



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

VANESSA FUJINO MIZUHIRA

**ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NA
PROCURA DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O
DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE**

São José do Rio Preto

2011

Vanessa Fujino Mizuhira

Aspectos que Influenciam na Procura da
Atenção Básica para o Diagnóstico da
Tuberculose

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto para obtenção
do Título de Mestre no Curso de
Pós-graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Eli Gazetta

São José do Rio Preto

2011

Mizuhira, Vanessa Fujino

Aspectos que influenciam na procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose / Vanessa Fujino Mizuhira. São José do Rio Preto, 2011.

61 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof^ª. Dr^ª Cláudia Eli Gazetta

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde.
3. Diagnóstico. 4. Tuberculose.

VANESSA FUJINO MIZUHIRA

Aspectos que Influenciam na Procura da
Atenção Básica para o Diagnóstico da
Tuberculose

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE

Presidente e Orientador: Cláudia Eli Gazetta

2º Examinador:

3º Examinador:

Suplentes:

São José do Rio Preto, ___/___/___

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iii
Lista de Tabelas.....	iv
Lista de Abreviações.....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
1. Introdução.....	01
1.1. Aspectos relevantes da Tuberculose na atualidade.....	02
1.2. Controle da Tuberculose na Atenção Básica.....	03
1.3. Porta de entrada.....	05
1.4. Justificativa.....	10
1.5. Objetivos.....	11
2. Artigo Científico.....	12
3. Considerações finais.....	44
4. Referências.....	47
5. Apêndices.....	53

Dedicatória

- ✓ Aos meus pais Pedro e Maria pela educação proporcionada, por acompanhar todas as etapas de minha vida e pelo constante incentivo.

- ✓ Ao meu esposo Sérgio pelo amor, companheirismo, incentivo e participação nas minhas decisões.

- ✓ Aos meus irmãos Giuliana, Daniela e Renato, companheiros em todos os momentos de minha vida.

- ✓ Ao meu cunhado Rafael pelo apoio e incentivo.

- ✓ A minha sogra D. Lúcia e cunhada Cristina pela compreensão e colaboração.

Agradecimentos

- ✓ A Deus, que me orienta em todos os momentos da minha vida.
- ✓ A minha orientadora prof^a. Dr^a. Cláudia Eli Gazetta pela sua competência e seus ensinamentos que me ajudaram a superar as dificuldades.
- ✓ A prof^a. Dr^a. Sílvia Helena Figueiredo Vendramini por confiar em mim e ter dado a oportunidade de participar do GEOTB.
- ✓ As companheiras Maria Amélia e Anneliese pela solidariedade e disponibilidade em discutir o trabalho e suas importantes sugestões.
- ✓ Aos colegas do GEOTB Lurdinha, Natália, Luciano pelo auxílio e colaboração.
- ✓ A coordenadora do GEOTB prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa pelas suas importantes sugestões e colaboração com este trabalho.
- ✓ A todos os componentes do GEOTB pelo auxílio e apoio.
- ✓ A Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto que viabilizou a realização do trabalho.
- ✓ Aos funcionários da Pós-Graduação da FAMERP José Antônio e José Luis pela eficiência e colaboração.
- ✓ Aos pacientes que gentilmente aceitaram participar do estudo.
- ✓ A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Para alcançar a vitória, você deve empregar cada minuto e cada segundo de sua vida no aprimoramento e na elevação de si mesmo, e assim progredir passo a passo. Este é o caminho do vitorioso. Este é o caminho para exteriorizar a força infinita (Deus) que existe dentro de você. (Masaharu Taniguchi)

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Distribuição das variáveis sócio-demográficas segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, São José do Rio Preto, 2009.....	24
Tabela 2.	Distribuição das variáveis da dimensão porta de entrada segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, São José do Rio Preto, 2009.....	27

Lista de abreviaturas

AB	- Atenção Básica
APS	- Atenção Primária à Saúde
BSR	- Busca por Sintomáticos Respiratórios
DOTS	- Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PA	- Pronto Atendimento
PAB	- Piso da Atenção Básica
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT	- Primary Care Assessment Tool
PCT	- Programa de Controle da Tuberculose
PSF	- Programa Saúde da Família
SR	- Sintomático Respiratório
SUS	- Sistema Único de Saúde
TB	- Tuberculose
TS	- Tratamento Supervisionado
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
VD	- Visita Domiciliar

Resumo

Objetivo: Analisar o perfil sócio-demográfico e a organização dos serviços de saúde da Atenção Básica como porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, realizado a partir de uma abordagem quantitativa, com doentes residentes no município de São José do Rio Preto-SP em 2009. Utilizou-se o questionário estruturado que segue o referencial do *Primary Care Assessment Tool*, por meio do qual foram enfocadas questões relativas às informações sócio-demográficas e a dimensão porta de entrada. A análise dos dados foi realizada por meio da distribuição de frequência e do teste Qui-quadrado para proporções com análise de resíduo. **Resultados:** O primeiro serviço de saúde procurado após o início dos sintomas foi o Pronto Atendimento, seguido pela Atenção Básica. Em relação às variáveis da dimensão porta de entrada, verificou-se associação entre doentes que buscaram os serviços mais próximos de seu domicílio ao início dos sinais e sintomas da tuberculose, e procuraram pela Atenção Básica. Também houve associação estatística entre doentes que não faziam controle preventivo de saúde e a procura pelo Pronto Atendimento. **Conclusões:** A principal porta de entrada para os sintomáticos respiratórios não está sendo a Atenção Básica conforme preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, e sim o Pronto Atendimento.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; diagnóstico; tuberculose

Abstract

Objective: Analyze the socio-demographic profile and the organization of health services as the primary gateway to the tuberculosis diagnosis. **Methods:** This is an exploratory descriptive study, conducted from a quantitative approach, with patients living in the city of Sao Jose do Rio Preto in 2009. A structured questionnaire that follows the reference of the Primary Care Assessment Tool for tuberculosis care was used, focusing on issues related to socio-demographic information and the gateway size. The data analysis was performed by means of frequency distribution and chi-square test for proportions and analysis of residuals. **Results:** The first health service sought after onset of symptoms was the Emergency Care, followed by Primary Health Care. Regarding the variables of gateway size there was a strong association between patients who sought the services closer to his home to the onset of signs and symptoms of tuberculosis and looked for the Primary Health Care and those who sought the services further away and went directly to the specialist services. Also was found between patients who were no preventive control of health and the search for Emergency Care. **Conclusions:** The main gateway to the respiratory symptoms is not Primary Health Care as recommended by the National Tuberculosis Control but the Emergency Care.

Keywords: Primary Health Care; access to health services, diagnosis, tuberculosis

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução

1.1. Aspectos relevantes da Tuberculose na atualidade

A Tuberculose (TB), responsável pelo adoecimento de cerca de um terço da população mundial, causando a morte de quase 3 milhões de pessoas no mundo, permanece como sério problema de saúde pública⁽¹⁾

Intimamente ligada à pobreza e má distribuição de renda, acomete predominantemente adultos jovens em idade produtiva, sendo a maioria do sexo masculino, fato que prejudica a economia do país.⁽²⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2009 ocorreram aproximadamente 9.4 milhões de novos casos da doença, apresentando uma prevalência de 14 milhões, equivalente a 200/100.000 casos/habitantes, mas somente 5.8 milhões de casos foram notificados. A estimativa de mortes no mesmo ano foi de 1,3 milhões, ou seja, 20 /100.000 mortes/habitantes.⁽³⁾

No Brasil os dados atuais apontam que o número de novos casos da doença caiu de 73.673 para 70.601 entre 2008 e 2010, apresentando uma média de 72 mil casos novos por ano. A taxa de incidência passou de 38,82 casos para cada 100.000 habitantes para 37,99.⁽⁴⁾

O país ocupa a 19ª posição entre os 22 países com a mais alta taxa de infectados notificados no mundo que concentram 80% dos casos. A expectativa do governo é que, em um prazo de cinco anos, o país esteja próximo de sair desta lista.⁽³⁻⁴⁾

Além disso, é a terceira causa de mortalidade por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com AIDS no Brasil. Apesar de o tratamento ser ambulatorial e considerado efetivo, apresenta-se como a nona causa de internações por doenças infecciosas, gerando gastos excessivos para a saúde pública. ⁽⁵⁾

O município de São José do Rio Preto-SP é considerado prioritário para o controle da TB desde 1998, devido à elevada taxa de co-infecção TB/HIV, que entre 1998 a 2002, variou de 29 e 31% do total de casos de TB. ⁽⁶⁾

