

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**MAYRA FERNANDA DE OLIVEIRA**

**Acesso ao diagnóstico de tuberculose em serviços de  
saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo  
(2006-2007)**

**Ribeirão Preto  
2009**

**MAYRA FERNANDA DE OLIVEIRA**

**Acesso ao diagnóstico de tuberculose em serviços de  
saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo  
(2006-2007)**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem  
de Ribeirão Preto da Universidade de São  
Paulo para obtenção do título de Doutor em  
Ciências junto ao Programa de Pós-  
Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Inserida na linha de pesquisa: Práticas,  
Saberes e Políticas de Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina  
Scatena Villa

**Ribeirão Preto  
2009**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## Catálogo da Produção

**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**

Oliveira, Mayra Fernanda de

Acesso ao diagnóstico de Tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007)  
137 f.: 30 cm.

Tese (Doutorado – Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina Scatena Villa

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

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Mayra Fernanda de Oliveira  
Acesso ao diagnóstico de Tuberculose em serviços de saúde do município de  
Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007)

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Doutor em Ciências.  
junto ao Programa de Pós-Graduação  
Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

*A Deus pela minha vida e por guiar meu caminho.*

*À minha mãe **Neres**, a quem devo minha vida e a pessoa que sou. Obrigada pelos ensinamentos, pelo amor incondicional e pela dedicação e confiança.*

*Ao meu pai **Canuto** (in memorian), pelas lembranças maravilhosas. Agradeço a Deus pelo tempo que passamos juntos.*

*Ao **Marco**. Obrigada pelo incentivo ao meu crescimento e por compartilhar com toda paciência os momentos mais difíceis. Amo você!*

*Aos meus irmãos, **Marquinho** e **Paula** e à minha cunhada **Raquel**, pelo apoio em toda trajetória da minha vida, pelo ombro amigo e pela grande contribuição na minha formação pessoal e profissional.*

*Ao **Albino**, por fazer parte dessa família e por ser uma pessoa tão simples e tão alegre.*

*Aos meus sobrinhos **Talita**, **Halana**, **Isabele** e **Nicolas**, por toda alegria que proporcionam à nossa família. Beijos da Iá.*

*Ao **Toy**, pela amizade incondicional.*

*Vocês que sempre estiveram ao meu lado...*

*São responsáveis por essa trajetória...*

**São Minha família!!!**

## ***HOMENAGEM ESPECIAL***

***À minha orientadora Profa Dra Tereza Cristina Scaten Villa***

*Obrigada pela oportunidade de crescimento profissional e por todo aprendizado que adquiri ao seu lado. Você que dedica tanto a esse grupo de pesquisa, merece tudo o que tem hoje e merece todo o reconhecimento de seu trabalho. Agradeço pela confiança que sempre depositou no meu trabalho e por todas as palavras de incentivo. Se cheguei até aqui, devo muito a você.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto*

*Uma pessoaal muito especial que luta pelos direitos dos doentes de tuberculose.*

*Uma pessoa sempre disposta em nos ajudar, que compartilha todo o vasto conhecimento que possui. Obrigada pela preocupação com nosso bem-estar, com nossa alegria. Agradeço ainda sua dedicação, as palavras de incentivo e a forma de valorizar cada um de nós. Ter o senhor por perto é um privilégio.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Aos membros da banca examinadora Profa Dra Tereza Cristina Scatena Villa, Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto, Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, Profa Dra Jordana de Almeida Nogueira, Prof. Dr. Afrânio Lineu Kritski, pelas contribuições e considerações fundamentais ao meu trabalho.*

*Às amigas*

*Valéria, por todos os momentos que vivemos juntas, pela amizade eterna.*

*Danuzia, por dividirmos tantas oportunidades e percorrermos tantos caminhos juntas.*

*Lúcia, por tantas vezes que me acolheu como uma filha.*

*Miriane, por ser uma pessoa tão dedicada e com um coração enorme.*

*Paula, pela alegria que traz à minha vida.*

*Ao Sr José Matheus e D. Lourdes, pela acolhida e pelas palavras de incentivo.*

*A Marlucy e ao Marco pelos momentos alegres e pela amizade dedicada.*

*Aos amigos da EERP Aline, Cinthia, Roxana, Patrícia, Ricardo, Rúbia, Maria Eugênia, Elisangela, Maria Amélia, Márcio, Silvia, Lurdinha, com quem aprendi o quanto é bom trabalhar em equipe. Agradeço por todos os momentos compartilhados.*

*À Lourdes, pelo apoio e pela compreensão nos momentos difíceis. Agradeço pela valorização profissional, as palavras amigas de carinho.*

*Às amigas Fabiana e Giovana, pelo apoio e otimismo.*

*Aos amigos do Hospital Estadual de Ribeirão Preto, por tudo que estamos construindo juntos, pelo incentivo nessa caminhada.*

*Ao Dr Vanderlei Mega Palocci, por todo auxílio que tem me dado e por compreender esse momento de luta.*



*Aos amigos da UBDS Castelo Branco, pelo imenso apoio e pela compreensão.*

*À Profa Magali Boemer e a Tauani pelas correções do texto e pelo incentivo.*

*À Lívia pelo maravilhoso trabalho de tradução dos resumos.*

*Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha pelo tempo dedicado ao meu trabalho e pelas preciosas colocações.*

*À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por todo esse tempo de estudo.*

*Ao Programa de pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, em nome da coordenadora Profa Dra Ana Maria de Almeida, da vice-coordenadora Profa Dra Carmem Gracinda Scochi e da secretária Shirley Figueiredo. Agradeço o incentivo à pesquisa.*

*A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela dedicação no trabalho prestado.*

*Aos doentes de TB, que possibilitaram o desenvolvimento do trabalho.*

*À CAPES.*

*A todos aqueles que torceram e oraram por mim.*

## **Lucidez**

Livrar-se dos  
Preconceitos  
Ideologias  
Repressões  
Mitos.

Credenciar-se  
Mundo da lucidez.

Conduzir-se  
Exorcizando fantasmas  
Vida melhor vivida  
Qualidade espontânea  
Sem estupidez.

**Antonio Ruffino Netto**

## RESUMO

OLIVEIRA, M. F. **Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços saúde do município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)**. 137 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

O presente estudo avalia o acesso ao diagnóstico da tuberculose município de Ribeirão Preto – São Paulo. O estudo foi baseado num instrumento do Primary Care Assessment Tool (PCAT) elaborado por Starfield (1998; 2000), adequado e validado para o Brasil por Macincko e Almeida (2006) e adaptado para a atenção a TB por Villa e Ruffino-Netto (2007). A amostra, por conveniência, foi constituída de 100 doentes de TB residentes em Ribeirão Preto, diagnosticados entre junho de 2006 a julho de 2007. Os dados foram coletados por entrevista estruturada. Os doentes responderam às questões seguindo uma escala do tipo Likert com 5 escores. Também foram coletados dados referentes aos endereços dos doentes e condições sócio-econômicas. Foi utilizado o geoprocessamento para identificar os serviços de referência para cada doente e as distâncias entre os domicílios e os serviços de saúde. A análise dos dados foi realizada por meio de análise exploratória e, em seguida, da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM). Houve predomínio do sexo masculino, ensino fundamental incompleto e residentes em moradia própria. Com relação à porta de entrada observou-se que, apesar da maioria dos doentes ter procurado por atendimento em UBS, houve predomínio do diagnóstico em pronto-atendimentos e hospitais e em serviços de saúde fora da área de abrangência. Poucos doentes foram diagnosticados na atenção primária e em serviços privados. Houve maior prevalência de características que demonstram condições sócio-econômicas mais baixas. A maioria dos doentes foi captada precocemente pelos serviços de saúde. 24% dos doentes relataram dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde que pode ter sido relacionado à perda de dia de trabalho para consultar, necessidade de utilizar transporte motorizado e de pagar pelo transporte que ocorreram na maioria dos doentes. Por meio da AFCM foi possível identificar três grupos: O Grupo 1 foi identificado como doentes diagnosticados em serviços de saúde privados, com intermediário e alto grau de escolaridade respectivamente, possuem carro, consultaram em serviços de saúde distantes de suas residências, necessitaram de transporte para consultar e tiveram que pagar pelo transporte. As barreiras organizacional e sócio-cultural foram encontradas por esse grupo. O Grupo 2 foi composto de doentes diagnosticados em UBDS e AR, com baixo grau de escolaridade, não possuem automóveis, procuraram por assistência em serviços de saúde próximos de suas residências, não utilizaram nem gastaram com transporte e perderam dia de trabalho para consultar. Para esse grupo maior barreira foi a econômica. O Grupo 3 foi composto pelos doentes diagnosticados em hospitais públicos e UBS, que sempre conseguiram consulta no prazo de 24 horas, nunca perderam o dia de trabalho para consultar e nunca tiveram dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde. Esse grupo apresentou como principal barreira a organizacional.

