviço a fim de realizar a coleta de escarro foi preocupante mostrando que 76% afirmaram que “sempre ou quase sempre” havia a necessidade de deslocamento do sintomático respiratório para outro serviço.

Dessa forma, a fragilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde constituem as principais barreiras encontradas na ESF podendo comprometer o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB, bem como a qualidade da interação profissional-usuário para o adequado manejo da doença (MONROE et. al., 2008).

Já os demais serviços especializados da categoria “Outros” apresentou mais encaminhamentos para consulta médica 67,6%, e em relação ao exame de escarro e o raio-X os valores foram de 40,5% e 48,7%, respectivamente. Encontrou-se evidência de associação estatística entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e as variáveis de

encaminhamento para outro serviço em busca de consulta médica, realização de exame de escarro e raio-X, com $p < 0,05$, o que mostra que esses serviços não estão completamente prontos para realizar o diagnóstico da TB sem precisar utilizar da referência e contra-referência para o encaminhamento à serviços mais tecnicamente preparados, como foi o caso da ESF que apresentou percentuais elevados no encaminhamento para consulta médica e raio-X.

Dos 47 usuários que acessaram a Estratégia de Saúde da Família, 17 (36,2%) fizeram diagnóstico neste serviço, 23 (48,9%) foram diagnosticados no ambulatório do PCT e 7 (14,9%) na categoria outros. Verificou-se que dos 37 doentes que procuraram Hospitais Gerais, Públicos e Privados, consultórios e policlínicas como primeira escolha para investigar os sintomas percebidos, 15 (40,6%) acabaram tendo o diagnóstico realizado no PCT, mostrando nestes casos que os usuários transitaram apenas entre serviços de maior densidade tecnológica. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e a realização do diagnóstico pelo mesmo serviço de saúde, onde os doentes que procuraram o ambulatório especializado (PCT) foram 100% diagnosticados neste serviço, revelando que o tipo do serviço procurado é mandatório na realização do diagnóstico da TB.

Esses dados tornam evidente a falta de resolutividade da ESF em relação ao diagnóstico da TB mostrando que as ações de controle da TB encontram-se centralizadas no PCT onde 100% dos doentes que procuraram esse serviço tiveram seu diagnóstico realizado e os demais que não conseguiram descobrir a doença tanto na ESF quanto nos Hospitais Gerais/policlínicas e consultórios particulares acabaram tendo o diagnóstico por meio do PCT também, ou seja, esse cenário pode estar influenciando de forma significativa na demora no diagnóstico da TB, uma vez que a ESF apresentou um alto percentual de encaminhamentos não conseguindo ser resolutiva no diagnóstico.

Em relação à demora para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde procurado pelo doente os dados do estudo mostraram uma mediana igual a zero dias coincidindo com o primeiro quartil. O segundo quartil apresentou a mediana igual a 1 dia para conseguir consulta no primeiro serviço de saúde procurado. No entanto, observou-se que houve doentes que relataram uma demora superior a 40 dias para obtenção da primeira consulta no serviço de saúde procurado.

Contudo, os valores extremos apresentados no estudo podem ter acontecido devido a diversos fatores relacionados com o serviço de saúde onde alguns estudos demonstram que

aspectos da organização dos serviços, tais como: funcionamento das unidades de saúde, o tempo longo de espera para marcar consulta, debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos, ausência de capacitação para as equipes de saúde em relação às atividades ligadas à TB e a sobrecarga de trabalho se tornam obstáculos para que o doente consiga uma consulta no primeiro serviço procurado e dessa forma retardem o diagnóstico precoce da TB (WANG et al., 2007; MONROE et al., 2008; STORLA; YIMER; BJUNE, 2008).

Portanto, esses resultados apontam que a maioria dos doentes não tiveram dificuldade em conseguir consulta no primeiro serviço de saúde que procurou e que de acordo com os dados da tabela 1 a ESF foi o serviço de saúde mais procurado pelos doentes em 46,5% demonstrando assim que a atenção básica está se configurando como porta de entrada dos usuários no SUS.

Storla, Yimer e Bjune (2008) realizaram uma revisão sistemática sobre atraso no diagnóstico e tratamento da TB e apontaram que a maioria dos estudos pesquisados identificam um ciclo vicioso de repetidas consultas a vários serviços de saúde ou a um mesmo profissional médico sem que haja um diagnóstico correto. Nesse estudo três grupos de profissionais foram identificados como fontes desse círculo vicioso: as unidades de saúde do governo que apresentam meios de diagnósticos limitados e pessoal mal treinado, médicos particulares com baixa consciência sobre a TB e pessoal não qualificado (curandeiros tradicionais, charlatões e comerciantes).

Contudo, com relação ao número de vezes que o doente precisou ir ao serviço de saúde para realização do diagnóstico (figura 5) observou-se nesse estudo um valor de mediana igual a 3, oscilando entre 2 vezes (primeiro quartil) e 4 vezes (terceiro quartil). O maior número de idas do doente ao serviço de saúde para o diagnóstico da TB ultrapassou o valor de 20 vezes. Corroborando com os dados encontrados, um estudo realizado na Malásia revelou que apenas 11% dos pacientes receberam o diagnóstico após a primeira consulta e que 45% receberam o diagnóstico após a terceira consulta (STORLA; YIMER; BJUNE, 2008).