No ano 2009, o município registrou 104 casos novos de TB por todas as formas, resultando uma incidência de 43/100.000 casos/habitantes. No mesmo período apresentou 82,9% de cura, 3,8% de abandono do tratamento e 3,8% de óbitos. ⁽⁷⁾

1.2. Controle da Tuberculose na Atenção Básica

A OMS e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vêm incentivando a descentralização das ações de controle da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS), denominado no Brasil de Atenção Básica (AB). A finalidade é fortalecer o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) e melhorar o acesso ao diagnóstico da doença a partir do modo como esses serviços são organizados, ou seja, com a lógica na gestão do trabalho em saúde em uma perspectiva de promoção e vigilância em saúde, caracterizado pela educação em saúde, atividades na comunidade e a organização da demanda em função das necessidades. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

No Brasil, a partir de 2001 de acordo com a Norma Operacional Assistencial a Saúde 2001/2002 (NOAS) o controle da TB passa a ser responsabilidade da AB de todos os municípios, ou seja, descentralizado, dessa forma passaram a planejar as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e assistir os doentes e seus familiares. ⁽¹¹⁾

No município de São José do Rio Preto o processo de descentralização da TB iniciou-se em 2004 com o Tratamento Supervisionado (TS) para as unidades da AB, mas apenas no final de 2008 passou a executar todas as ações de controle como realização de exames, consultas médicas e de enfermagem, fornecimento de medicamentos, controle de comunicantes e busca por Sintomáticos Respiratórios (SR) em cem por cento das unidades de saúde.

Vale a pena ressaltar que a descentralização das ações de controle da TB para os serviços de AB constituiu avanço significativo, porém pode resultar em diluição de responsabilidades, falta de compromisso, baixa qualidade ou falta de apoio laboratorial, fragmentação de regimes de tratamento e programas, maiores dificuldades para realizar o TS, falta de relatórios e informação de resultados. ⁽¹²⁾

Também, trouxe importantes desafios às equipes da AB que devem estar capacitadas para realizar suspeição e diagnóstico dos casos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; fazer visita domiciliar; realizar ações preventivas e educativas junto à comunidade, além de exigir adequada alocação de recursos, suporte gerencial e técnico para a organização das ações de forma humanizada e resolutiva. ^(13,14)

Atualmente o Ministério da Saúde (MS) reforça a prioridade nas ações de controle da TB incentivando os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e repassando recursos adicionais aos estados e municípios; além de enfatizar a importância da qualificação dos recursos humanos e da rede de laboratórios, a mobilização social e o monitoramento e avaliação.⁽¹⁵⁾

1.3. Porta de entrada

A AB vem gradualmente se fortalecendo e expandindo-se através de mecanismos como o Programa Saúde da Família (PSF), o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com intuito de privilegiar este nível de atenção como a principal porta de entrada do sistema de saúde, já que no Brasil a assistência segue modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados).^(16,17)

Ressalta-se que no município de estudo a porta de entrada dos doentes de TB para o diagnóstico da doença pode ocorrer em qualquer ponto da atenção à saúde, inclusive no serviço privado. Com exceção dos hospitais conveniados ao SUS que a entrada ocorre somente a partir de encaminhamentos dos serviços de PA, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou de serviços especializados.

A porta de entrada implica no acesso e uso do serviço de AB a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelos quais as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência.⁽¹⁸⁾

Desse modo, os serviços de AB devem proporcionar mais acessibilidade à população e resolver a maioria dos problemas de saúde, transferindo para os demais níveis apenas os usuários dos serviços básicos que realmente necessitam da atenção especializada, evitando assim intervenções especializadas desnecessárias, mais caras, ou que podem até provocar efeitos adversos ou indesejáveis como o atraso ao diagnóstico de moléstias que são facilmente e possivelmente detectáveis em nível primário, como a TB. ⁽¹⁸⁾

Nesse contexto, a AB deve possibilitar aos usuários o acesso universal aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos; planejamento e programação descentralizada em território adscrito em consonância com o princípio da equidade, efetivar a integralidade das ações programadas e demanda espontânea, ações permanentes de vigilância em saúde, ações de promoção e prevenção de agravos conforme características sócio-culturais, epidemiológicas e sanitárias da comunidade/famílias; tratamento, continuidade do cuidado e reabilitação; desenvolver relações de vínculo entre as equipes e a população adscrita; valorização dos profissionais de saúde por meio de acompanhamento de sua formação e capacitação; avaliação dos resultados alcançados e estimular a participação popular e o controle social. ^(17,19)

Apesar dos avanços ocorridos com a descentralização das ações de controle da TB, observam-se ainda dificuldades principalmente em relação ao diagnóstico, Busca por Sintomáticos Respiratórios (BSR) e TS. É importante destacar que a maioria dos diagnósticos não são realizados na AB, inclusive no município em questão. ^(14,20-23)

Tal situação é devido a debilidades quantitativas e qualitativas nos recursos humanos e à visão centralizada e fragmentada dos profissionais em relação às ações de controle da TB, que podem comprometer a resolução dos serviços e prejudicar a interação profissional–doente e o vínculo e adesão no tratamento; acarretando assim dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento.⁽¹⁴⁾

Nesse contexto, é importante destacar que a AB enfrenta sérios problemas em relação à acessibilidade e o acesso; o primeiro é a estrutura de um sistema ou unidade de saúde, necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato; já o segundo é a forma como o usuário experimenta o serviço de saúde, sendo assim tem inter-relação com a resolubilidade.^(18,24,25)

De acordo com Fekete (1997),⁽²⁶⁾ a acessibilidade é o resultado de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem sócio-cultural, organizacional, geográfica e econômica.

Segundo a autora, a dimensão sócio-cultural pode ser focada sob as perspectivas da população e dos serviços. No primeiro caso, refere-se à forma como as pessoas percebem os fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde, como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros. Por outro lado, são também considerados os aspectos relacionados ao serviço de saúde como o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional, necessário à continuidade no acesso. A organizacional é representada pelos obstáculos originados pela maneira como o serviço se organiza para facilitar o acesso da população à assistência à saúde, podendo estar presentes não só

no contato inicial com a unidade como também dentro dela e nos demais níveis do sistema. A geográfica diz respeito à distância entre a população e os serviços de saúde. A econômica refere-se às barreiras financeiras para o acesso aos serviços. ⁽²⁶⁾

As principais barreiras organizacionais da AB que dificultam o acesso são devidas principalmente às restrições quanto ao horário de funcionamento e número de vagas para consultas (atendimento agendado), demora para obtenção do atendimento e o grande número de filas. Associada aos aspectos organizacionais ainda existe a imagem de menor qualidade sobre o cuidado de saúde a ser recebido no nível primário devido à importância dada pelos usuários aos especialistas e recursos tecnológicos para a obtenção do alívio do sofrimento, escassos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF). ^(27,28)

Como resultado desse desarranjo, estudos nacionais mostram que os usuários vêm mantendo sua preferência por atendimento médico em pronto-socorros e hospitais não somente para casos agudos de urgência, mas também de forma eletiva para complementar o atendimento da UBS, acarretando a sobrecarga nos serviços de urgência pelo aporte volumoso de casos de complexidade menor que poderiam ser atendidos nos níveis básicos de atenção à saúde, contrariando o sistema de saúde vigente. ^(28,29)

Dessa forma, novos desafios estão sendo propostos a exemplo do acolhimento, como diretriz operacional para reorganizar o processo de trabalho e, assim qualificar a relação do profissional-usuário; resolver os problemas por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, e assim contribuir com a

satisfação do usuário. Portanto, deve ser visto como um dispositivo importante para garantir o acesso e propiciar o vínculo entre os profissionais e população.^(30,31)

O vínculo pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.⁽³²⁾ Para tanto, são necessários profissionais preparados e com conhecimento do território adscrito, que se faz através de atividades, inclusive externas à unidade, como por exemplo a Visita Domiciliar(VD).⁽³³⁾

Do ponto de vista do PSF e PACS, a VD é considerada uma das atividades prioritárias da AB, pois é direcionada para a família e comunidade, com intuito de detectar os fatores de riscos; realizar orientações educativas sobre questões do processo saúde-doença; criação de vínculo entre profissionais e comunidade. Além disso é utilizada como subsídio para o planejamento de ações de promoção, prevenção e cuidado.⁽³⁴⁾

1.4. Justificativa

O interesse em estudar o tema surgiu por tratar-se de uma doença que deve ser controlada preferencialmente na AB, mas que, na prática, apresenta dificuldades em ser referência para os sintomáticos respiratórios. Além disso, a literatura é ainda escassa em relação ao assunto porta de entrada.