Palavras-chave: Tuberculose. Acesso aos Serviços de Saúde. Diagnóstico. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, M. F. **Access to tuberculosis diagnosis in health services in the city of Ribeirão Preto – SP (2006-2007)**. 137 p. Dissertation (Doctoral Program) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

The present study evaluates the access to tuberculosis diagnosis in health services in the city of Ribeirão Preto, in the state of São Paulo. The study was based in an instrument of the Primary Care Assessment Tool (PCAT), developed by Starfield (1998; 2000), adapted and validated to Brazil by Macincko and Almeida (2006) and adapted for TB care by Villa and Ruffino-Netto (2007). The convenience sample consisted of 100 TB patients who live in Ribeirão Preto, diagnosed between June 2006 and July 2007. Data were collected through structured interview. Patients answered the questions according to a 5-point Likert-type scale. Data on patients' address and socioeconomic conditions were also collected. Geoprocessing was used to identify the reference services for each patient and the distance between their houses and the health services. Exploratory analysis and the Multiple Correspondence Factorial Analysis (MCFA) were used for data analysis. There was predominance of males, with incomplete primary education and living in owned houses. Regarding the start of the health care, although most patients searched for care at Basic Health Units (UBS), most diagnoses were done in emergency services, hospitals and health services outside the coverage area. Few patients were diagnosed in primary care and private services. Most characteristics evidenced that patients lived in low socioeconomic conditions. Most patients were contacted early by the health services. In total, 24% of the patients reported having difficulties to go to the health services, which can be related to the need of missing a day of work to go to the health appointment, and the need to use and pay for motorized transportation, needed by most patients. The use of MCFA enabled the identification of three groups: Group 1 was identified as patients diagnosed in private health services, with intermediate and high educational levels, who own a vehicle, have received care in health services far from their houses, needed transportation to go to the health services and had to pay for it. Organizational and sociocultural barriers were identified by this group. Group 2 consisted of patients diagnosed at UBDS (Basic Health District Units) and RCS (Reference Care Services), with low educational level, do not have vehicles, searched for care in health services close to their houses, did not use nor paid for transportation and missed a day of work to attend the health appointment. To this group, the greatest barrier was economic. Group 3 consisted of patients diagnosed in public hospitals and UBS, who managed to schedule appointments in at most 24 hours, have never missed the day of work to go to the health services and never faced difficulties to go to the health service. The organizational barrier was the main one identified by the group.

Key words: Tuberculosis. Health Services Accessibility. Diagnosis. Primary Health Care.

## RESUMEN

OLIVEIRA, M. F. **Acceso al diagnóstico de la tuberculosis en los servicios de salud del municipio de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)**. 137 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

El presente estudio evalúa el acceso al diagnóstico de la tuberculosis en los servicios de salud del municipio de Ribeirão Preto, en el estado de São Paulo. El estudio fue basado en un instrumento del *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Starfield (1998; 2000), adecuado y validado para el Brasil por Macincko y Almeida (2006) y adaptado para la atención a la TB por Villa y Ruffino-Netto (2007). La muestra de conveniencia fue constituida de 100 pacientes de TB residentes en Ribeirão Preto, diagnosticados entre junio de 2006 y julio de 2007. Los datos fueron recolectados por entrevista estructurada. Los pacientes respondieron a las cuestiones siguiendo una escala del tipo Likert con 5 puntos. También fueron recolectados datos referentes a las direcciones y condiciones socioeconómicas de los pacientes. El geoprocetamiento fue utilizado para identificar los servicios de referencia para cada paciente y las distancias entre los domicilios y los servicios de salud. El análisis de los datos fue realizado por análisis exploratorio y, en seguida, por Análisis Factorial de Correspondencia Múltiple (AFCM). Hubo predominio de pacientes del sexo masculino, con enseñanza fundamental incompleta y viviendo en domicilio propia. Con relación a la entrada en el servicio de salud, se observó que, a pesar de la mayoría de los pacientes haber procurado por atención en las UBS (Unidad Básica de Salud), hubo predominio del diagnóstico en servicios de urgencia, hospitales y en servicios de salud fuera del área de alcance. Pocos pacientes fueron diagnosticados en la atención primaria y en servicios privados. Hubo prevalencia de características que demuestran condiciones socioeconómicas más bajas. La mayoría de los pacientes fue captada precozmente por los servicios de salud. El 24% de los pacientes relataron dificultad de desplazamiento hasta los servicios de salud, lo que puede estar relacionado a la pérdida de día de trabajo para consultar, necesidad de utilizar transporte motorizado y de pagar por el transporte, lo que ocurrió en la mayoría de los casos. Por medio de la AFCM fue posible identificar tres grupos: El Grupo 1 fue identificado como los pacientes diagnosticados en servicios de salud privados, con nivel de escolaridad medio y alto, tienen automóvil, fueron a servicios de salud distantes de sus residencias, necesitaron de transporte para consultar y tuvieron que pagar por el transporte. Las barreras organizacional y sociocultural fueron encontradas por ese grupo. El Grupo 2 son los pacientes diagnosticados en UBDS (Unidad Básica Distrital de Salud) y SR (Servicios de Referencia), con bajo nivel de escolaridad, que no tienen automóvil, buscaron por atención en servicios de salud próximos de sus residencias, no utilizaron ni expendieron con transporte y perdieron el día de trabajo para ir al servicio de salud. Para ese grupo, la mayor barrera fue la económica. El Grupo 3 son los pacientes diagnosticados en hospitales públicos y en UBS, que siempre consiguieron consulta en el plazo máximo de 24 horas, nunca faltaron al trabajo para consultar y nunca tuvieron dificultad para se desplazar hasta la unidad de salud. Ese grupo presentó como principal barrera la organizacional.

Palabras clave: Tuberculosis. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Diagnóstico. Atención Primaria de Salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b>	Impacto do problema TB .....	32
<b>Figura 2:</b>	O sistema de serviços de saúde.....	41
<b>Figura 3:</b>	Estrutura-Processo-Resultado: Características.....	42
<b>Figura 4:</b>	Esquema da definição da variável área de abrangência .....	59
<b>Figura 5:</b>	Plano Fatorial (AFCM).....	73
<b>Figura 6:</b>	GRUPO 1: Doentes diagnosticados em hospitais privados e consultórios particulares .....	74
<b>Figura 7:</b>	GRUPO 2: Doentes diagnosticados em UBDS e Ambulatórios de referência.....	75
<b>Figura 8:</b>	GRUPO 3: Doentes diagnosticados em Hospitais públicos e UBS .....	76

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Estimativa populacional dos distritos de Ribeirão Preto (2004) .....	50
<b>Quadro 2:</b>	Variáveis utilizadas no estudo .....	54
<b>Quadro 3:</b>	Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo indicadores relacionados ao acesso ao diagnóstico .....	71
<b>Quadro 4:</b>	Composição da AFCM.....	72

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição de frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de julho de 2006 a julho de 2007, segundo características sócio-demográficas..... 63
- Tabela 2:** Distribuição de frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de julho de 2006 a julho de 2007, segundo características sócio-econômicas ..... 64



## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição dos doentes TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo forma de apresentação para o diagnóstico ..... 65
- Gráfico 2:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo frequência com que procuraram pelos serviços de saúde quando iniciaram os sintomas da TB ..... 66
- Gráfico 3:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de julho de 2006 a julho de 2007, segundo frequência com que eles procuraram a unidade de saúde de sua área de abrangência para obter o diagnóstico da doença ..... 67
- Gráfico 4:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de julho de 2006 a julho de 2007, segundo diagnóstico dentro ou fora da área de abrangência e local de diagnóstico ..... 68
- Gráfico 5:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de julho de 2006 a julho de 2007, segundo grau de escolaridade ..... 69
- Gráfico 6:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de julho de 2006 a julho de 2007, segundo propriedade de automóvel ..... 70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AFCM</b>	Análise Fatoial de Correpondência Múltipla
<b>AIDS / SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Humana
<b>AP</b>	Atenção Primária
<b>AR</b>	Ambulatório de Referência
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>DOTS</b>	<i>Directly Observed Therapy Short-Course</i>
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GEOTB</b>	Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA</b>	Pronto Atendimento
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCT</b>	Programa de Controle da Tuberculose
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNCT</b>	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SR</b>	Sintomático Respiratório
<b>SS</b>	Serviços de saúde
<b>SUS</b>	Sistem Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TS</b>	Tratamento supervisionado
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UBDS</b>	Unidade Básica e Distrital de Saúde
<b>UBDS-PA</b>	Pronto Atendimento de Unidade Básica e Distrital de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	<b>19</b>
<b>1. CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>22</b>
1.1. A magnitude do problema da tuberculose .....	23
1.2. A tuberculose em Ribeirão Preto .....	28
1.3. O diagnóstico da tuberculose .....	29
1.4. Atenção Básica e a assistência à tuberculose.....	32
1.5. Justificativa do estudo.....	36
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
2.1. Objetivo geral.....	38
2.2. Objetivos específicos .....	38
<b>3. QUADRO TEÓRICO</b> .....	<b>39</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
4.1. Delineamento do estudo .....	47
4.2. Percurso metodológico .....	47
4.3. Campo de estudo .....	47
4.3.1. A organização da atenção à TB em Ribeirão Preto .....	48
4.4. População do estudo .....	52
4.5. Instrumentos de coleta dos dados .....	53
4.6. Variáveis do estudo .....	54
4.7. Coleta de dados.....	55
4.8. Análise dos dados .....	57
4.9. Aspectos éticos da pesquisa .....	61
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>62</b>
5.1. Caracterização da população do estudo.....	63
5.2. Porta de entrada para o diagnóstico da TB .....	65
5.3. Indicadores relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB .....	69
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>77</b>
6.1. Caracterização da população .....	78
6.2. Porta de entrada .....	79
6.3. Fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB.....	88
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	<b>99</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>102</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>118</b>

## ***Apresentação***

O interesse pela Saúde Pública, assim como pela temática Tuberculose (TB) esteve presente desde minha Graduação em Enfermagem. Nesse período tive a oportunidade de engajar-me, por meio da iniciação científica, no Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), que em 2002 foi cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq.

O GEOTB vem ampliando conhecimento na área de TB sob diferentes vertentes: Sistema de atenção à saúde (RUFFINO-NETTO, 1999; 2000; 2001; 2002); Adesão ao tratamento (VENDRAMINI et al., 2002); Implantação do TS e trabalho no território (MUNIZ; VILLA, 1999; HINO et al., 2005; MONROE et al., 2005); Indicadores epidemiológicos da doença (WATANABE; RUFFINO-NETTO, 1995; MUNIZ; VILLA, 2002; SASSAKI et al., 2002; SASSAKI, 2003); Tratamento supervisionado e Busca de sintomáticos respiratórios (MUNIZ, 2004; MUNIZ et al., 2005; ARCÊNCIO, 2006; OLIVEIRA, 2006); Controle de comunicantes (GAZETTA, 2004); Aspectos operacionais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e da Estratégia *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS) (OLVERA, 2004; CARDOZO-GONZALES, 2005); Carga da TB (VENDRAMINI, 2005); Fatores preditivos para o resultado do tratamento da TB (SASSAKI, 2006); Distribuição espacial da TB (HINO, 2007); Implantação da Estratégia DOTS em diferentes regiões do Brasil (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2006; VILLA; RUFFINO-NETTO, 2007); Atenção Primária e TB (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009a).

Durante a iniciação científica desenvolvi dois trabalhos: “*Aspectos que influenciam a atuação da equipe frente ao tratamento da tuberculose*”, financiado pelo Programa Institucional de Bolsas e Iniciação Científica (PIBIC), do CNPq; “*O tratamento supervisionado em uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto: intermitência da supervisão do tratamento*”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

A realização desses trabalhos e a troca de experiências dentro GEOTB me fizeram compreender as questões que permeiam todo o processo de atenção a TB e que o sucesso do tratamento dos doentes acometidos pela tuberculose deve ser compreendido desde o período que antecede ao diagnóstico desse doente.

Esse foi o estímulo para a escolha do tema abordado em minha dissertação de Mestrado “*A Busca de Sintomáticos Respiratórios para o controle da tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo*”, concluída em 2006. Este estudo fazia parte do projeto de âmbito nacional denominado “**Situação da implantação da Estratégia DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com características regionais**”.

Esse trabalho permitiu identificar que para os gestores a Busca de sintomáticos respiratórios é uma atividade considerada importante na detecção de casos de tuberculose, porém só é incorporada na rotina dos serviços de saúde através da demanda espontânea. Dentre os problemas identificados na busca de sintomáticos respiratórios estão a falta de envolvimento dos profissionais e a dificuldade na realização de treinamentos desses profissionais. Já a retaguarda laboratorial foi considerada um ponto fortalecedor da busca de sintomáticos respiratórios, devido à estruturação dos laboratórios e rapidez na divulgação dos resultados de baciloscopias.

Durante o mestrado foi possível observar que o diagnóstico da tuberculose ainda é um ponto frágil da atenção à TB, não pelos métodos preconizados, mas pela dificuldade que muitas vezes o doente tem no acesso serviços de saúde.

O estudo que aqui será apresentado traz como tema o acesso ao diagnóstico da tuberculose, sendo esta a primeira etapa de todo o processo de atenção ao doente de tuberculose, primordial para o sucesso das demais etapas.

Este trabalho insere-se no estudo multicêntrico “**Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil**”, realizado em algumas regiões do Brasil, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisas Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose (REDE-TB).

Fazem parte do estudo multicêntrico, municípios da região sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro) e região nordeste (Paraíba e Bahia), tendo como critério de inclusão a implantação do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) há pelo menos cinco anos. O trabalho foi desenvolvido por pesquisadores da REDE-TB, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Faculdade de

Medicina de São José do Rio Preto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Estadual da Paraíba, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/NUPISC.

Espero que esse estudo contribua para o controle da TB e que desperte indagações aos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde acerca da atenção prestada aos usuários dos serviços de saúde em geral.

***1. CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE  
INVESTIGAÇÃO***

## **1.1. A magnitude do problema da tuberculose**

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa que persiste como um problema de saúde pública de séria magnitude e requer urgente atenção (WHO, 2002a). Não é uma doença emergente nem reemergente, mas sim um problema presente e ficante, pois está presente no Brasil há muito tempo; ficou conhecida como a “calamidade negligenciada” (RUFFINO-NETTO, 2002).

Ela afeta principalmente populações mais vulneráveis socialmente. Cerca de três milhões de pessoas morrem de tuberculose por ano, estimando-se que ela permanecerá entre as dez maiores causas da carga de doenças infecciosas no ano de 2020 (MURRAY; STYBLO; ROUILLON, 1990).

Sua propagação está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria (BRASIL, 2002).

A transmissão é plena enquanto o doente estiver eliminando bacilo e não tiver iniciado o tratamento. Com o esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, gradativamente, a níveis insignificantes ao fim de poucos dias ou semanas (BRASIL, 1997).

Estima-se que no mundo haja 9,2 milhões de casos novos por ano, sendo, destes, 4,1 milhões de casos bacilíferos, 0,5 milhões de multidrogarresistentes e 1,37 milhões de casos HIV positivos. A incidência chega a 139 casos por 100000 habitantes e a prevalência a 13,7 milhões de casos. Os óbitos chegam a quase 2 milhões ao ano, dos quais 0,5 milhões ocorrem em casos HIV positivos (WHO, 2009).