Na Índia, em um estudo onde participaram 531 doentes de TB, apenas 117 (22%) foram diagnosticados pelo serviço de saúde que procuraram pela primeira vez, os demais tiveram que procurar vários serviços de saúde e quase a metade dos doentes teve que ir aos serviços de saúde três vezes ou mais para que o diagnóstico da TB fosse realizado. (RAJESWARI et al, 2002)

Já no Vietnã, os doentes apresentaram uma média de visitas a diferentes serviços de saúde igual a 1,3 e outra de 2,5 referente ao número de visitas a cada profissional de saúde

procurado antes de serem referenciados para o programa de controle da TB. (LONNROTH et al, 2001). Esses estudos apontam valores próximos aos encontrados na nossa pesquisa os quais são relativos à quantidade de vezes que o doente de TB procurou um serviço de saúde para conseguir o diagnóstico. Yimer, Bjune e Alene (2005) analisaram em seu estudo que o atraso do doente ao diagnóstico estava fortemente associado com a primeira visita a um serviço de saúde, onde em sua pesquisa foi observado que o local dessa visita acontecia em estabelecimento de saúde não formal o que provocava o não diagnóstico da TB, levando o mesmo a procurar outros serviços de saúde por mais vezes até a descoberta da doença.

A detecção precoce dos casos, o diagnóstico rápido e o tratamento diretamente observado são de extrema importância para o controle da TB. Estudos apontam que o atraso no diagnóstico da TB pode aumentar o risco de infecção na comunidade, provocar formas resistentes de TB e crescimento da taxa de mortalidade. Atualmente, a literatura define o intervalo de tempo superior a 30 dias entre o início dos sinais e sintomas até o fechamento do diagnóstico como atraso no diagnóstico da TB. Outros estudos analisam esse atraso por meio de dois aspectos: o relacionado ao paciente; que se caracteriza pelo tempo que o indivíduo leva entre começar a sentir-se doente até a primeira procura por atenção médica; e o atraso relacionado aos serviços de saúde; que é determinado pelo período de tempo entre o primeiro atendimento em um serviço de saúde, a realização do diagnóstico e o início do tratamento. (CHANG; ESTERMAN, 2007; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; SANTOS et. al., 2005)

Tendo como base os estudos citados anteriormente que definem o atraso no diagnóstico da TB como sendo o intervalo de tempo superior a 30 dias. O nosso estudo, com relação ao tempo para o diagnóstico da TB, encontrou que, dos 101 (100%) doentes participantes da pesquisa, 84 (83,2%) foram diagnosticados no intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias e 17 (16,8%) apresentaram intervalo de tempo superior a 30 dias. Provavelmente, isso se deve ao fato de que a maioria dos doentes entrevistados foram diagnosticados no ambulatório de referência como mostra os dados da tabela 1, onde revela que 55 (54,4%) dos 101 doentes foram diagnosticados no PCT que é o local mais bem equipado e preparado para o diagnóstico da TB.

Sreeramareddy et. al. (2009) realizaram uma revisão sistemática na Medline e EMBASE de 1990 a 2008 com o objetivo de verificar o atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar e comparar esse atraso entre os países de baixa e média renda com os países de renda elevada. Nessa perspectiva foi encontrado que o atraso no diagnóstico nos países de baixa e média renda

variou de 25 dias na China para 185 dias na Tanzânia, obtendo uma média de 67,8 dias e nos países de alta renda o atraso variou de 42 dias no Japão até 89 dias nos Estados Unidos, perfazendo uma média de 61,3 dias. Contudo, o atraso no diagnóstico entre os países periféricos e os países de renda elevada foram semelhantes.

Um estudo transversal em 115 pacientes selecionados aleatoriamente foi realizado em clínicas de Nazimabad e Peito Lyari, Karachi. Neste estudo verificou-se que a duração média desde o início dos sintomas iniciais para o diagnóstico e tratamento da tuberculose foi de 120 dias, em 52% o tratamento do paciente foi iniciado após 90 dias, em 27% após 180 dias, em 11% depois de 210 dias e em 10% após 365 dias (HABIBULLAH et al., 2004).

Na Etiópia, foi realizado um estudo transversal sobre atraso no diagnóstico e tratamento da TB em pacientes com TB pulmonar e o atraso médio encontrado foi de 80 dias onde a distribuição cumulativa mostrou que apenas 9% do total de entrevistados foram diagnosticados e iniciaram o tratamento em menos de um mês do início dos sintomas e em 91% dos entrevistados o atraso no diagnóstico ultrapassou 31 dias. Esse atraso foi considerado inaceitável e justificado na pesquisa como sendo causado pela falta de acesso dos pacientes a um teste simples e rápido de diagnóstico da TB no nível primário de atenção a saúde. (YIMER; BJUNE; ALENE, 2005)

Outro estudo transversal realizado em Sarawak, Malásia, revela uma mediana de 22 dias no atraso do diagnóstico da TB sendo similar a outros estudos que ocorreram em Penang, Etiópia, Tanzânia e Japão onde o atraso do diagnóstico ocorreu entre 3 semanas e um mês. (CHANG; ESTERMAN, 2007)

Os estudos mencionados acima apontam uma realidade de atraso no diagnóstico superior a encontrada no nosso estudo, no entanto, não podemos afirmar que no município de João Pessoa não há atraso do diagnóstico da TB, pois esse tempo está relacionado com o serviço que diagnosticou a TB, tendo o PCT apresentado maior percentual de diagnóstico com 54,4% dos casos. Portanto, apesar dos serviços de saúde da ESF terem sido os mais procurados (46,5% dos casos), a Estratégia de Saúde da Família ainda não se caracteriza como porta de entrada ao diagnóstico da TB, mas apenas como porta de entrada à rede de serviços de saúde, ou seja, ela promove o acesso definido como o ato de entrar, porém não garante o acesso definido como poder de utilização dos serviços. O acesso direto aos serviços especializados, hospitais gerais/policlínicas ainda é uma prática presente no município.