Portanto, o estudo pretende esclarecer lacunas que impedem a concretização dessa atenção como porta de entrada para os sintomáticos respiratórios e melhorar a qualidade das ações de controle da TB, principalmente no que se refere ao diagnóstico, na rede básica do município de São José do Rio Preto, já que este é considerado prioritário para o controle da doença.

O presente estudo resulta do projeto multicêntrico denominado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” - Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008, desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede - TB)

Os critérios de escolha dos municípios foram: possuir área geograficamente delimitada com equipes do PSF/ PACS/ UBS com alta, média e baixa taxa de incidência de TB e TB/HIV; DOTS implementada no sistema de saúde e desenvolvimento de ações de controle da TB na AB.

1.5. Objetivos

Analisar o perfil sócio-demográfico e a organização dos serviços de saúde da Atenção Básica como porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

2. Artigo Científico

ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NA PROCURA DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE ASPECTS INFLUENCING THE DEMAND OF PRIMARY CARE FOR THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar o perfil sócio-demográfico e a organização dos serviços de saúde da Atenção Básica como porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, realizado a partir de uma abordagem quantitativa, com doentes residentes no município de São José do Rio Preto-SP em 2009. Utilizou-se o questionário estruturado que segue o referencial do *Primary Care Assessment Tool*, por meio do qual foram enfocadas questões relativas às informações sócio-demográficas e a dimensão porta de entrada. A análise dos dados foi realizada por meio da distribuição de frequência e do teste Qui-quadrado para proporções com análise de resíduo. O primeiro serviço de saúde procurado após o início dos sintomas foi o Pronto Atendimento, seguido pela Atenção Básica. Em relação às variáveis da dimensão porta de entrada, verificou-se associação entre doentes que buscaram os serviços mais próximos de seu domicílio ao início dos sinais e sintomas da tuberculose, e procuraram pela Atenção Básica. Também houve associação estatística entre doentes que não

faziam controle preventivo de saúde e a procura pelo Pronto Atendimento. A principal porta de entrada para os sintomáticos respiratórios não está sendo a Atenção Básica conforme preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, e sim o Pronto Atendimento.

Palavras-chaves: Atenção primária à Saúde; acesso aos serviços de saúde; diagnóstico; tuberculose

Abstract

The objective of this study was to analyze the socio-demographic profile and the organization of health services as the primary gateway to the tuberculosis diagnosis. This is an exploratory descriptive study, conducted from a quantitative approach, with patients living in the city of Sao Jose do Rio Preto in 2009. A structured questionnaire that follows the reference of the Primary Care Assessment Tool for tuberculosis care was used, focusing on issues related to socio-demographic information and the gateway size. The data analysis was performed by means of frequency distribution and chi-square test for proportions and analysis of residuals. The first health service sought after onset of symptoms was the Emergency Care, followed by Primary Health Care. Regarding the variables of gateway size there was a strong association between patients who sought the services closer to his home to the onset of signs and symptoms of tuberculosis and looked for the Primary Health Care and those who sought the services further away and went directly to the specialist

services. Also was found between patients who were no preventive control of health and the search for Emergence Care. The main gateway to the respiratory symptoms is not Primary Health Care as recommended by the National Tuberculosis Control but the Emergency Care.

Keywords: Primary Health Care; access to health services, diagnosis, tuberculosis

Introdução

A Tuberculose (TB) é ainda um dos principais problemas de saúde pública no mundo e no Brasil. Para reverter essa situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vêm incentivando a descentralização das ações de controle da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica (AB). A finalidade é melhorar o acesso ao diagnóstico da doença a partir do modo como esses serviços são organizados, ou seja, com a lógica na gestão do trabalho em saúde em uma perspectiva de promoção e vigilância em saúde, caracterizado pela educação em saúde, atividades na comunidade e a organização da demanda em função das necessidades ^{1,2,3}.

A AB vem gradualmente se fortalecendo e expandindo-se através de mecanismos como o Programa Saúde da Família (PSF), o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ² com o intuito de privilegiar este nível de atenção como a principal porta de entrada do sistema de saúde, já que no Brasil a assistência no

sistema de saúde segue modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados) ^{4,5}.

A porta de entrada implica o acesso e o uso do serviço de AB a cada novo problema ou novo episódio de um problema em razão dos quais as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência. Desse modo, os serviços de AB devem proporcionar mais acessibilidade à população e resolver a maioria dos problemas de saúde, referenciando para os demais níveis apenas os usuários dos serviços básicos que realmente necessitam da atenção especializada, evitando assim intervenções especializadas desnecessárias, mais caras, ou que podem até provocar efeitos adversos ou indesejáveis, como o atraso no diagnóstico de moléstias que são possivelmente detectáveis em nível primário, como a TB ⁶.

Para tanto, as equipes da AB devem estar capacitadas para realizar suspeição e diagnóstico dos casos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; fazer visita domiciliar; realizar ações preventivas e educativas junto à comunidade ⁷. Além disso, exige adequada alocação de recursos, suporte gerencial e técnico para a organização das ações de forma humanizada e resolutiva ⁸.

Apesar dos avanços ocorridos com a descentralização das ações de controle da TB, observam-se dificuldades, principalmente em relação ao diagnóstico, Busca por Sintomáticos Respiratórios (BSR) e Tratamento Supervisionado (TS) ^{8,9,10}.

A AB enfrenta sérios problemas, principalmente em relação ao acesso, ou seja, a forma como o usuário experimenta o serviço de saúde, está interligada mais à resolutividade do que à dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem sócio-demográfica, cultural e predomínio sobretudo das dificuldades referentes à organização e planejamento das ações de saúde ^{6,11}.

As principais barreiras organizacionais da AB que dificultam o acesso são devidas principalmente às restrições quanto ao horário de funcionamento e número de vagas para consultas (atendimento agendado), demora para obtenção do atendimento e o grande número de filas encontradas na AB ^{12,13}. Associada aos aspectos organizacionais ainda existe a imagem de menor qualidade sobre o cuidado de saúde a ser recebido no nível primário devido à importância dada pelos usuários aos especialistas e aos recursos tecnológicos para obtenção do alívio do sofrimento, escassos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF)¹³.

Como resultado deste desarranjo, estudos nacionais mostram que os usuários vêm mantendo sua preferência por atendimento médico em prontos-socorros e hospitais não somente para casos agudos de urgência, mas também de forma eletiva para complementar os atendimentos das UBS, acarretando sobrecarga nesses serviços de urgência em função do aporte volumoso de casos de complexidade menor que poderiam ser atendidos nos níveis básicos de atenção à saúde, contrariando o sistema de saúde vigente ^{13,14}.

Dessa maneira, novos desafios estão sendo propostos, a exemplo do acolhimento, como diretriz operacional para reorganizar o processo de trabalho

e, assim, qualificar a relação do profissional-usuário e resolver os problemas por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Portanto, deve ser visto como um dispositivo importante para garantir o acesso e propiciar o vínculo entre os profissionais e população^{15,16}.

Para tanto, são necessários profissionais preparados e com conhecimento do território adscrito, que se faz através de atividades, inclusive externas à unidade como, por exemplo, a Visita Domiciliar (VD)¹⁷.

Frente à problemática da AB atuar como porta de entrada para os sintomáticos respiratórios de TB para o diagnóstico da doença, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar os aspectos da AB que podem influenciar os sintomáticos respiratórios de TB na procura pela atenção como porta de entrada.

Materiais e Métodos

Este artigo resulta do projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” - Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado a partir de uma abordagem quantitativa, no município de São José do Rio Preto-SP em 2009.

O município possui aproximadamente 419.632 habitantes e o sistema municipal de saúde é composto por 5 distritos sanitários com 13 UBS, 11 USF

(14 equipes e cobertura de 20%), 5 Pronto Atendimentos (PA), 2 ambulatórios de especialidade e 06 hospitais, sendo 3 conveniados ao SUS¹⁸.

A partir de 2004 iniciou-se a descentralização das ações de controle da TB para as unidades de AB do município. Em 2009, o processo de descentralização se intensificou e atualmente as unidades da AB realizam todas as ações de controle da doença (diagnóstico, busca de sintomáticos respiratórios, consulta de rotina, tratamento supervisionado e controle dos comunicantes), contando com a retaguarda da equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) municipal.

População do estudo

Foram selecionados, para o estudo, todos os doentes de TB residentes no município de São José do Rio Preto, maiores de 18 anos e em tratamento no período de novembro de 2008 a novembro de 2009. Excluíram-se aqueles que haviam terminado o tratamento há mais de um mês do período da coleta de dados, doentes internados em hospitais, em situação prisional ou considerados sem condições de responder o questionário.