A TB é considerada a maior causa de adoecimento e óbitos em todo o mundo, principalmente na Ásia e na África. Na América Latina calcula-se que sejam notificados 65% dos casos existentes, correspondendo a cerca de 4% das notificações mundiais (WHO, 2005). Peru e Brasil representam 50% da TB nas Américas (OPAS, 2004).

Dos casos estimados de tuberculose, 80% estão concentrados em 22 países; dentre eles, o Brasil ocupa a 14<sup>a</sup> posição. Estima-se que no país haja 92 mil



casos novos por ano, com uma incidência de 48 casos por 100000 habitantes e prevalência de 60 casos por 100000 habitantes. Os casos bacilíferos chegam a 49 mil por ano, os multidrogarresistentes representam 0,9% dos casos e a mortalidade geral é de 8,4 mil óbitos por ano (WHO, 2009).

No país, a TB é a 4ª causa de mortalidade por doenças infecciosas e, apesar de seu tratamento ser ambulatorial, apresenta-se como a 9ª causa de internações por doenças infecciosas e o 7º lugar em gastos com as internações (SÃO PAULO, 2006).

Em 2005, no estado de São Paulo, foram notificados 16828 casos novos de TB, representando um coeficiente de incidência de 41,6 por 100000 habitantes. O sexo masculino tem coeficiente de incidência de 89/100000 habitantes, quase o dobro do feminino com 39/100000 habitantes. Do total de casos, 52,4% são bacilíferos e 12,9% são HIV positivos. O número de óbitos está em torno de 1100 por ano, com um coeficiente de mortalidade de 2,8/100000 habitantes (SÃO PAULO, 2006).

Dentre os pacientes notificados, a demora média entre o início dos sintomas e o diagnóstico da TB foi 8,6 semanas, sendo que em 10% dos pacientes a demora foi maior que 4 meses.

Esperava-se que, com os avanços tecnológicos, as doenças infecciosas seriam controladas facilmente, porém isso não ocorreu com a TB. Tem aumentado as condições de pobreza, resultando em dificuldades de acesso aos serviços de saúde, envelhecimento da população, crescimento de populações marginais e migrações em busca de melhor qualidade de vida (KRITSKI; RUFFINONETTO, 2000; XAVIER; BARRETO, 2007). Aliada a esses fatores, a emergência de cepas resistentes aos tuberculostáticos presentes e o aumento da prevalência de HIV agravam ainda mais o problema da TB (GANDY; ZUMLA, 2002).

No início da década de 1990, houve maior crescimento da doença, com taxas de incidência, prevalência e óbitos alarmantes, chegando a 8 milhões de casos novos e 3 milhões de óbitos por ano (WHA, 1991). Em 1991 ocorreu a 44ª Assembléia Mundial de Saúde (WHA), onde foram reconhecidos o crescimento da importância da TB como problema de saúde pública e o potencial para o controle custo-efetivo, utilizando instrumentos disponíveis (WHO, 2002a). Foram lançadas as metas para a TB, como detectar, pelo menos, 70% dos casos novos bacilíferos e tratar, com sucesso, pelo menos 85% desses casos até o ano 2000 (WHA, 1991).

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (WHO) declarou a situação da tuberculose como urgência mundial e, assim, criou-se o STOP TB partnership, por meio da união de diferentes agências internacionais científicas, como a própria WHO, o Centers for Disease Control (CDC), International Union against tuberculosis and lung diseases (IUATLD), dentre outras (RUFFINO-NETTO, 2002).

Naquele ano, o Programa Mundial contra a tuberculose (GTB) da Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a TB uma emergência mundial e propôs a implantação da estratégia DOTS - Directly Observed Treatment Short-course (VILLA et al., 2007). Descrita pela OMS (WHO, 1999a) como a estratégia mais efetiva atualmente para o controle da TB, ela é constituída por cinco componentes:

1. Compromisso governamental para sustentação das ações de controle da TB;
2. Detecção de casos por meio de baciloscopia de escarro entre os sintomáticos respiratórios que procuram espontaneamente o serviço de saúde;
3. Tratamento padronizado com duração de seis a oito meses para todos os casos confirmados com baciloscopia de escarro positiva, com tratamento diretamente observado (DOT) pelo menos nos dois meses iniciais;
4. Suprimento regular e ininterrupto de drogas antituberculosas;
5. Sistema de registro e informação padronizado que possibilite o seguimento dos resultados de tratamento de cada doente e dos programas de TB como um todo.

Além de modificar o perfil epidemiológico da tuberculose, o emprego da estratégia DOTS apresenta outras vantagens. Possibilita a reorganização dos serviços além de sua eficiência sem hospitalização, tornando o tratamento disponível e de baixo custo. Além disso, diminui o risco do abandono e, conseqüentemente, o desenvolvimento de resistência às drogas convencionais, evitando o uso oneroso de outras drogas, de eficácia questionável (TEIXEIRA, 1998).

O compromisso governamental contínuo com as ações de controle da tuberculose é fundamental para a sustentação dos demais componentes da estratégia DOTS. Esse compromisso deve estar voltado às formulações de políticas,

emprego de recursos humanos e econômicos e apoio administrativo, necessários para garantir o combate à TB (WHO, 1999b).

A detecção dos casos de Tuberculose representa um dos aspectos técnicos da Estratégia DOTS e uma atividade essencial no controle da TB. Reconhecidamente, a baciloscopia de escarro é o método prioritário, quer para o diagnóstico, quer para o controle do tratamento de TB, além de permitir a identificação da principal fonte de transmissão da infecção: o paciente bacilífero (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

No dia 24 de março de 2000, o Brasil, sendo um dos 22 países priorizados para o combate da tuberculose no mundo, assinou a Declaração de Amsterdam, pela qual se comprometeu a atingir as metas da OMS de 70% de detecção dos casos com baciloscopia positiva e 85% de cura desses pacientes, por meio da expansão da estratégia DOTS (AMSTERDAM..., 2000).

Decorridos 10 anos da adoção da estratégia DOTS, apesar da melhora dos indicadores epidemiológicos da TB, tornou-se consenso, recentemente, que medidas adicionais passaram a ser fundamentais para o controle da doença em países com elevada taxa de TB e aumento crescente de infecção pelo HIV, baixa ou nenhuma atividade conjunta entre PCT e programa de AIDS. Observou-se, nesses países, que: a) não houve um incremento satisfatório no número de detecção de casos, o qual permaneceu em torno de 40% a 60% dos casos estimados, b) a taxa de cura permaneceu abaixo dos 85% (ou taxa de abandono acima dos 5%), c) emergência de TB pulmonar com escarro negativo, principalmente nos indivíduos HIV positivos e/ou aqueles atendidos em unidades de saúde, os quais não utilizam medidas de controle ambiental da infecção da TB, seja em prisões, hospitais, emergências ou mesmo em unidades de saúde de nível primário (WHO, 2008; DYE et al., 2006).

O desempenho do Brasil na detecção de casos de TB tem permanecido dentro das metas assinadas. O Brasil apresentou índice de detecção de casos pulmonares bacilíferos de 82%, no período de 2004 a 2006, e de 78%, em 2007. Em 2006, o país apresentou uma taxa de cura em bacilíferos de 73%, abaixo da meta (WHO, 2009). Os números expressam que a maioria dos doentes está sendo diagnosticada, porém ainda há uma porcentagem de casos que continuam sem detecção, transmitindo continuamente a doença a outras pessoas (DYE et al., 2003; WHO, 2005).

Torna-se necessário ressaltar a importância do diagnóstico precoce como meio de eliminar a fonte de infecção na comunidade, determinando, assim, a ruptura da cadeia de transmissão do bacilo, bem como diminuir a mortalidade e evitar as seqüelas que a doença pode causar (WHO, 1999a). De modo geral, a tosse não é considerada uma situação de urgência, não sendo, assim, prioridade de atendimento. Em contrapartida, quando valorizada, nem sempre é considerada como um sintoma de Tuberculose, confundindo-se com outras patologias (MUNIZ, 2004).