De maneira geral, os serviços que diagnosticaram a TB ofereceram atendimento no período de até 24 horas, sendo que o PCT apresentou melhor desempenho em conseguir consulta no mesmo dia em que realizou o diagnóstico da TB apresentando um percentual de 96,3%. Encontrou-se evidência de associação entre o serviço que diagnosticou TB e a variável “consulta no prazo de 24h” com $p < 0,05$, mostrando que para conseguir o diagnóstico precoce da TB é preciso garantir consulta no prazo de 24h.

O estudo de Oliveira (2008) ressaltou que no município de Campina Grande - PB as ações de diagnóstico e tratamento da TB estavam centralizadas no ambulatório de referência o que tornou maior a dificuldade de deslocamento dos doentes, uma vez que os domicílios dos mesmos eram distantes desse serviço, corroborando assim com os achados da nossa pesquisa onde 76,4% foram diagnosticados no PCT e o consideraram distante do seu domicílio.

Ainda concordando com os dados da nossa pesquisa, o estudo referido anteriormente aponta como satisfatório a obtenção de consulta pelo doente no prazo de 24h tendo em vista o fato de que a maioria (70%) dos entrevistados eram acompanhados pelo ambulatório de referência e que a obtenção da consulta estava relacionada a este serviço.

Dessa forma, considerando a trajetória que o usuário deve percorrer ao longo do sistema de saúde, julga-se necessário garantir a acessibilidade tanto geográfica como organizacional para os usuários com o intuito de facilitar a utilização dos serviços de saúde. Com relação à acessibilidade organizacional da assistência a TB ela se origina nos modos de organização dos recursos de atenção à saúde e se expressa por fatores como facilidade na obtenção de consultas médicas de controle, boa comunicação entre o paciente e o serviço, estruturação de suporte social ao doente e flexibilidade dos horários de atendimento, entre outros. (FEKETE, 1997; STARFIELD, 2002)

Quanto aos serviços de saúde ficarem abertos nos fins de semana e no horário superior às 18:00h a ESF apresentou 94,1% e 82,3% respectivamente de resposta negativa, o que caracteriza uma assistência limitada no que diz respeito ao acesso do usuário a esse serviço, o PCT apresentou 100% de disponibilidade de acesso nos fins de semana e no horário acima das 18:00h. A realização dos exames pedidos no próprio serviço que diagnosticou a TB teve associação significativa ($p < 10^{-4}$) e revelou que o PCT foi o serviço de maior eficiência com 81,9% dos exames realizados, seguido da categoria “Outros” com 51,8%. A Estratégia de Saúde da Família apresentou apenas 29,4% dos exames realizados no próprio serviço ratificando assim o seu

caráter primário de assistência à saúde, além de corroborar com os dados de encaminhamentos a outros serviços para realização de exame de escarro e raio-X que foram de 55,3% e 78,7%, respectivamente (Tabela 1).

Não houve associação estatística entre o serviço que diagnosticou a TB e as variáveis orientação para realização dos exames e falta de material para realização dos exames diagnósticos. Todavia, a orientação quanto à realização dos exames parece ser uma prática comum entre os serviços de saúde e em geral os insumos para a coleta do material vêm sendo disponibilizados pelos serviços, o que não implica na garantia de acesso mesmo sendo condição necessária para a utilização dos mesmos.

No tocante a frequência com que o usuário recebeu os resultados dos exames solicitados no mesmo serviço que diagnosticou a doença o PCT apresentou 90,9% de resposta positiva enquanto os hospitais gerais/políclínicas e consultórios particulares e a ESF apresentaram 69,0% e 58,9% respectivamente. Observou-se para essa variável uma associação estatística significativa ($p = 0,012$). Já no que diz respeito à frequência de recebimento dos resultados dos exames solicitados pelo serviço que diagnosticou a TB em outro serviço de saúde não houve evidência estatística.

Esses dados refletem a necessidade de um modo de organização dos serviços de saúde voltado para a articulação entre os demais níveis do sistema local de saúde, uma vez que, para o doente que utiliza a ESF como porta de entrada, muitas vezes surge à necessidade de realizar exames de maior densidade tecnológica em outros serviços de saúde e a falta de articulação dentro da rede de referência e contra – referência pode resultar em uma barreira de acesso ao resultado do exame retardando assim o diagnóstico da doença.