No período referido, havia 224 doentes em tratamento, de acordo com os dados do TB-WEB, fornecidos pela coordenação do PCT municipal. Entretanto, foram excluídos 12 doentes menores de 18 anos, 3 em situação prisional, 2 doentes psiquiátricos, 8 mudanças de diagnóstico, 1 transferência, 19 óbitos (por TB e outras causas), 1 pertencente a outro município, 68 que já haviam terminado o tratamento há mais de um mês do período da coleta de

dados, 9 doentes que se recusaram a participar da pesquisa e 1 sem condições de responder por estar internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), totalizando 100 doentes entrevistados. A amostra do estudo foi constituída por 99 doentes, um dos quais foi excluído por não saber informar o primeiro serviço de saúde procurado.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2009, por meio de entrevista, utilizando instrumento estruturado com questões relativas às informações sócio-demográficas e outras que seguem o referencial do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), adaptado no Brasil para a atenção à tuberculose¹⁹.

Para este estudo, consideraram-se as variáveis sócio-demográficas (*sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal e situação de trabalho*) e referentes à dimensão porta de entrada: *“Procurou o serviço de saúde mais próximo ao início dos sintomas da TB”, “Recebia Visita Domiciliar antes da TB”, “Via propagandas/campanhas sobre TB”, “Como era o conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico”, “Algum membro da família já havia feito tratamento de TB”, “Fazia controle preventivo de saúde antes da TB” e “Intensidade dos sintomas”*.

Análise dos dados

Para a análise das variáveis sócio-demográficas e de porta de entrada selecionadas neste estudo, foram utilizados a distribuição de freqüência e o teste Qui-quadrado para proporções com análise de resíduo, sendo estas variáveis analisadas segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente ao início dos sintomas da TB.

Inicialmente identificou-se o serviço de saúde relatado pelo entrevistado como o primeiro atendimento após o início dos sintomas da TB. Esses serviços foram então agrupados em três categorias: AB (englobam as UBS e USF), PA e Serviços Especializados (hospitais, consultórios particulares, ambulatórios/policlínicas e PCT), considerando que estes três tipos apresentam diferenças na forma de organização do processo de trabalho no que se refere à missão do serviço, nas relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) e nos tipos de tecnologia presentes em cada serviço.

Ressalta-se que na variável *estado civil*, considerou-se “solteiro” o doente que relatou ser solteiro, separado/divorciado e viúvo, e na variável *situação de trabalho* foi considerado “trabalhando”, aquele que relatou estar empregado e/ou ser autônomo.

Esta pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (protocolo nº 7061/2008) atendendo às recomendações contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde.

Resultados

O primeiro serviço de saúde mais procurado após o início dos sintomas foi o PA (48,5%), seguido pela AB (30,3%) e Serviços Especializados (21,2%).

Não se encontrou nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis socio-demográficas e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente (tabela 1). A maioria dos homens entrevistados procurou primeiramente os serviços de emergência (52,4%). Embora a maior parte das mulheres também tenha procurado este tipo de serviço, concluiu-se que as mulheres procuraram mais a AB do que os homens (tabela 1).

A predominância foi de indivíduos da faixa etária entre 18 a 40 anos, os quais procuraram primeiramente o PA, assim como os doentes entre 41 e 60 anos. Já os doentes na faixa etária dos 61 a 87 anos foram os que mais procuraram a AB, quando sintomáticos. Solteiros e casados/união estável procuraram de forma muito semelhante os três tipos de serviço, sendo que aproximadamente 30% dos doentes de ambos estados civis procuraram pela AB (tabela 1).

Observou-se que os doentes sem escolaridade ou que possuíam o Ensino Fundamental (EF) incompleto procuraram menos a AB (28,6%) e mais o PA (50%) e aqueles que possuíam o EF completo ou mais procuraram mais a AB (34,5%), conforme (tabela 1).

Em relação à situação de trabalho, verificou-se que a maior parte dos doentes não estava trabalhando na época da coleta de dados e que estes procuraram menos a AB (29,0%) e mais o PA (50,0%) do que aqueles que

declararam estar empregados ou ser autônomos. Também em relação à renda mensal individual, os doentes que relataram ganhar até 1/2 salário mínimo procuraram menos a AB (26,5%) do que aqueles que relataram ganhar mais de 1/2 salário mínimo (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sócio-demográficas segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, São José do Rio Preto, 2009.

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				p
	Atenção Básica	Pronto-Atendimento	Serviços Especializados	Total (N = 99)	
	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	
Sexo					
Masculino	18 (28,6%)	33 (52,4%)	12 (19,1%)	63 (100,0%)	0,5779
Feminino	12 (33,3%)	15 (41,7%)	09 (25,0%)	36 (100,0%)	
Idade					
18 a 40 anos	16 (34,0%)	20 (42,6%)	11 (23,4%)	47 (100,0%)	0,1257
41 a 60 anos	07 (18,4%)	24 (63,2%)	07 (18,4%)	38 (100,0%)	
61 a 87 anos	07 (50,0%)	04 (28,6%)	03 (21,4%)	14 (100,05)	
Estado civil					
Solteiro	17 (30,3%)	27 (45,0%)	12 (25,0%)	56 (100,0%)	0,8625
Casado/união estável	13 (30,2%)	21 (48,4%)	09 (22,6%)	43 (100,0%)	
Escolaridade					
Sem escolaridade até EF incompleto	20 (28,6%)	35 (50,0%)	15 (21,4%)	70 (100,0%)	0,8374
EF completo ou mais	10 (34,5%)	13 (44,8%)	06 (20,7%)	29 (100,0%)	
No momento estava trabalhando					
Sim	12 (32,4%)	17 (46,0%)	08 (21,6%)	37 (100,0%)	0,9177
Não	18 (29,0%)	31 (50,0%)	13 (21,0%)	62 (100,0%)	
Renda mensal individual					
Até 1/2 SM	09 (26,5%)	19 (55,9%)	06 (17,7%)	34 (100,0%)	0,5639
Mais de 1/2 SM	21 (32,3%)	29 (44,6%)	15 (23,1%)	65 (100,0%)	

Legenda: EF: Ensino Fundamental; SM: Salário Mínimo

A tabela 2 apresenta os resultados da análise das variáveis da dimensão porta de entrada, relacionados aos aspectos da AB que podem influenciar os sintomáticos respiratórios de TB na procura por este tipo de serviço de saúde como primeira opção para a obtenção do diagnóstico. Encontrou-se associação estaticamente significativa entre as variáveis “*Fazia controle preventivo de saúde antes da TB*” ($p=0,0022$) e “*Procurou o serviço de saúde mais próximo do domicílio ao início dos sintomas da TB*” ($p<0,0001$) e os tipos de serviços de saúde procurados pelo doente ao início dos sintomas da doença.

A maior parte dos doentes relatou o hábito de fazer algum controle preventivo de saúde antes do diagnóstico da TB (73,7%). Houve associação estatística entre doentes que não faziam controle preventivo de saúde e a procura pelo PA (73,1%). Já aqueles que faziam controle preventivo, o serviço de saúde mais procurado foi a AB (35,6%), (tabela 2).

Embora grande parte dos doentes relatasse nunca ter recebido visitas de profissionais de saúde no domicílio antes da TB (78,8%), a procura pelo primeiro serviço de saúde não se diferenciou muito daqueles que recebiam as visitas, sendo que, em ambos os grupos houve predomínio da busca pelo PA como porta de entrada (tabela 2).

Doentes que relataram já ter visto propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a TB antes do início dos sinais e sintomas (65,7%) procuraram menos a AB e mais o PA do que os que declararam desconhecimento destes. Os doentes que possuíam algum familiar que já havia realizado tratamento para TB (34%) procuraram menos a AB e mais o PA do que aqueles sem nenhum familiar que já havia tratado a doença (tabela 2).

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

Notou-se associação estatística entre doentes que buscaram os serviços mais próximos de seu domicílio no início dos sinais e sintomas da TB e procuraram pela AB (40,9%), e aqueles que buscaram os serviços mais distantes e foram diretamente aos serviços especializados (64,3%).

Quando questionados sobre o conhecimento prévio da TB antes do diagnóstico, a maioria dos doentes relatou saber precariamente sobre a doença (69,7%) e procuraram menos a AB e mais o PA do que aqueles cujo conhecimento era satisfatório (tabela 2).

A busca pelos serviços da AB foi bastante semelhante entre os doentes cuja intensidade dos sintomas iniciais da TB foi percebida como fraca a moderada e forte a muito forte. Entretanto, os doentes que apresentaram sintomas fortes e muito fortes procuraram mais o PA do que os doentes com sintomas fracos a moderados, conforme (tabela 2).