A OMS ainda destaca a importância da dimensão organizacional e de desempenho dos SS ao afirmar que “*o problema não está nas formas de detecção e de tratamento e sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB*” (WHO, 1999a). Essa idéia é complementada ao entender que “*a referida estratégia não é simplesmente uma abordagem clínica, mas sim, uma política para o controle da TB inserida no sistema de saúde*” (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Muitos pacientes, ao serem diagnosticados, encontram-se em estágio avançado da doença e, em grande parte das vezes, encontram-se hospitalizados devido à caquexia e mau estado geral pela demora na realização do diagnóstico. A demora no diagnóstico pode estar ligada a fatores relacionados ao paciente ou a fatores do sistema de serviços de saúde, incluindo o difícil acesso do paciente ao diagnóstico (GALESI, 1999; LIENHARDT et al., 2001; NOGUEIRA, 2001; TORREZ; PERES, 2000).

A Busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) caracteriza-se como uma importante estratégia para a detecção de casos de TB. Acredita-se que a baixa detecção de casos observada em todo o Brasil esteja relacionada à inadequada realização dessa atividade, o que resulta em uma fração de número estimado de detecção de casos novos, em exame de escarro positivo, abaixo do esperado. Estas considerações reforçam a necessidade de conhecer os aspectos que dificultam a realização da busca de casos novos de TB. Identificar SR na comunidade exige vigilância constante no acompanhamento dos indivíduos e famílias (DYE et al., 2003).

Apesar da relevância da temática, são poucos os estudos nacionais ou internacionais que abordam a Identificação de SR e o acesso ao diagnóstico da tuberculose, porém os estudos que são encontrados reportam-se à demora na

realização do diagnóstico da TB, à alta taxa de hospitalização desses pacientes e à baixa taxa de detecção de casos no Brasil.

O desempenho em termos de diagnóstico de casos de TB na comunidade e nas diferentes unidades de saúde pode ser resultante de aspectos relacionados ao paciente e/ou ao sistema de SS. Entre os relacionados ao paciente são descritos fatores culturais/antropológicos (a percepção de doença é diferente entre as várias culturas; a mulher necessita de autorização para procurar auxílio médico), socioeconômicos (não há provisão familiar financeira para procurar assistência à saúde). Entre os aspectos relacionados ao Sistema de Saúde, são descritos fatores como: falta de acesso, inadequado acolhimento do doente, baixa prioridade na procura de SR e de contatos intra-domiciliares, mesmo em locais com estratégia DOTS; baixo nível de suspeição diagnóstica de TB e utilização de metodologias diagnósticas com baixa acurácia (WHO, 2008; RUFFINO-NETTO, 2001).

## **1.2. A tuberculose em Ribeirão Preto**

A incidência da TB no município de Ribeirão Preto vem diminuindo nos últimos anos, assim como a taxa de TB mundial e brasileira. O coeficiente de incidência no município, que era de 50/100000 habitantes em 1998, caiu para 26,1/100000 habitantes em 2006, com um total de 146 casos novos (LUCCA, 2008). Para Ruffino-Netto (2004), alguns fatores podem influenciar na carga da TB: a subnotificação dos casos, a deficiência de acesso dos doentes de TB aos serviços de saúde, a baixa detecção dos casos de TB e a possível melhoria nas condições socioeconômicas da população.

Em 2006, os casos pulmonares representaram 80,1% do total de casos de TB, a taxa de co-infecção TB/HIV foi de 30,2% e a taxa de mortalidade foi de 2,7%. O índice de detecção de casos no município, que era de 80,2% em 1998, caiu para 40% em 2006, uma redução de 50% na detecção. Esses dados são calculados com base na matriz programática elaborada pelo Ministério da Saúde; por isso

devemos questionar se essa matriz pode superestimar o número de casos de TB e, assim, piorar o índice de detecção de casos em diferentes locais.

Quanto ao local de diagnóstico, 39,2% dos casos novos foram diagnosticados em hospitais, em 2006, e apenas 50% foram diagnosticados na atenção básica do município (LUCCA, 2008). O diagnóstico na atenção básica é considerado baixo, levando-se em consideração que esse é primeiro ponto de contato dos doentes no sistema de saúde.

Em 1995, Ribeirão Preto foi eleito, de acordo com Plano da Ação Emergencial para os municípios prioritários no controle de TB de 1994, como um dos municípios prioritários para o controle da TB no Brasil e, em 1998, iniciou-se o processo de implantação da estratégia DOTS no município (MUNIZ, 1999). Em 1996 foi implantada a Busca de SR no município, com treinamento de equipes de enfermagem para a identificação de casos suspeitos de TB que demandavam assistência nos serviços de saúde e coleta de escarro para baciloscopia. Imediatamente houve um aumento significativo no número de baciloscopias realizadas (CARDOZO-GONZALES, 2005).

Porém, como em todo o país, a Busca de SR em Ribeirão Preto é pautada na demanda espontânea dos serviços de saúde, esperando-se que o indivíduo, ao sentir-se doente, procure por assistência nos serviços de atenção básica e apresente sua queixa (SILVA, 2002).

Além disso, como levantado por Muniz (2004) em um estudo sobre a realização da Busca de SR, realizado em Ribeirão Preto, essa atividade é pouco incorporada na rotina dos serviços saúde. Quando são realizados treinamentos com a equipe, a Busca de SR é realizada intensamente, mas, com o passar do tempo, acaba sendo esquecida pelos profissionais.

### **1.3. O diagnóstico da tuberculose**

Segundo a OMS, o método prioritário e de baixo custo para realização do diagnóstico da tuberculose é a baciloscopia de escarro, ou método de pesquisa de Bacilo-Ácido-Ácool-Resistente (BAAR) (WHO, 1999b). Outro ponto positivo para

este método diagnóstico é a rapidez do resultado. Em muitos locais, como no Estado de São Paulo, em 60% dos municípios, os resultados são fornecidos pelos laboratórios em um prazo de até 24 horas após o envio do material (OLIVEIRA, 2006).

De todos os casos de TB, aproximadamente 50 a 60% são pulmonares com baciloscopia de escarro positiva, representando a maioria dos casos (WHO, 1999a).

A baciloscopia é indicada para 100% dos casos de TB, por permitir identificar não só o doente de TB, mas também a principal fonte de infecção da doença, o doente bacilífero. Esse método diagnóstico tem um rendimento de 50% a 80%, variando de acordo com a prevalência da doença em cada região. São indicadas, pelo menos, duas amostras de baciloscopia e, caso estas sejam negativas, indica-se realização da cultura de escarro (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

O Raio-X é indicado como método auxiliar no diagnóstico nos seguintes casos: 1- sintomáticos respiratórios negativos à baciloscopia; 2- comunicantes de doentes bacilíferos; 3- suspeitos de TB extra-pulmonar; 4- infectados por HIV ou com AIDS (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Apesar da simplicidade dos métodos diagnósticos, muitos locais ainda apresentam dificuldades para a realização rápida do diagnóstico da doença, seja por não priorizarem o método da baciloscopia ou devido às deficiências no acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007).

O aumento na demora para a realização do diagnóstico e início do tratamento leva ao aumento do risco de transmissão da doença, principalmente em ambientes urbanos, além de diminuir a chance de cura do doente de TB (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007; DÍEZ et al., 2005). Fatores relacionados ao doente e aos serviços de saúde podem contribuir para esse aumento na demora para a realização do diagnóstico da TB, sendo que muitos estão interligados à organização dos serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Estudos realizados em diferentes locais como Shanghai, Espanha, Hong Kong e Brasil mostraram que alguns desses fatores estão relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo doente de TB, à sintomatologia apresentada e ao tipo de meios diagnósticos empregados pelo

serviço de saúde (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007; DÍEZ et al., 2005; SANTOS et al., 2005; WANG et al., 2007a).