Capítulo 6

Considerações Finais

Esse estudo buscou avaliar na perspectiva do doente, a utilização dos serviços de saúde na Atenção ao diagnóstico da Tuberculose no município de João Pessoa – PB; identificando o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente quando começou a apresentar os sinais e sintomas; os serviços de saúde que realizaram o diagnóstico; o tempo decorrido entre a procura do doente pelo serviço de saúde e o diagnóstico da TB e analisar a associação entre componentes da acessibilidade e o tipo de serviço procurado pelo doente.

No que concerne ao primeiro serviço de saúde procurado pelo doente quando começou a sentir os sinais e sintomas da doença os dados da pesquisa mostraram que os serviços de saúde da ESF apareceram como os mais procurados com 46,5%, caracterizando a entrada do doente na rede de atenção à saúde por meio da ESF. No entanto, em relação às variáveis: suspeita do profissional, solicitação de exame de escarro e solicitação de raio – X, observou-se que a ESF teve percentuais razoáveis comparados ao do PCT e que o número de encaminhamentos para outro serviço de saúde em busca de consulta médica e exames de escarro e raio – X por parte da ESF foram elevados.

Essa realidade configura uma ESF acessível do ponto de vista da entrada do doente no serviço, porém reflete uma assistência à saúde frágil no tocante ao reconhecimento do problema, a capacidade resolutiva do mesmo, ao poder de utilização do serviço como garantia do acesso e a falta de organização do serviço de saúde no que tange às ações de controle da TB. Parece não haver uma conscientização por parte dos profissionais da saúde de que a ESF deveria ser a principal responsável pelo desenvolvimento das ações de controle da TB no município.

Ainda predomina a visão de que essas ações estão centralizadas no PCT e dessa forma a ESF acaba atuando apenas no tratamento daquele paciente que já foi diagnosticado pelo PCT e encaminhado para a ESF para dar continuidade ao tratamento da doença. No entanto, ações preventivas de controle da TB por meio da busca ativa e detecção precoce dos casos ficam negligenciadas e a falta de conhecimento da doença por parte dos profissionais que atuam nesses serviços culminam em baixos índices de suspeita e diagnóstico de TB na ESF.

Portanto, a mudança dessas práticas por parte dos profissionais de saúde que trabalham na Estratégia de Saúde da Família é urgente no que diz respeito ao controle da TB, pois essas mudanças podem refletir em maior cuidado na avaliação dos sinais e sintomas do doente que primeiro procura a ESF, repercutindo assim em mais suspeita de TB, maior solicitação de exames de escarro e raio – X, estimulação da busca ativa por parte dos ACSs nos domicílios e

consequentemente em menor tempo para o diagnóstico da TB e maior resolutividade das ações de cuidado à saúde na ESF.

Dos 47 usuários que acessaram a Estratégia de Saúde da Família, 17 (36,2%) fizeram diagnóstico neste serviço, 23 (48,9%) foram diagnosticados no ambulatório do PCT e 7 (14,9%) na categoria “Outros”. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e a realização do diagnóstico pelo mesmo serviço de saúde, onde os doentes que procuraram o ambulatório especializado (PCT) foram 100% diagnosticados neste serviço. Essa associação demonstra que todos os doentes que procuraram primeiramente o PCT quando começaram a sentir-se doente foram diagnosticados com TB e mesmo os que não procuraram primeiro esse serviço acabaram sendo referenciados para o PCT onde receberam o diagnóstico da TB indicando um percentual total de 54,4% do diagnóstico de TB.

Podemos dizer que a partir desses dados percebeu-se que a centralização das ações de controle da TB no ambulatório de referência continua caracterizando uma barreira na acessibilidade ao diagnóstico da TB pela ESF e hospitais gerais/públicos e consultórios particulares. O PCT além de diagnosticar os doentes que primeiro procuraram esse serviço, também diagnosticou os referenciados pela ESF e pelos hospitais, ou seja, mesmo com uma intenção política de descentralização das ações de controle da TB o ambulatório de referência continua apresentando o melhor desempenho na viabilização do diagnóstico da TB no município de João Pessoa, o que não deveria estar acontecendo, ou seja, o desempenho é melhor no PCT, porém a ESF é a porta de entrada do doente na rede de serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde na sua dimensão mais ampla está relacionado tanto com a capacidade do usuário de entrar no sistema de saúde quanto com a resolutividade dos cuidados prestados pelos serviços, ou seja, não adianta apenas ser a porta de entrada para os doentes, é preciso resolver o seu problema. Deste modo, em relação aos dados do nosso estudo a ESF não está sendo acessível aos doentes de TB porque não está conseguindo ser resolutiva quanto ao diagnóstico da mesma por meio da oferta de atenção prestada nas USFs.

No que diz respeito ao atraso no diagnóstico da TB, estudos relatam que esse termo foi usado para refletir a prontidão do acesso dos doentes aos cuidados de TB. Então, para reduzir os atrasos no diagnóstico e melhorar a acessibilidade aos cuidados da doença deve-se aprimorar o sistema de saúde e toda a rede de referência tornando-a rápida e eficiente no processo de investigação e busca pelo diagnóstico precoce da TB.

Com relação ao tempo para o diagnóstico da TB, encontrou que, dos 101 (100%) doentes participantes da pesquisa, 84 (83,2%) foram diagnosticados no intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias e 17 (16,8%) apresentaram intervalo de tempo superior a 30 dias. Provavelmente, isso se deve ao fato de que a maioria dos doentes entrevistados foram diagnosticados no ambulatório de referência, porém não podemos afirmar que no município de João Pessoa não houve atraso do diagnóstico da TB, pois esse tempo está relacionado com o serviço que diagnosticou a TB, tendo o PCT apresentado maior percentual de diagnóstico com 54,4% dos casos.