Formatado: Espaçamento entre linhas: Duplo

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaço Depois de: 10 pt, Espaçamento entre linhas: Duplo

Tabela 2 – Distribuição das variáveis da dimensão porta de entrada segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, São José do Rio Preto, 2009.

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	Atenção Básica	Pronto-Atendimento	Serviços Especializados	Total (N = 99)	
	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	
Fazia controle preventivo de saúde (antes da TB)?					
Sim	26 (35,6%)	29 (39,7%)	18 (24,7%)	73 (100,0%)	<0,0022
Não	04 (15,4%)	19 (-73,1%)	03 (11,5%)	26 (100,0%)	
Recebia visitas de algum profissional de saúde (antes da TB)?					
Sim	06 (28,6%)	09 (42,9%)	06 (28,6%)	21 (100,0%)	0,6437
Não	24 (30,8%)	39 (50,0%)	15 (19,2%)	78 (100,0%)	
Via propagandas sobre a TB antes do diagnóstico?					
Sim	18 (27,7%)	33 (50,8%)	14 (21,5%)	65 (100,0%)	0,7265
Não	12 (35,3%)	15 (44,1%)	07 (20,6%)	34 (100,0%)	
Alguém da família já havia feito tratamento para TB?*					
Sim	10 (29,4%)	19 (55,9%)	05 (14,7%)	34 (100,0%)	0,5064
Não	20 (31,3%)	29 (45,3%)	15 (23,4%)	64 (100,0%)	
Procurou o serviço de saúde mais próximo do domicílio ao início dos sintomas da TB?					
Sim	29 (40,9%)	39 (54,9%)	03 (4,2%)	71 (100,0%)	<0,0000
Não	01 (-3,6%)	09 (32,1%)	18 (-64,3%)	28 (100,0%)	
Como era o conhecimento da TB?					
Precário	19 (27,5%)	37 (53,6%)	13 (18,8%)	69 (100,0%)	0,2983
Satisfatório	11 (36,7%)	11 (36,7%)	08 (26,7%)	30 (100,0%)	
Como era a intensidade dos sintomas iniciais da TB?					
Fraco a moderado	08 (30,8%)	10 (38,5%)	08 (30,8%)	26 (100,0%)	0,3244
Forte a muito forte	22 (30,1%)	38 (52,1%)	13 (17,8%)	73 (100,0%)	

Nota: Em negrito $p < 0,05$. As caselas com resultados em negrito apresentaram resíduos significativos para o teste qui-quadrado para proporção. O sinal negativo nas porcentagens foi utilizado para indicar que o resíduo foi negativo. *Excluiu-se um doente que não sabia se algum familiar havia feito tratamento para tuberculose.

Discussão

Este estudo possibilitou verificar que a principal porta de entrada dos sintomáticos respiratórios de TB para o diagnóstico no município de São José do Rio Preto não foi a AB, como preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e sim o PA, corroborando outros estudos realizados no município²⁰ e em outros locais do Brasil¹³, evidenciando a característica hospitalocêntrica, que se mantém por várias décadas no país²¹.

Entretanto a preferência por pronto-atendimentos nem sempre contribui para a garantia do diagnóstico da TB, uma vez, que a lógica atual e historicamente do PA é aliviar a queixa principal. Além disso, esse tipo de serviço também não oferece ao usuário a continuidade de seu tratamento e muito menos a garantia de acesso à referência, seja ela, em UBS ou nos Serviços Especializados²².

Estudo realizado no município de São Paulo mostrou que o tipo de serviço que mais diagnosticou a TB foram os hospitais e pronto-socorros, corroborando outro estudo realizado no município em questão, que comprovou que o local que mais diagnosticou a doença foram os hospitais conveniados do SUS, em razão de encaminhamentos de doentes sem diagnóstico, os quais, por sua vez, procuraram o serviço várias vezes, e por isso apresentam-se já em estágio avançado da doença, resultado do baixo desempenho dos serviços e profissionais da AB e serviços de nível secundário em suspeitar e diagnosticar a doença^{23,24,25,26}.

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

No estudo verificou-se que os doentes com menos escolaridade, baixo salário e sem trabalho no momento procuraram menos a AB, e mais o PA, após perceberem os sintomas. Geralmente as pessoas inseridas nos grupos de baixa renda utilizam menos os serviços de saúde ou apresentam menor probabilidade de usá-los, mas o problema pode estar na falta de conhecimento de como e quando acessar corretamente os serviços de saúde, e não pela dificuldade de acesso econômico, visto que a maioria dos serviços de saúde do município estudado pertence à rede pública ^{27,28}.

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

Já os doentes que informaram utilizar frequentemente o serviço de saúde para fazer o controle preventivo procuraram mais a AB para o diagnóstico, corroborando alguns estudos que revelam que o uso regular de um mesmo serviço pode ser interpretado como sinal da existência de uma porta de entrada ao sistema de saúde a cada nova necessidade/problema ^{29,30}.

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo, Ajustar espaçamento entre texto latino e asiático, Ajustar espaçamento entre texto e números asiáticos

A maior procura pelos serviços de AB entre mulheres e idosos encontrada neste estudo corrobora o fato da utilização mais frequente dos serviços para o controle preventivo entre idosos decorrente de doenças crônicas e do agravamento de suas condições de saúde. E também entre as mulheres, motivadas pelas questões relacionadas à saúde reprodutiva e ao fato de apresentarem mais queixas do que os homens, embora com menor gravidade. Além disso, os programas de prevenção e ofertas de serviços atualmente são dirigidos mais para este grupo de usuários ^{31,32}.

Comumente os jovens e os homens não procuraram o serviço de saúde para ações de prevenção, pois acreditam que são invulneráveis e trazem consigo o medo da descoberta de uma doença grave. O homem ainda se

considera o provedor da família e, por isso, suas preocupações são direcionadas mais para o trabalho e o sustento da família do que para questões relativas aos cuidados de saúde, além disso, referem dificuldades no acesso organizacional dos serviços de saúde³³. Tal situação representa uma ameaça para o controle e diagnóstico precoce da TB e também contribui para a alta taxa de internações e mortes nessa população, pois geralmente descobrem a doença já em estágio avançado^{34,35,36,37,38}.

Em relação ao acesso geográfico, os doentes que procuraram a unidade de saúde mais próxima de sua casa optaram pela AB, por isso não enfrentaram barreiras relacionadas à distância, ao contrário dos que optaram pelos serviços especializados. Sabe-se que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços, ou seja, quanto menos especializados, mais próximos estão da população, já que a lógica da AB é trabalhar em territórios delimitados para melhorar a qualidade da assistência e formação de vínculo com a população^{4,39}.

Portanto, a descentralização das ações de controle da TB para os serviços da AB também foi fundamentada a partir do modo como estes são organizados em territórios, pois a proximidade do indivíduo com o serviço de saúde facilita o acesso ao diagnóstico e a adesão ao tratamento da doença. Porém, somente a proximidade geográfica não determina a escolha do usuário pelo serviço de saúde, mas a existência de vínculo entre os usuários e os profissionais faz com que estes procurem pelos serviços vinculados mesmo que mais distantes⁴⁰.

Formatado: Recuo: Primeira linha:
1,27 cm, Espaçamento entre linhas:
Duplo

É importante enfatizar os problemas encontrados em relação às ações da AB, como a carência das Visitas Domiciliares (VD). Apesar de o estudo evidenciar que não houve diferença na procura pela AB entre aqueles que recebiam VD e aqueles que não recebiam, essa atividade é considerada prioritária, pois tem objetivo de detectar os fatores de riscos das famílias e comunidade do território adscrito; e, oportunamente, realizar orientações educativas sobre questões do processo saúde-doença, criação de vínculo entre profissionais e comunidade. Além disso, ela pode ser utilizada como subsídio para o planejamento de ações visando à promoção da saúde da população⁴¹.

Vale ressaltar que a VD é considerada importante instrumento para a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) e contatos, principalmente casos bacilíferos e crianças, mas na prática, apesar da utilização do Programa Saúde da Família e, em específico o PACS, ainda não é incorporada como uma rotina nos serviços da AB^{42,43}. De acordo com estudo realizado para entender a problemática no município de Ribeirão Preto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) referiram dificuldades devido à sobrecarga de trabalho, falta de programação e planejamento das atividades, dificuldade em abordar o sintomático respiratório e falta de recursos materiais para coleta e acondicionamento de baciloscopias, o que contribui para o diagnóstico tardio da TB⁴⁴.

Também foram evidenciadas, no presente estudo, falhas nas ações de promoção e prevenção da TB, já que foi observado que as campanhas/propagandas/trabalhos educativos realizados não contribuíram

para o conhecimento da doença, e muito menos serviram para direcionar os doentes para a AB.