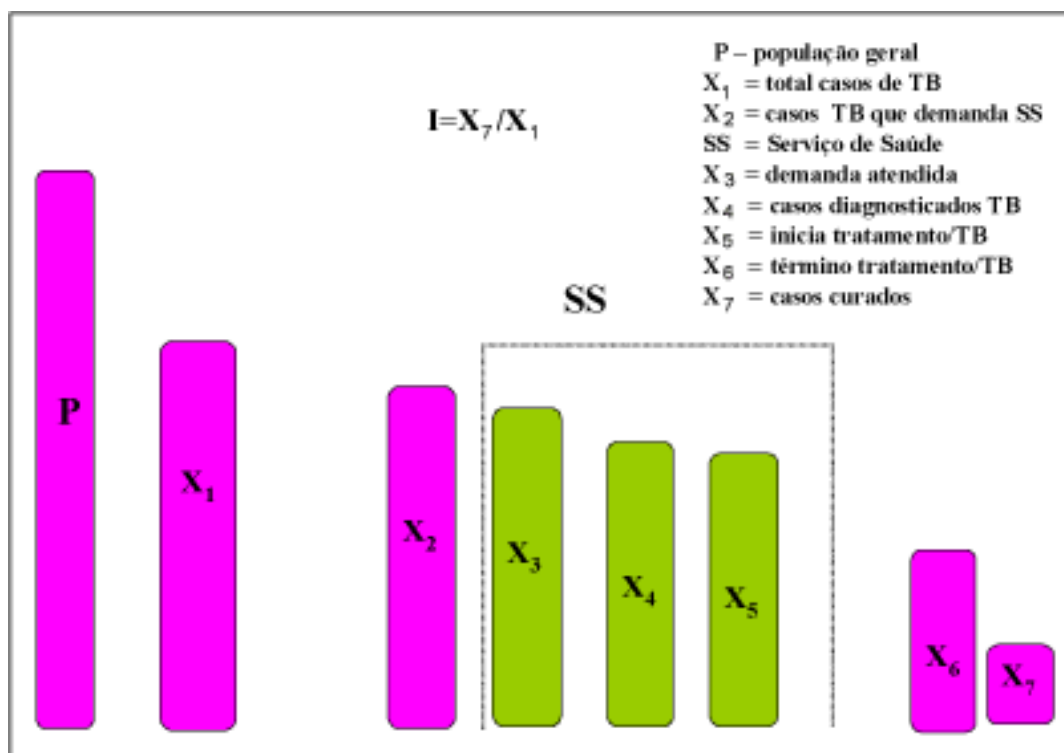
O acesso ao diagnóstico da TB vem sendo estudado sob as duas perspectivas, a do doente e a dos serviços de saúde, demonstrando que ambas apresentam características que levam à falhas na detecção precoce dos casos e, conseqüentemente, à diminuição das taxas de cura e aumento da carga da doença em todo o mundo (SANTOS et al., 2005; WANG et al., 2007a; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; SALANIPONI et al., 2000).

Ruffino-Netto (2000) descreve o acesso dos doentes de TB aos serviços de saúde. Conforme apresentado na FIGURA 1, o autor descreve que, em uma determinada população P, existem  $X_1$  casos de tuberculose e, destes, apenas  $X_2$  demandam assistência nos serviços de saúde. Essa demanda é explicada por determinantes geográficos, políticos, econômicos, educacionais, antropológicos.

Dos doentes que demandam assistência médica,  $X_3$  serão atendidos pelo serviço. Esta absorção depende da organização dos serviços e da política de saúde vigente, pautadas no conceito de saúde-doença, no padrão de prática médica vigente e no saber médico. Estes três elementos localizam-se num plano de conhecimentos abarcado pela sociologia médica. Essa, por sua vez, diz respeito à macroestrutura em suas esferas política, econômica e ideológica.

Dentre os doentes absorvidos pelos serviços de saúde,  $X_4$  serão diagnosticados, o que depende da capacidade técnica dos serviços, seja em equipamentos e/ou recursos humanos. O autor destaca ainda que, apesar dos exames diagnósticos para a TB serem relativamente simples, de baixa complexidade e de baixo custo, os serviços de saúde pouco se lembram de pesquisar essa patologia. Isso ocorre, de certa forma, devido à crença no mito de que tuberculose é doença do passado.





Esquema 3 – Impacto problema TB

Figura 1: Impacto do problema TB

#### 1.4. Atenção Básica e a assistência à tuberculose

Baseando-se nos princípios dos Pactos pela Saúde e de Gestão de 2006 (BRASIL, 2006), foi desenhada a nova Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, definida de seguinte forma:

*A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2007).*

Um dos fundamentos da AB é a garantia de acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada. Deve estar em consonância com o princípio da equidade e integralidade das ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2007).

A infra-estrutura da AB em cada município deve contar com Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem ESF (Estratégia Saúde da Família) que disponibilizem equipes multiprofissionais compostas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atendam a uma população de até 30 mil habitantes.

A reorganização da AB ocorre a partir do processo de descentralização do SUS, tendo a transferência de responsabilidades para os municípios como estratégia de mudança do modelo assistencial. Os municípios passam, então, a responder pela gestão da AB, com o propósito de privilegiar este nível de atenção como porta de entrada aos serviços de saúde, enfatizando um modelo centrado nas ações preventivas e de promoção à saúde (BODSTEIN, 2002).

A ESF assume caráter estratégico para viabilizar a reorganização dos SS, seguindo os princípios da AB. O modelo brasileiro de ESF está ancorado na ação de uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro/seis ACS, ofertando serviços básicos a uma população adscrita de, no máximo, quatro mil habitantes (MENDES, 2004; BRASIL, 2007).

O esforço nacional para implantação da ESF tem possibilitado uma significativa ampliação do acesso aos serviços de AB. Em 2005, apontava-se para a existência de mais de 24.000 equipes de ESF, promovendo a extensão da atenção para mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros (OMS/OPAS/MS, 2006). Entretanto, mesmo frente ao significativo processo de implantação e expansão da ESF no Brasil, ainda é nítida a hegemonia do modelo tradicional de assistência à saúde (MENDES, 2004).

O modelo tradicional é expresso por meio da UBS que atende à demanda por atenção médica e exercita algumas funções programáticas. Este modelo é alimentado por sua maior coerência com o paradigma flexneriano vigente e fortemente influenciado por suas trajetórias passadas. A maioria das UBS atua em

uma extensa base populacional (cerca de 20.000 habitantes), baseada na lógica de atenção por demanda espontânea (MENDES, 2004).

Nas grandes e médias cidades, predomina o trabalho médico realizado por clínicos gerais, gineco-obstetras e pediatras; nas pequenas cidades há predomínio dos médicos generalistas, com ou sem especialização. A maioria não opera com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas já há uma parcela significativa que os utiliza.

É comum encontrarmos o atendimento em UBS realizado por médicos plantonistas, cujo resultado é a falta de vínculo, o que reforça o predomínio da atenção voltada às condições agudas. A hegemonia do modelo tradicional exige que se defina uma estratégia nacional que permita lidar com essa realidade de permanência de um sistema dual (MENDES, 2004).

O controle da TB e outras áreas programáticas como Hanseníase, Hipertensão e Diabetes foi incorporado, em 2000, ao Departamento de Atenção Básica (DAB), com o objetivo de fortalecer a relação entre a ESF e as áreas programáticas da AB, organizando a atenção dessas áreas (SOUZA, 2003).

Em 2001, foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2002), a qual ampliou a responsabilidade dos municípios sobre a AB, com estabelecimento do processo de hierarquização e regionalização do sistema de saúde (BRASIL, 2001). O objetivo era solucionar os problemas decorrentes da má qualidade de um nível de atenção voltado para pobres, pouco eficaz e pouco resolutivo (MENDES, 2004).

A TB passou a ser uma doença sob responsabilidade de todos os municípios, reconhecendo-se as ações de controle da TB como competência da AB, podendo ser executadas tanto nos serviços básicos como nos especializados (PSF, UBS, Ambulatórios de Referência). Desse modo, os municípios, independente do tipo de gestão de atenção, devem se organizar para assistir ao doente de TB e seus familiares (VILLA et al., 2006b).