Quanto à influência da relação das características organizacionais e de desempenho desses serviços para o diagnóstico da TB verificou-se que em relação à interface profissionais e doentes estabelecida para o recebimento da atenção nos serviços de saúde relacionados à pesquisa houve fragilidades na acessibilidade, organização, variedade de serviços, utilização e reconhecimento do problema no que se refere à atenção ao primeiro contato, por ocasião do diagnóstico da TB na ESF e em “Outros” serviços especializados. O PCT apresentou desempenho insatisfatório apenas na questão da acessibilidade geográfica, pois os doentes o consideraram distante do seu domicílio na maioria dos casos.

Com a realização desse trabalho foi possível confirmar a carência de uma política que vise um melhor desempenho dos sistemas de saúde, principalmente na ESF, relacionado a uma melhor organização desses serviços para o controle e monitoramento das ações de TB. A implementação de ações organizadas e articuladas no controle da TB é necessária para garantir o acesso aos serviços e o cuidado integral do doente de TB, além de melhorar a utilização dos recursos disponíveis para o diagnóstico e tratamento da TB em toda a rede de atenção à saúde.

A tuberculose já faz parte de uma linha de cuidado específica na ESF onde essas linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do percurso assistencial com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades, portanto há a necessidade de fortalecimento da linha de cuidado em TB voltada para a integralidade da assistência, garantindo o fluxo do doente nos diversos níveis de atenção à saúde e a resolutividade das ações em cada nível de atenção utilizado pelo doente.

Essas ações envolveriam estratégias de prevenção, busca ativa, detecção precoce e tratamento eficiente da TB, caracterizando a ESF como serviço em potencial para as ações de

controle da TB e não apenas como um serviço de saúde de caráter assistencialista e provedor de cuidados para os casos já diagnosticados pelo ambulatório de referência.

Portanto é de fundamental importância que os achados desse estudo alcancem os gestores responsáveis pelas ações de controle da TB no município de João Pessoa para que esforços maiores possam acontecer em toda a rede de atenção à saúde, envolvendo todos os profissionais de saúde e população, com o intuito de realizar uma grande mobilização política e social para efetivação de mudanças concretas no quadro atual das estatísticas de TB em João Pessoa partindo do compromisso, da conscientização e da responsabilidade por parte dos profissionais de saúde e da população assistida.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C.. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, 12; 1996. p. 233-242.

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, 9; 1974. p. 208-220.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Ver Panam Salud Publica**. 2011;29(2):84-95.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter. *J. Health.Soc. Behav.* 36, 1995: p.1-10. In TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup.; 2004. p.190-198.

ANDRADE, M. N. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba**. 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C.; BARRETO, I. C. H. C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, G.W.S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz , 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006**: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf> Acesso em 15 dez 2010.

CAMPOS, G.W.S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz , 2009.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (Supl 1), dez; 2005. p.63-69.

CARDOZO GONZALES, R. I. et al. Indicadores de desempenho do DOTS no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, fev; 2008.

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

CASTILLO A.D.D.; MAIA A.P.S.; MOREIRA K.F.A.; SANTOS M.A.M. A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, abril; 2009. p.84-89.

CAVALCANTI, Z. R.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; CAMPELO, A. R. L. et al. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6; 2006. p.535-543.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003. In: TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup.; 2004. p.190-198.

DÍEZ, M.; BLEDA, M.J.; ALCAIDE, J.; CASTELLS, C.; et. al. Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **European Journal of Public Health**, v. 15, n. 4, 2005. p. 343-349.

FEKETE, M. C; Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA et al. (org.) **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPS. 1997.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Suplemento 1; 2009. p. 1541-52.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do sistema único de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1; 2004. p. 69-79.

FORMIGA, N. S.; LIMA, D. S. A tuberculose no estado da Paraíba/Brasil: a operacionalidade do tratamento supervisionado no controle da tuberculose. **ConScientiae Saude**. v. 8, n.2; 2009. p. 197-201.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et. al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, HUCITEC, 2003.

FRENK, J. El concepto y La Medicion de Accesibilidad. **Revista de Salud Publica de México**. Mexico. 1985. p.438-53.

GIOVANELLA, L. et. al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009, p. 783-794.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Cap.16, p. 575-625.

GOLUB, J. E.; BUR, S.; CRONIN, W. A. S.; et. al. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. **Int J Tuberc Lung Dis**. v.10, n.1; 2006. p. 24–30.

HABIBULLAH, S.; SADIQ, A.; ANWAR, T.; et.al. Diagnosis delay in tuberculosis and its consequences. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v.20, n.3; 2004. p. 266-269.

HILL, T.; LEWICKI P. **Statistics: Methods and applications. A comprehensive reference for science, industry, and data mining**. Tulsa (Oklahoma): STATSOFT, 2006. 813p.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad Saúde Pública** v.16; 2000. p. 231-239.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev Saude Publica**. 41(Supl 1); 2007. p. 104-10.