Tal situação sugere que as equipes de saúde da AB não estão preparadas e envolvidas com o controle da doença, já que atuam apenas em épocas de campanhas ou em sua área de conhecimento, e de forma fragmentada e isolada com outros setores ⁴⁵. De acordo com estudo realizado em municípios do centro-oeste paulista, verificou-se que a maioria das unidades da AB não trabalha com todos os programas do Ministério da Saúde ⁴⁶. Além disso, destaca-se também o desinteresse de gerentes de unidades básicas na participação do planejamento das ações de controle da TB, no qual deveriam ser os responsáveis pelo comprometimento dos profissionais na organização e produção dos serviços ^{44,47}.

A situação é preocupante já que o conhecimento precário sobre a doença é o principal motivo relacionado ao paciente para o retardo do diagnóstico, pois o doente geralmente procura o serviço de saúde tardiamente, apresentando sintomas mais fortes já em estágio avançado da doença, e por isso, tendem a procurar o PA, como evidenciado neste estudo ⁴⁸.

Neste contexto é necessário o planejamento e a atuação contínuos de ações para o controle da TB conforme as necessidades da população adscrita, inclusive orientações adequadas sobre sintomas, diagnóstico, tratamento da TB e principalmente informações à população do tipo de serviço de saúde que deve ser procurado em casos de suspeita ³⁸.

Além de investimentos, principalmente em relação à capacitação de profissionais não só no aspecto técnico-científico, mas também no sentido de

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

humanizar a atenção ao usuário e promover o adequado acolhimento, mesmo no momento do diagnóstico e tratamento da TB.

Outro dado que preocupa a AB, e especialmente o PCT, é o fato dos doentes que tinham algum membro da família que já havia feito tratamento da doença buscarem menos a AB e mais o PA, após o início dos sintomas, visto que no município em questão, a maioria dos tratamentos são realizados na AB ou em ambulatório de referência.

A situação pode ser causada por falhas na vigilância dos contatos durante o tratamento deste membro da família, pois a AB apresenta falta de sistematização da atividade de avaliação de contatos, principalmente no que se refere ao monitoramento e a ações de vigilância epidemiológica⁴⁹.

Além disso, sugere-se que o membro da família que fez o tratamento da TB talvez não tenha ficado satisfeito com o acolhimento recebido pelos profissionais de saúde, por isso não se estabeleceu um vínculo suficiente para indicar ao seu familiar o serviço de saúde.

Geralmente os usuários escolhem o profissional e o serviço de saúde por meio de indicações de familiares, amigos, vizinhos e através de experiências bem sucedidas, principalmente em relação ao acolhimento e ao vínculo com o próprio cliente ou com seus familiares⁵⁰.

O acolhimento implica uma postura humanizada do profissional em atender e solucionar as necessidades do usuário o que faz o vínculo fortalecer-se gradualmente, ou seja, os profissionais e usuários estabelecem um relacionamento de co-responsabilidade, respeito e confiança. Dessa forma, os

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

profissionais passam a ser referência para os usuários; com isso melhora a adesão ao serviço de saúde ⁵¹.

Neste contexto o vínculo e o acolhimento são instrumentos importantes para o controle da TB, pois é necessária uma relação de confiança entre equipe profissional e doente para que este possa sanar todas as dúvidas, inclusive aquelas relacionadas aos fatores que podem influenciar na continuidade do tratamento, considerando que a TB é uma doença carregada de estigmas e preconceitos, ocasionando algumas vezes problemas no convívio familiar e social ^{52,53}.

Porém, o vínculo e o acolhimento constituem-se ainda em desafios do cuidado integral na AB, pois observamos a falta de comunicação entre profissionais e usuários, e atendimento baseado apenas na queixa, sem considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos dos usuários ^{51,54,55}.

Ressalta-se que este estudo teve como limitação o número restrito de doentes entrevistados o que não permitiu outras análises. Assim, os métodos empregados, não permitiram definir pontualmente quais os aspectos da AB que influenciam a busca dos sintomáticos respiratórios por este serviço como porta de entrada.

Considerações finais

Neste estudo encontrou-se a procura predominante pelo PA como primeiro serviço de saúde após o início dos sinais e sintomas da TB. Os homens procuraram principalmente os serviços de PA, e as mulheres

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

Formatado: Espaçamento entre linhas: Duplo

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo, Ajustar espaçamento entre texto latino e asiático, Ajustar espaçamento entre texto e números asiáticos

procuraram mais a AB. Doentes na faixa etária dos 61 a 87 anos e aqueles que declararam estar empregados ou serem autônomos também procuraram mais a AB. Já os doentes sem escolaridade ou que possuíam o EF incompleto e aqueles que relataram ganhar até 1/2 salário mínimo optaram menos pela AB, e mais pelo PA.

Em relação às variáveis da dimensão porta de entrada houve associação estatística entre doentes que não faziam controle preventivo de saúde e a procura pelo Pronto Atendimento. Também houve associação estatística entre doentes que buscaram os serviços mais próximos de seu domicílio e procuraram pela AB e aqueles que buscaram os serviços mais distantes e foram diretamente aos serviços especializados.

A partir desta descrição realizada no ano de 2009, é possível aventar evidências de que as variáveis estudadas possam interferir na busca pela AB, fazendo despertar o interesse para a realização de novos estudos que possuam um delineamento mais preciso.

Além disso, o estudo propõe a necessidade de investimentos em outras redes de atenção à saúde com intuito de qualificar igualmente todos os níveis de atenção, com o objetivo comum de garantir o diagnóstico precoce da TB de forma efetiva, integral e contínua.

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaçamento entre linhas: Duplo

Formatado: Recuo: Primeira linha: 1,27 cm, Espaço Depois de: 0 pt, Espaçamento entre linhas: Duplo, Não ajustar espaço entre o texto latino e asiático, Não ajustar espaço entre o texto asiático e números

Referências

Formatado: Espaço Depois de: 0 pt,
Espaçamento entre linhas: Duplo

1. World Health Organization. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva: WHO; 2008. 198p.
2. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Mascarenhas MTM. Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: Estudo de Caso em Unidades Básica de Saúde Tradicional e Módulo do Programa Médico de Família [doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
5. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(3):401-412.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília; 2002.
8. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):262-267.

-
9. Maciel ELN, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitória, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010; 14(11):1403–1410.
 10. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSSG, Gazetta CE. Current epidemiological aspects of tuberculosis and the impact of DOTS Strategy in Disease Control. *Rev Latino-Am Enferm* 2007; 15(1):171-173.
 11. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1665-75.
 12. Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12(1):63-8..
 13. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(5):1929-1938.
 14. Furtado BMASM, Júnior JLCA, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):279-289.
 15. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:507-15.

-
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília; 2006.
 17. Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PA). *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1411-19.
 18. São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. Conjuntura Econômica 2009. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento 2009.
 19. Villa TCS, Netto AR. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol* 2009; 35(6):610-612.
 20. Scatena LM, Villa TCS, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, Assis MMA, Motta MCS. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):389-397.
 21. Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz;2007.
 22. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto-atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enferm* 2007; 15(1):13-19.

-
23. Galesi VMN, Almeida MMB. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(1): 48-55.
 24. Quintero MCF. Atenção Básica em Saúde: Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP [dissertação]. São José do Rio Preto-SP: Faculdade de Medicina de Rio Preto; 2010.
 25. Macq J, Solis A, Ibarra M, Martiny P, Dujardin B. The cost of medical care and people's health seeking behavior before being suspected of tuberculosis in three local health system, Nicaragua. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(11):1330-1336.
 26. Wahyuni CU, Budiono, Rahariyani LD, Sulistyowati M, Rachmawati T, Djuwari, et al. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonésia. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:135.
 27. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003;37(3):372-8.
 28. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:133-48.
 29. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilizacion de los servicios de salud una revision sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001;17(4):819-32.

-
30. Pinheiro, RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):687-707.
 31. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panamericana Saúde Pública* 2002; 11(5):365-73.
 32. Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS-PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4):1011-1022.
 33. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3):565-574.
 34. Chang CT, Esterman A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. *Rural and Remote Health* 2007; 7:667.
 35. Wang W, Jing Q, Abdullah ASM, Xu B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *Eur J Public Health* 2007; 17(5):419-423.
 36. Cantalice Filho JP, Bóia MN, Sant Anna CC. Análise do tratamento da tuberculose pulmonar em idosos de um hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *J Bras Pneumol* 2007; 33(6):691-698.