O Plano Nacional de Controle da TB (2001-2005) propôs-se à parceria entre o controle da TB com as estratégias do PSF e PACS e sugeria que esta parceria pudesse contribuir para a expansão das ações do controle da TB. Isso porque tais estratégias tem a família e o domicílio como instrumento de trabalho, possibilitando maior adesão terapêutica e evitando o abandono do tratamento

(BRASIL, 2000; VILLA et al., 2006a). O controle da TB é uma prioridade para a ESF, refletida na presença do indicador no Pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Em 2004, foi lançado um novo Plano Nacional de Controle da TB que apontava para a importância de se horizontalizar o controle da doença, estendendo-o a todos os serviços de saúde do SUS. Esse plano, envolvendo as esferas federal, estadual e municipal, também visa a integração entre o controle da TB e a AB, incluindo o PACS e o Programa Saúde da Família (PSF). O PNCT aponta a necessidade da atuação dos Estados e municípios no combate à TB, sob as diretrizes nacionais, enfatizando as dimensões de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação, nas três esferas, para a correção dos desvios que possam ser detectados (BRASIL, 2004).

Em 2006, com a aprovação do regulamento dos Pactos pela Vida, foram estabelecidas as responsabilidades de cada esfera de governo dentro das ações da Atenção Básica e as metas a serem pactuadas entre essas esferas. Uma das metas é o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, dentre elas a TB (BRASIL, 2006).

A incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma gradual e diversificada nos diferentes tipos de serviços de saúde da AB. Entretanto, algumas ações tendem a permanecer centralizadas nos PCT situados em Ambulatórios de Referência, com modelo de organização vertical (VILLA et al., 2006a).

Estudos sobre a descentralização das ações de saúde para os serviços de AB mostram que, se por um lado constituiu avanço significativo com relação ao que se fazia antes, por outro ainda contém limitações importantes que precisam ser discutidas e revistas. Nesse sentido, alguns pontos merecem ser considerados em relação à descentralização de algumas atividades de TB para os serviços de saúde da AB e as interfaces entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde dos municípios.

Estudo realizado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, em 2005, mostra que há uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, observação da ingestão medicamentosa por meio do Tratamento Supervisionado e Busca de SR para as UBSs). As atividades gerenciais (manejo do sistema de informações, monitoramento da situação da TB a partir do banco de dados EPI-TB, planejamento e execução de

treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde) são realizadas pela coordenação municipal do PCT e se configuram de maneira centralizada. As atividades de diagnóstico/tratamento se configuram como atividades centralizadas e são desenvolvidas, principalmente, nos PCT dos Ambulatórios de Especialidades (54,5%) e são realizadas apenas por 27,3% das UBS. Acredita-se que para o PSF contribuir efetivamente nas ações de controle da TB, inicialmente seja necessária haver uma expansão dessa estratégia no Estado de São Paulo, pois a população coberta por esse modelo de atenção ainda é de 20,3%. (VILLA et al., 2006b).

### **1.5. Justificativa do estudo**

Apesar de o diagnóstico da TB ser realizado de maneira simplificada, o problema encontrado tem sido na forma segundo a qual o sistema de saúde se organiza para viabilizar o acesso dos doentes a esse diagnóstico. O estudo tem destacada importância por possibilitar a identificação de diferentes fatores que podem interferir no acesso ao diagnóstico da TB na Atenção Primária, no município de Ribeirão Preto.

## ***2. OBJETIVOS***

## **2.1. Objetivo geral**

Analisar o acesso ao diagnóstico da tuberculose nos diferentes serviços de saúde de Ribeirão Preto – São Paulo no período de junho de 2006 a julho de 2007.

## **2.2. Objetivos específicos**

- Analisar a porta de entrada do sistema de saúde dos doentes de TB no momento do diagnóstico;
- Analisar os indicadores relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB em Ribeirão Preto – SP;
- Analisar as barreiras enfrentadas pelos doentes no acesso ao diagnóstico da TB.

### ***3. QUADRO TEÓRICO***



Como referencial teórico norteador da discussão, tomaremos os conceitos de Porta de entrada e Acesso, apresentados por Donabedian (1973, 1984) e Starfield (2002) como características da Atenção Primária.

Os conceitos de porta de entrada e acesso estão relacionados à compreensão da Atenção Primária (AP), descrita por Starfield (2002):

*Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária... A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação... Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde... É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.*

Há diferentes formas de compreender a Atenção Primária (AP), sendo que destacaremos aqui aquela do ponto de vista do sistema de atenção à saúde.

Assim, a AP pode ser definida como a avaliação ao primeiro contato e a oferta da atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, incluindo a abordagem de necessidades de saúde, promoção e prevenção, com enfoque não apenas no indivíduo, mas também na família e na comunidade. Ainda é considerada como ponto de atenção de entrada do sistema de saúde e está interrelacionada aos demais níveis de atenção do sistema (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994).

A AP deve assegurar a distribuição equitativa dos recursos de saúde e acessibilidade a todos, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção dos problemas a ela relacionados, controlando, de forma racional, o uso das tecnologias da atenção secundária e dos medicamentos (STARFIELD, 2002).

É norteadada pelos princípios: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade que se organizam a partir de uma atenção primária à saúde (STARFIELD, 2002).

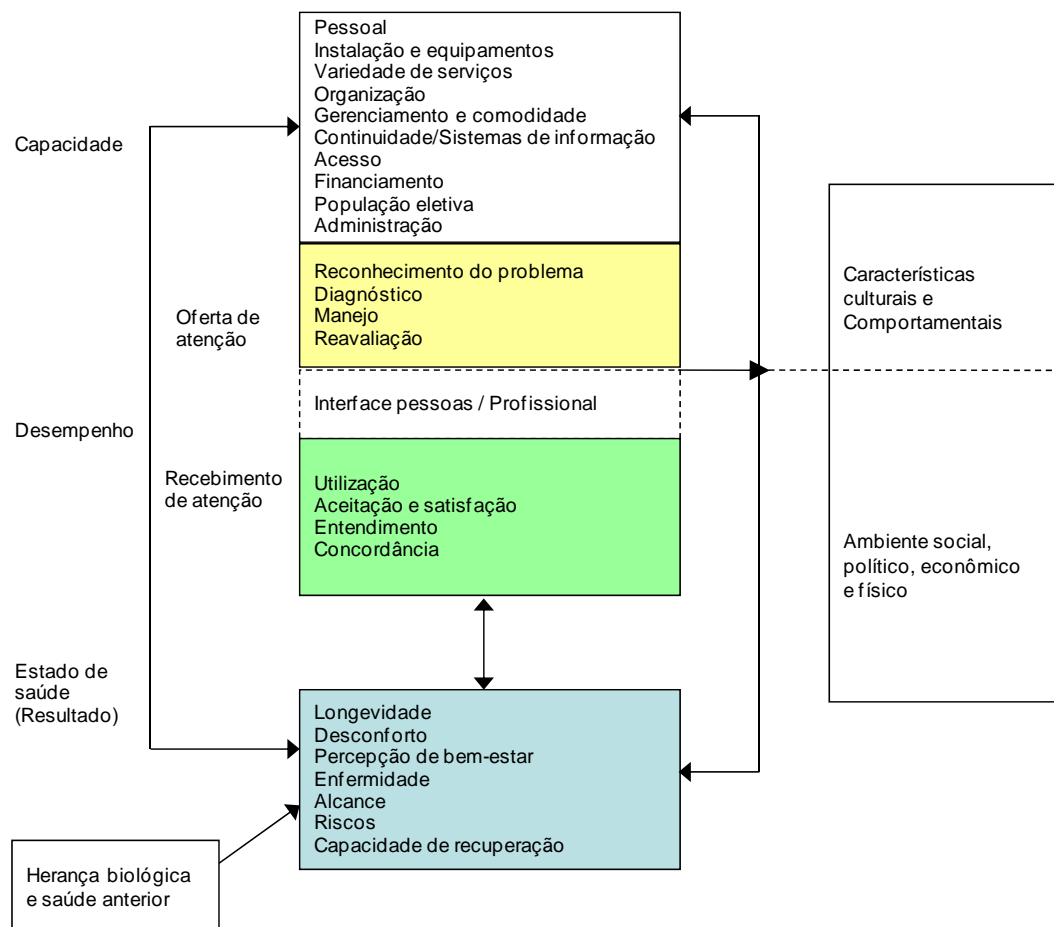
O sistema de saúde no qual a AP está inserida é constituído de três componentes: Estrutura ou Capacidade, Processo ou Desempenho e Resultado (FIGURA 2).