JARAMILHO, E. Em compassing treatment with prevention: the path for a lasting controlo f tuberculosis. **Soc SciMed**, Oxford, v. 49, n. 3; 1999. p. 393-404.

JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LÖNNROTH, K; THUONG, L. M.; LINH, P.D.; DIWAN, V.K. Utilization of private and public health-care providers for tuberculosis symptoms in Ho Chi Minh City, Vietnam. **Health policy and planning**; 16(1): 2001.47–54.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. março/abril, v.12, n.2; 2007. p.335-342.

MARCOLINO A. B. L.; NOGUEIRA J. A.; RUFFINO NETTO, A.; et.al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.12, n.2; 2009. p.144-57.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, Aug; 2005. p.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, set.-out: 2004, p.1411-1416.

MENDONÇA, M. H. M.; VANCONCELLOS, M. M.; VIANNA, A. L. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n.24, sup1; 2008. p. S4-S5.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. Belo Horizonte: **Xamã/VM** Ed.; 1998. p.103-120.

MESFIN MM, NEWELL JN, WALLEY JD, et al. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. **BMC Public Health**, v.9, n.53, 2009.

MFINANGA, G.S.; NGADAYA, E.; MTANDU, R. The quality of sputum smears microscopy diagnosis of pulmonary tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. **Tanzan Health Res Bull**. v.9, n. 3; 2007. p.164-168.

MONROE, A.A.; CARDOZO GONZÁLES, R.I.; PALHA, P.F.; SASSAKI, C.M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MOTTA, M. C. S.; VILLA, T. C. S. ; GOLUB, J. et.al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí Municipality - Rio de Janeiro State - Brazil: the patients point of view. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**. v. 13, n. 9; 2009. p.1137-1141.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of branding in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, Leischester, v. 57; 2003. p.179-88.

OLIVEIRA, A.R.de. **Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde do município de Campina Grande/PB**. 2008. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

OLIVEIRA, M. F. et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo (2007). In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Eds.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. São Paulo: Funpec, 2009. p.36-42.

RAJESWARI, R.; CHANDRASEKARAN, V.; SUHADEV, M.; SIVASUBRAMANIAM, S.; SUDHA, G.; RENU, G. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South Índia. **International Union Against Tuberculosis and Lung Disease**, v.6, n.9, p.789-795, 2002.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO de; N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 489-503.

PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2 ed. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO: Rio de Janeiro, 2009.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Natal: UFRN, 2010. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2010.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, dezembro, 2005.

SÁNCHEZ, A. I. M. O tratamento diretamente observado "DOTS" e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo - São Paulo – Brasil. 2007. 151F. (Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), São Paulo, 2007.

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

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFINO-NETTO, A.; et al. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em cinco municípios do Brasil – análise multivariada. **Revista Saúde Pública**, 2008.

SELIG, L.; BELO, M.; CUNHA, A. J. L. A. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**. 30(4); 2004. p. 335-42.

SENGUPTA, S.; PUNGRASSAM, P.; BALTHIP, Q.; et.al. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community. **International Union Against Tuberculosis and Lung Disease**. v.10, n.9; 2006. p.1008–1012.

SENNA. M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense. EQUIDADE E POLÍTICA DE SAÚDE 211. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento); 2002. p.203-211.

SILVA, E.J.T.M. **Avaliação das ações de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose, no contexto das equipes de saúde da família, em município da região metropolitana da Paraíba**. 2009. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

SREERAMAREDDY, C.T.; CHANDRASHEKHAR, T.; PANDURU, K.V., et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases** v.9, p.91, 2009.

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

SOUZA, M. F.; HAMANN, M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Suplemento 1; 2009. p.1325-1335.

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

TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: TEIXEIRA, C. F.(org.). **Promoção e vigilância da saúde. Salvador**. CEPS, ISC; 2002. p. 79-99.

THORSON, A.; JOHANSSON, E. Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. **Health Policy**, v. 68, p. 37; 2004. p. 46.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ/CEBES, 2008. Cap.6, p.215-243.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup.; 2004. p.190-198.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4; 2006. p.975-986.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, março, 2008.

WAHYUNI, C.; BUDIONO, L.; RAHARIYANI, D. et al. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia. **BMC Health Services Research**. v.7, n.135; 2007. p.2-9.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is DOTS?:** a guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis control:** Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2010. Geneva, 2010.

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

Anexos

ANEXO A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

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

I. Doentes de Tuberculose

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

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

B. PORTA DE ENTRADA	
14.	Antes de ficar doente de tuberculose qual era o primeiro local que o(a) Sr(a) procurava <u>quando ficava doente</u>? 1- ☐ Locais religiosos/benzedadeiras 2- ☐ Farmácia 3- ☐ Serviços de saúde Especificar: _____ 4- ☐ Outros Especificar: _____ (se o doente responder nenhum, especificar em outros)
15.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) para fazer algum <u>controle preventivo</u> (vacinar, medir pressão, exames de rotina)? 1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
16.	Qual o nome do serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) costuma procurar para <u>consulta/exames de rotina</u>? Nome: _____ 1- ☐ UBS; 2- ☐ UBS/PACS; 3- ☐ USF; 4- ☐ Pronto Atendimento; 5- ☐ Ambulatório de Referência; 7- ☐ Hospital Público; 8- ☐ Hospital Privado; 9- ☐ Consultório particular; 10- ☐ Outros Especificar _____ 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (caso não nunca procure nenhum SS para consulta/exames de rotina) (preenchida pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)