-
37. Arcêncio RA, Oliveira MF, Villa TCS. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2):409-417.
 38. World Health Organization. Gender e tuberculosis. Geneva: WHO;2003.
 39. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação de acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface* 2010;14(35):797-810.
 40. Ramos DD, Lima ADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):27-34.
 41. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Olimiski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc* 2006; 15(2):88-95.
 42. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RIC, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 315- 321.
 43. Castelo Filho A, Kritski AL, Barreto AW, Lemos ACM, Ruffino-Netto A, Guimarães CA, et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. *J Bras Pneumol* 2004; 30 Suppl 1:S57-86.
 44. Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Monroe AA, Gonzales RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev eletrônica Enferm* 2007; 9(1):106-

-
118. [citado em 15 de agos 2010]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1a08.htm>.
45. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciê n Saúde Coletiva* 2003;8(2):569-584.
46. Castanheira ERL, Dalben I, Almeida MAS, Puttini RF, Patrício KP, Machado DF, et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde Soc* 2009; 18(2Suppl):S84-88.
47. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(3):665-70.
48. Sreeramareddy C, Panduru KV, Menten J, Ende JV. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis* 2009; 9:91.
49. Gazetta CE, Santos MLSG, Vendramini SHF, Poletti NAA, Neto JMP, Villa TCS. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984-2004). *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(2):306-13. [citado em 15 de agos 2010]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
50. Oliveira FJA. Serviços de Saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul;1998.

51. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc de Enf USP* 43 (2):358-64.
52. Needham DM, Bowman D, Foster SD, Godfrey-Faussett P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. *Health Policy* 2004;67(1):93-106.
53. Gonzáles RIC, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino Netto A, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;16(1):95-100.
54. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciêñ Saúde Coletiva* 2009; 14(1 Suppl):S1523-1531.
55. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1 suppl):S100-110.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

3. Considerações finais

1. O primeiro serviço de saúde mais procurado após o início dos sintomas foi o PA (48,5%), seguido pela AB (30,3%) e Serviços Especializados (21,2%).
2. Destaca-se um possível viés relacionado com o primeiro serviço de saúde procurado, uma vez que o doente pode não ter se lembrado do primeiro local que procurou ou associou o primeiro atendimento com o serviço que atendeu suas necessidades.
3. Não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis socio-demográficas e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente. Os homens procuraram principalmente os serviços de PA e as mulheres procuraram mais a AB. Doentes na faixa etária dos 61 a 87 anos e aqueles que declararam estar empregados ou serem autônomos também procuraram mais a AB. Já os doentes sem escolaridade ou que possuíam o EF incompleto e aqueles que relataram ganhar até meio salário mínimo optaram menos pela AB, e mais pelo PA.
4. O estudo sugere a necessidade de investimentos na AB principalmente para os grupos populacionais que tendem a procurar menos este serviço como: homens, jovens e pessoas com menor escolaridade e renda.
5. Em relação às variáveis da dimensão porta de entrada houve associação estatisticamente significativa entre doentes que não faziam controle preventivo de saúde e a procura pelo PA. Também houve associação estatística entre doentes que buscaram os serviços mais próximos de

seu domicílio e procuraram pela AB e aqueles que buscaram os serviços mais distantes e foram diretamente aos serviços especializados.

6. Ressalta-se que este estudo teve como limitação o número restrito de doentes entrevistados o que não permitiu outras análises. Assim, os métodos empregados, não permitiram definir pontualmente quais os aspectos da AB que influenciam a busca dos sintomáticos respiratórios por este serviço como porta de entrada.
7. Porém, podemos aventar evidências de que as variáveis estudadas possam interferir na busca pela AB, fazendo despertar o interesse para a realização de novos estudos que possuam um delineamento mais preciso.
8. Além disso, o estudo propõe a necessidade investimentos não somente na AB, mas em outras redes de atenção à saúde, com intuito de qualificar igualmente todos os níveis de atenção e garantir o diagnóstico precoce da TB.

4. REFERÊNCIAS

4. Referências

1. Bates I, Fenton C, Gruber J, Lalloo D, Medina LA, Squire SB, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level. *Lancet Infect Dis* 2004; 4(5):267-277.
2. Santos ML SG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15 (número especial): 762-767.
3. World Health Organization. Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Geneva:WHO Report; 2009. 303p.
4. Ministério da Saúde. Brasil reduz casos de Tuberculose. [acesso em 2011 Mar 30]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12351
5. Secretaria do Estado de São Paulo. Divisão de tuberculose e outras pneumotopatias. Tuberculose no estado de São Paulo. Indicadores de morbimortalidade e indicadores de desempenho. *Boletim epidemiológico paulista*; 2006. [acesso em 2010 Jul 12]. Disponível em: www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/manuais.htm.
6. Vendramini SHF, Gazetta CE, Rufino-Netto A, Cury MR, Meirelles EB, Kuyumjian FG et al. Tuberculose em município de porte médio do sudest do Brasil. *J Bras Pneumol* 2005; 31(3): 237-43.
7. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São José do Rio Preto; 2010. [acesso em 2011 Maio 10]. Disponível em:

http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?t ac=Tran_Plan_Muni

8. Mascarenhas MTM. Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: Estudo de Caso em Unidades Básica de Saúde Tradicional e Módulo do Programa Médico de Família [doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
9. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. World Health Organization. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva: WHO; 2008. 198p.
11. Villa T C S, Ruffino-Netto A. (org.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006.
12. Frieden TR, Driver CR. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003;83(1):82-85.
13. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose. *Cad Atenção Básica*. Brasília; 2002. 15p.
14. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):262-267.
15. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1 Supl.):S89-94.

-
16. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciêns Saúde Coletiva* 2006; 11(3):725-731.
 17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
 18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
 19. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde. Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. *Cad Atenção Básica*. Brasília; 2008.
 20. Galesi VMN, Almeida MMB. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(1): 48-55.
 21. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSG, Gazetta CE. Current epidemiological aspects of tuberculosis and the impact of DOTS Strategy in Disease Control. *Rev Latino-Am Enferm* 2007; 15(1):171-173.
 22. Maciel ELN, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitória, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010; 14(11):1403–1410.
 23. Quintero MCF. Atenção Básica em Saúde: Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP [dissertação]. São José do Rio Preto-SP: Faculdade de Medicina de Rio Preto; 2010.

-
24. Lienhardt C, Rowley J, Manneh K, Lahai G, Needham D, Milligan P, et al. Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of the Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(3): 233-239.
 25. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1665-75.
 26. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. *Bibliografia Básica do projeto GERUS. Texto de apoio da unidade I*, p. 114-119, 1997.
 27. Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12(1):63-8.
 28. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(5):1929-1938.
 29. Furtado BMASM, Júnior JLCA, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):279-289.
 30. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:507-15.

-
31. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2006.
 32. Ibanez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saúde Coletiva* 2006; 11(3):683-703.
 33. Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PA). *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1411-19.
 34. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Olimiski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc* 2006; 15(2):88-95.

5. APÊNDICES

5. Apêndices

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado no estudo.

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).

São José do Rio Preto, ____, de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço:
Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP
Telefone (0XX16) 36023228 e.mail: tite@eerp.usp.br

Apêndice 2. Questionário utilizado na coleta de dados.

Número do questionário: _____		Município: _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Digitador: _____		Data da digitação: ____/____/____	
_____		Local da coleta: _____	
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificar: _____			
A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO PACIENTE			
1.	Iniciais: _____		
2.	Sexo: 1- <input type="checkbox"/> Feminino 2- <input type="checkbox"/> Masculino		
3.	Idade: _____		
4.	Endereço Completo: _____		
5.	Raça/Cor	1 <input type="checkbox"/> Branco	2 <input type="checkbox"/> Negro
		3 <input type="checkbox"/> Pardo	4 <input type="checkbox"/> Amarelo
		5 <input type="checkbox"/> Indígena	
6.	Estado civil	Solteiro 1 <input type="checkbox"/>	Casado/ União Estável 2 <input type="checkbox"/>
		Separado / Divorciado 3 <input type="checkbox"/>	Viuvo 4 <input type="checkbox"/>
		Outro _____ 5 <input type="checkbox"/>	
7.	Crença ou religião	Sem religião 1 <input type="checkbox"/>	Católica 2 <input type="checkbox"/>
		Evangélica 3 <input type="checkbox"/>	Espirita 4 <input type="checkbox"/>
		Umbanda/Candomblé 5 <input type="checkbox"/>	Outras _____ 6 <input type="checkbox"/>
8.	Até que série o(a) Sr(a) estudou?	Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2 <input type="checkbox"/>
		1ª fase do ensino fundamental (completo) 3 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental (incompl.); 4 <input type="checkbox"/>
		2ª fase do ensino fundamental (completo) 5 <input type="checkbox"/>	
		Ensino Médio (incompleto) 6 <input type="checkbox"/>	Ensino médio (completo) 7 <input type="checkbox"/>
		Ensino superior (incompleto) 8 <input type="checkbox"/>	Ensino superior (completo) 9 <input type="checkbox"/>
9.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	Desempregado(a) 1 <input type="checkbox"/>	Empregado(a) 2 <input type="checkbox"/>
		Autônomo 3 <input type="checkbox"/>	Do lar 4 <input type="checkbox"/>
		Estudante 5 <input type="checkbox"/>	Aposentado 6 <input type="checkbox"/>
		Afastado 7 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Casa	2 <input type="checkbox"/> Instituição (asilar/ abrigo)
		3 <input type="checkbox"/> Morador de rua	
13.	Zona	Urbana 1 <input type="checkbox"/>	Rural 2 <input type="checkbox"/>
B. PORTA DE ENTRADA			
14.	Antes de ficar doente de tuberculose qual era o primeiro local que o(a) Sr(a) procurava quando ficava doente?	1- <input type="checkbox"/> Locais religiosos/benzedadeiras 2- <input type="checkbox"/> Farmácia 3- <input type="checkbox"/> Serviços de saúde Especificar: _____ 4- <input type="checkbox"/> 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 controle preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina)?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre	

Apêndices

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- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 5- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 8- <input type="checkbox"/> Hospital Privado; 9- <input type="checkbox"/> Consultório particular; 10- <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____ 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
19.	Com que frequência o(a) Sr(a) via propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a tuberculose antes de saber que estava doente ?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
20.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso de bebidas alcoólicas?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
21.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso do cigarro?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
22.	Antes de ficar doente de tuberculose , alguém da sua família já havia feito tratamento para tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
23.	O(a) Sr(a) já fez tratamento preventivo para tuberculose? (quimioprofilaxia)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
24.	Antes de ficar doente da tuberculose , como era o conhecimento do(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim; 2- <input type="checkbox"/> Ruim; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Bom; 5- <input type="checkbox"/> 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 - <input type="checkbox"/> Muito fraco; 2 - <input type="checkbox"/> Fraco; 3 - <input type="checkbox"/> Moderado; 4 - <input type="checkbox"/> Forte; 5 - <input type="checkbox"/> Muito forte
27.	Quando o(a) Sr(a) começou a perceber que estava doente , quantos dias demorou a procurar o primeiro serviço de saúde ? _____ DIAS	
28.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente , procurou o serviço de saúde (postinho, PA...) mais perto de sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 5- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Privado; 8- <input type="checkbox"/> Consultório particular 9- <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____ 0- <input type="checkbox"/> 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	

Apêndices

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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32.b. Exame de raio-X (chapa do pulmão): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32.c. Outros exames. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
33.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente o encaminhou a outro serviço para: 33.a. Consulta médica com outro profissional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33.b. Fazer o exame de escarro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.c. Fazer o raio-X: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.d. Fazer outros exames <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente, QUANTAS VEZES precisou ir ao(s) serviço(s) de saúde para descobrir que tinha TB? _____
35.	Depois que o(a) Sr(a) foi ao serviço de saúde (postinho, PA...) pela primeira vez, quantos dias levou para descobrir que tinha TB? _____ DIAS
36.	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr (a) estava doente de TB? 36.a. Nome: _____ 36.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado) 36.c. Tipo: 1- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 5- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Privado; 8- <input type="checkbox"/> Consultório particular 9- <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____ 0- <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
38.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto durante os fins de semana? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase Sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase Nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
41.	Como é a distância do serviço de saúde que descobriu a tuberculose até a casa do(a) Sr(a)? 1- <input type="checkbox"/> Muito distante; 2- <input type="checkbox"/> Distante; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Próximo; 5- <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
44.	O(a) Sr(a) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose? 1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> 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- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
46.	O(a) Sr(a) necessitou de ajuda financeira para realizar as 1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca

Apêndices

	consultas e exames para descobrir que tinha tuberculose?	
47.	Como foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que descobriu a tuberculose ?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim; 2- <input type="checkbox"/> Ruim; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Bem; 5- <input type="checkbox"/> Muito bem
D. ELENCO DE SERVIÇOS PARA O DIAGNÓSTICO		
48.	Todos os exames pedidos para o(a) Sr(a) foram realizados no serviço que descobriu a tuberculose ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
49.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose perguntou se o(a) Sr(a) tinha alguma dificuldade de transporte para realizar/entregar os exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
50.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose ofereceu transporte e/ou vale transporte para a realização/entrega dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
51.	O(a) Sr(a) recebeu orientação para a realização dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
52.	Com que frequência faltou materiais (pote de escarro, etc.) para a realização dos exames no serviço que descobriu a tuberculose ?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
53.	O(a) Sr(a) teve dificuldade para entregar o pote de escarro no serviço que descobriu a tuberculose ?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso não tenha feito exame de escarro)
54.	O(a) Sr(a) recebeu os resultados dos exames realizados:	54.a. No serviço de saúde que fez o pedido dos exames 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 54.b. Em outro serviço de saúde. Especificar: _____ 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
E. TRATAMENTO		
55.	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha TB, quantos dias demorou para começar a fazer o tratamento? _____ DIAS <input type="checkbox"/> Não sabe	
F. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE		
56.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose perguntaram se as pessoas que moram com o(a) Sr(a) têm tosse, febre, emagrecimento?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
57.	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha tuberculose, recebeu visita de algum profissional de saúde em sua moradia?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
58.	As pessoas que moram com o(a) Sr(a) foram avaliadas com:	58.a. Exame de escarro (catarro) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua) 58.b. Raio X (chapa do pulmão) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua) 58.c. PPD (exame na pele) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre

Apêndices

		0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)	
59.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram com as pessoas que moram com o(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)	
60.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram sobre as condições de vida das pessoas que moram com o(a) Sr(a) (emprego, moradia, saneamento básico)?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)	
61.	O(a) Sr(a) observava visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança para perguntar se as pessoas têm tosse?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe	
G. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista)			
FONTES DE COLETA DE DADOS: _____			
62.	Nº SINAN ou WEB-TB: _____	63. Prontuário: _____	
64.	Serviço responsável pelo diagnóstico 64.a Nome: _____ 64.b. Endereço: _____ 64.c. Horário de atendimento: _____ 64.d. Tipo de Serviço de Saúde: <input type="checkbox"/> 1 UBS <input type="checkbox"/> 2 UBS/PACS <input type="checkbox"/> 3 USF <input type="checkbox"/> 4 Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose. Especificar _____ <input type="checkbox"/> 5 Hospital público <input type="checkbox"/> 6 Hospital privado <input type="checkbox"/> 7 Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> 8 Consultório Particular <input type="checkbox"/> 9 Outro. Especificar _____		
65.	Data do diagnóstico: _____		
66.	Exames realizados	66.a. Baciloscopia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	66.e. Biópsia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		66.b. PPD <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	66.f. Cultura de escarro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		66.c. Raio X <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	66.g. anti-HIV <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		66.d. Outros: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
67.	Forma Clínica da TB	67.a. Pulmonar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	67.b. Extrapulmonar: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
68.	Tipo de caso	68.a. Caso novo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		68.b. Recidiva <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		68.c. Retratamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		68.d. Tratamento após abandono <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
69.	Co-infecção pelo HIV	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
70.	Serviço responsável pela consulta médica de controle		
	<input type="checkbox"/> 1 Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; <input type="checkbox"/> 2 Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas <input type="checkbox"/> 3 Outro (_____)		
	71.a. Nome: _____		

Apêndices

	71.b. Endereço: _____				
	71.c. Horário de atendimento médico aos doentes de TB: _____				
71.	Data de início do tratamento: _____				
72.	Tempo de Tratamento Medicamentoso	< 1 mês	1 <input type="checkbox"/>	> 6 Meses até 9 Meses	4 <input type="checkbox"/>
		> 1 Mês até 3 Meses	2 <input type="checkbox"/>	> 9 Meses	5 <input type="checkbox"/>
		> 3 Meses até 6 Meses	3 <input type="checkbox"/>		
73.	Faz tratamento supervisionado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
74.	Serviço responsável pelo tratamento supervisionado/ auto-administrado 1 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose; 2 <input type="checkbox"/> Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas 3 <input type="checkbox"/> Outro (_____)				
	74.a Nome: _____				
	74.b. Endereço: _____				
	74.c. Horário de realização do TS: _____				

Apêndice 3. Aprovação do Comitê de Ética.

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

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

Parecer n.º 465/2008

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

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

São José do Rio Preto, 15 de dezembro de 2008.


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