17.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) mais próximo de sua casa?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
18.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) recebia visita de algum profissional de saúde na sua casa?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
19.	Com que frequência o(a) Sr(a) via propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a tuberculose antes de saber que estava doente ?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
20.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso de bebidas alcoólicas ?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca
21.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso do cigarro ?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca
22.	Antes de ficar doente de tuberculose , alguém da sua família já havia feito tratamento para tuberculose?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
23.	O(a) Sr(a) já fez tratamento preventivo para tuberculose? (quimioprofilaxia)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
24.	Antes de ficar doente da tuberculose , como era o conhecimento do(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- ☐ Muito ruim; 2- ☐ Ruim; 3- ☐ Regular; 4- ☐ Bom; 5- ☐ Muito bom
25.	O que o(a) Sr(a) sentia (sintomas) quando começou a ficar doente de tuberculose?	
26.	Estes sintomas que o(a) Sr(a) sentia eram?	1 - ☐ Muito fraco; 2 - ☐ Fraco; 3 - ☐ Moderado; 4 - ☐ Forte; 5 - ☐ Muito forte
27.	Quando o(a) Sr(a) começou a perceber que estava doente , quantos dias demorou para procurar o primeiro serviço de saúde ? _____ DIAS	
28.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente , procurou o serviço de saúde (postinho, PA...) mais perto de sua casa?	☐ Sim ☐ Não
29.	Qual foi o primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a perceber que estava doente? 29.a. Nome: _____ 29.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado) 29.c. Tipo: 1- ☐ UBS; 2- ☐ UBS/PACS; 3- ☐ USF; 4- ☐ Ambulatório de Referência; 5- ☐ Pronto Atendimento; 6- ☐ Hospital Público; 7- ☐ Hospital Privado; 8- ☐ Consultório particular 9- ☐ Outros Especificar _____ 0- ☐ Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)	
30.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente , quantos dias demorou para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde ? _____ DIAS	

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

31.	O que o profissional de saúde que o atendeu na primeira vez em que foi até o serviço de saúde falou que o(a) Sr(a) tinha?	
32.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente pediu os exames:	32.a. Exame de escarro (catarro): ☐ Sim ☐ Não 32.b. Exame de raio-X (chapa do pulmão): ☐ Sim ☐ Não 32.c. Outros exames. Especificar: _____ ☐ Sim ☐ Não
33.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente o encaminhou à outro serviço para:	33.a. Consulta médica com outro profissional ☐ Sim ☐ Não 33.b. Fazer o exame de escarro: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.c. Fazer o raio-X: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.d. Fazer o outros exames ☐ Sim ☐ Não
34.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente, QUANTAS VEZES precisou ir ao(s) serviço(s) de saúde para descobrir que tinha TB? _____	
35.	Depois que o(a) Sr(a) foi ao serviço de saúde (postinho, PA...) pela <u>primeira vez</u> , quantos dias levou para descobrir que tinha TB? _____ DIAS	
36.	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? 36.a. Nome: _____	

	36.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)	
	36.c. Tipo: 1- ☐ UBS; 2- ☐ UBS/PACS; 3- ☐ USF; 4- ☐ Ambulatório de Referência; 5- ☐ Pronto Atendimento; 6- ☐ Hospital Público; 7- ☐ Hospital Privado; 8- ☐ Consultório particular 9- ☐ Outros Especificar _____ 0- ☐ Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)	
37.	No serviço de saúde que descobriu a tuberculose, o(a) Sr(a) conseguiu consulta no prazo de 24 horas?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
38.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto durante os fins de semana?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre; 0- ☐ Não sabe
39.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto depois das 18:00 horas pelo menos um dia durante a semana?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre; 0- ☐ Não sabe
40.	Com que frequência o(a) Sr(a) perdeu o turno de trabalho ou algum compromisso para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase Sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase Nunca; 5- ☐ Nunca
41.	Como é a distância do serviço de saúde que descobriu a tuberculose até a casa do(a) Sr(a)?	1- ☐ Muito distante; 2- ☐ Distante; 3- ☐ Regular; 4- ☐ Próximo; 5- ☐ Muito próximo
42.	Qual foi o meio de transporte mais utilizado pelo(a) Sr(a) para ir até o serviço de saúde para descobrir a TB?	Especificar: _____
43.	Com que frequência o(a) Sr(a) precisou utilizar transporte motorizado para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca
44.	O(a) Sr(a) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca
45.	O(a) Sr(a) teve que pagar alguma quantia para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que descobriu a tuberculose?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca
46.	O(a) Sr(a) necessitou de ajuda financeira para realizar as consultas e exames para descobrir que tinha tuberculose?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca
47.	Como o(a) Sr(a) foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que descobriu a tuberculose?	1- ☐ Muito ruim; 2- ☐ Ruim; 3- ☐ Regular; 4- ☐ Bem; 5- ☐ Muito bem

D. ELENCO DE SERVIÇOS PARA O DIAGNÓSTICO

4 8 .	Todos os exames pedidos para o(a) Sr(a) foram realizados no serviço que descobriu a tuberculose?	☐ Sim ☐ Não
4 9 .	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose perguntou se o(a) Sr(a) tinha alguma dificuldade de transporte para realizar/entregar os exames?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
5 0 .	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose ofereceu transporte e/ou vale transporte para a realização/entrega dos exames?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
5 1 .	O(a) Sr(a) recebeu orientação para a realização dos exames?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
5 2 .	Com que frequência faltou materiais (pote de escarro, etc) para a realização dos exames no serviço que descobriu a tuberculose?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca; 0- ☐ Não sabe
5 3 .	O(a) Sr(a) teve dificuldade para entregar o pote de escarro no serviço que descobriu a tuberculose?	1- ☐ Sempre; 2- ☐ Quase sempre; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase nunca; 5- ☐ Nunca; 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (caso não tenha feito exame de escarro)
5 4 .	O(a) Sr(a) recebeu os resultados dos exames realizados:	54.a. No serviço de saúde que fez o pedido dos exames 1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre 54.b. Em outro serviço de saúde. Especificar: _____ 1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre

E. TRATAMENTO

5 5 .	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha TB, quantos dias demorou para começar a fazer o tratamento? _____ DIAS ☐ Não sabe
-------------	--

F. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE

5 6 .	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose perguntaram se as pessoas que moram com o(a) Sr(a) tem tosse, febre, emagrecimento?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
5 7 .	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha tuberculose, recebeu visita de algum profissional de saúde em sua moradia?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre
5 8 .	As pessoas que moram com o(a) Sr(a) foram avaliadas com:	58.a. Exame de escarro (catarro) 1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua) 58.b. Raio X (chapa do pulmão) 1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua) 58.c. PPD (exame na pele) 1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
5 9 .	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram com as pessoas que moram com o(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
6 0 .	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram sobre as condições de vida das pessoas que moram com o(a) Sr(a) (emprego, moradia, saneamento básico)?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre 0- ☐ Não sabe; 99- ☐ Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
6 1 .	O(a) Sr(a) observava visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança para perguntar se as pessoas tem tosse?	1- ☐ Nunca; 2- ☐ Quase nunca; 3- ☐ Às vezes; 4- ☐ Quase sempre; 5- ☐ Sempre; 0- ☐ Não sabe

G. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista)
FONTES DE COLETA DE DADOS:

6 2 .	Nº SINAN ou WEB-TB:	63.	Prontuário:
6 4 .	Serviço responsável pelo diagnóstico 64.a Nome: _____ 64.b. Endereço: _____ 64.c. Horário de atendimento: _____ 64.d. Tipo de Serviço de Saúde: 1 ☐ UBS 2 ☐ UBS/PACS 3 ☐ USF 4 ☐ Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose. Especificar _____ 5 ☐ Hospital público 6 ☐ Hospital privado 7 ☐ Pronto Atendimento 8 ☐ Consultório Particular 9 ☐ Outro. Especificar _____		

6 5 .	Data do diagnóstico:				
6 6 .	Exames realizados	66.a. Baciloscopia	☐ Sim ☐ Não	66.e. Biópsia	☐ Sim ☐ Não
		66.b. PPD	☐ Sim ☐ Não	66.f. Cultura de escarro	☐ Sim ☐ Não
		66.c. Raio X	☐ Sim ☐ Não	66.g. anti-HIV	☐ Sim ☐ Não
		66.d. Outros: _____		☐ Sim ☐ Não	
6 7 .	Forma Clínica da TB	67.a. Pulmonar	☐ Sim ☐ Não	67.b. Extrapulmonar: _____	☐ Sim ☐ Não
6 8 .	Tipo de caso	68.a. Caso novo		☐ Sim ☐ Não	
		68.b. Recidiva		☐ Sim ☐ Não	
		68.c. Retratamento		☐ Sim ☐ Não	
		68.d. Tratamento após abandono		☐ Sim ☐ Não	
6 9 .	Co-infecção pelo HIV	☐ Sim ☐ Não			
7 0 .	Serviço responsável pela consulta médica de controle 1 ☐ Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; 2 ☐ Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas 3 ☐ Outro (_____) 71.a. Nome: _____ 71.b. Endereço: _____ 71.c. Horário de atendimento médico aos doentes de TB: _____				
	7 1 .				
	Data de início do tratamento:				
	7 2 .	Tempo de Tratamento Medicamentoso	< 1 mês	1 ☐	> 6 Meses até 9 Meses
> 1 Mês até 3 Meses			2 ☐	> 9 Meses	5 ☐
> 3 Meses até 6 Meses			3 ☐		
7 3 .	Faz tratamento supervisionado ☐ Sim ☐ Não				
7 4 .	Serviço responsável pelo tratamento supervisionado/ auto-administrado 1 ☐ Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; 2 ☐ Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas 3 ☐ Outro (_____) 74.a Nome: _____ 74.b. Endereço: _____ 74.c. Horário de realização do TS: _____				

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição:

_____. Ela tem como objetivo avaliar a causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

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

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

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

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

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

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

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa.

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

João Pessoa, ____, de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP

Telefone (0XX16) 36023228

e.mail: tite@eerp.usp.br

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17-12-08, o projeto de pesquisa intitulada “RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL”, da interessada Professora Lenilde Duarte de Sá. Protocolo nº. 0589.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Eliane Marques de Souza
Coordenadora - CEP/CCS-UFPA