Segundo Donabedian (1973), cada componente do sistema de saúde possui determinadas características que diferem de acordo com os lugares e épocas (FIGURA 3).

A estrutura é composta por recursos existentes para a oferta de atenção à saúde. Inclui os recursos humanos, físicos, financeiros existentes e a maneira como o financiamento e a prestação de serviços estão organizados (DONABEDIAN, 1984).

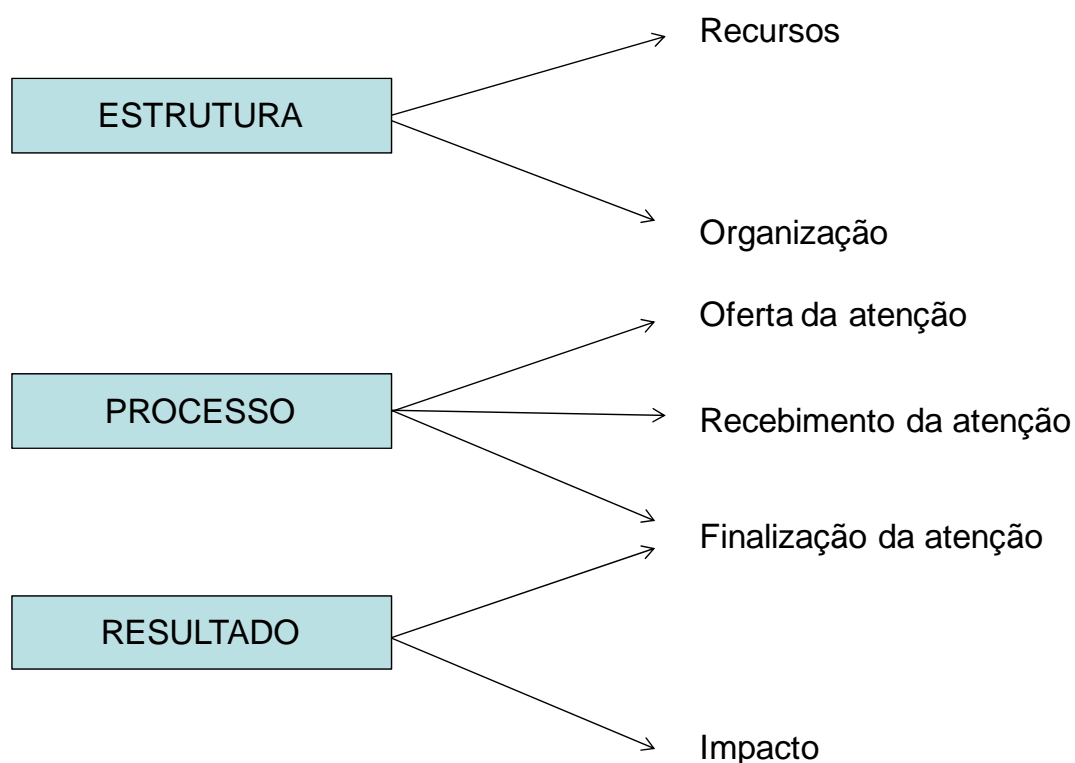
O processo refere-se à forma como é executada a oferta por parte dos provedores e como são recebidas essas ações por parte do indivíduo ou da população que as recebem (DONABEDIAN, 1984; STARFIELD, 2002). Os provedores devem reconhecer as necessidades de saúde (problemas) do indivíduo, entender seu problema e instituir uma estratégia adequada de manejo. Por outro lado, o usuário decide se e quando usar o sistema de saúde e ainda se realmente quer participar ativamente do processo (STARFIELD, 2002).

O resultado diz respeito aos diferentes estados de saúde, decorrentes do seu processo de atenção, avaliando seu impacto (DONABEDIAN, 1984).



Fonte: Starfield (2002)

**Figura 2:** O sistema de serviços de saúde



**Donabedian (1984) adaptado**

**Figura 3:** Estrutura-Processo-Resultado: Características

O conceito de porta de entrada, embora pouco definido, é bem compreendido como o local ou o profissional a ser procurado como primeiro ponto de atenção a cada novo problema de saúde percebido; é o local de primeiro contato dentro do sistema de saúde (STARFIELD, 2002). É uma das características da Atenção Primária, uma forma de organização do sistema de saúde que visa otimizar o uso dos recursos disponíveis, ordenar o fluxo das pessoas dentro do sistema e, assim, promover maior resolutividade aos problemas apresentados.

A atenção ao primeiro contato implica na acessibilidade e utilização do serviço a cada nova necessidade de saúde do indivíduo ou da população. Por isso, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação de dois elementos da AP: um elemento da estrutura, a acessibilidade, e outro de processo, a utilização.

A utilização diz respeito aos tipos de serviços utilizados e o quanto são utilizados. Ela pode ocorrer devido a um novo problema ou a recorrência de outro. Pode ter início por iniciativa do próprio indivíduo ou por orientação de um provedor. Há uma grande influência da acessibilidade na utilização dos serviços.

Starfield (2002) distingue os termos acesso e acessibilidade. Acessibilidade, para essa autora, é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde, necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato; o acesso é forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde.

A acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a atenção ao primeiro e, para oferecê-la, o serviço deve ser facilmente acessível; caso contrário, a busca pela atenção será adiada, talvez a ponto de afetar no diagnóstico e impossibilitar o manejo do problema.

Envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade. Para ela, a acessibilidade não é uma característica apenas da AP, mas requisitos específicos para a acessibilidade diferem neste ponto de atenção porque é a entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Para Donabedian (1973), acessibilidade constitui-se em um dos aspectos da oferta de serviços relacionado à capacidade de produzi-los, de forma que possam responder às necessidades de saúde de uma população. Dessa forma, o autor caracteriza a acessibilidade de uma forma não estática, relacionada não somente à produção de serviços de saúde, mas também ao seu impacto em uma dada população. Porém, não são incluídos, em seu conceito, aspectos relacionados ao indivíduo.

Esse mesmo autor define duas dimensões da acessibilidade, sócio-organizacional e a geográfica, ressaltando que elas se interrelacionam. Segundo ele, a acessibilidade sócio-organizacional inclui as características da oferta de serviços que aumentam ou diminuem a capacidade das pessoas em utilizar os serviços de saúde, como condição social ou situação econômica. Já a acessibilidade geográfica está relacionada ao espaço medido pela distância e o tempo para se alcançar esses serviços.

A acessibilidade descrita por esse autor é uma importante dimensão nos estudos sobre equidade nos sistemas de saúde por considerar os fatores do próprio sistema, os quais podem interferir no grau de utilização desses serviços por parte da população. Apesar de não levar em consideração as necessidades de

saúde da população e o processo de tomada de decisão na procura pelo serviço de saúde, o conceito abrange mais do que a entrada das pessoas nos serviços; atenta também para o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os recursos por eles utilizados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Baseado no conceito elaborado por Donabedian (1973), Fekete (1997) descreveu que a acessibilidade, enquanto componente de avaliação, resulta de uma combinação de dimensões distintas, classificadas como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

A acessibilidade geográfica diz respeito à distância média entre a população e os recursos. Ela não é medida apenas pela distância, mas sim em função do tempo gasto para obtenção de assistência em saúde. Uma alta acessibilidade geográfica de um dado serviço de saúde não garante que a população irá utilizá-lo. Há outras interferências que podem levar à utilização de serviços mais distantes e essas interferências estão relacionadas à dimensões da acessibilidade.

A acessibilidade organizacional é representada pelos obstáculos oriundos dos modos de organização dos recursos de assistência à saúde, os quais podem estar presentes tanto na entrada como no interior do serviço de saúde. Nessa dimensão, devem ser considerados os obstáculos que também se apresentam na continuidade da assistência.

Acessibilidade sociocultural refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca por assistência à saúde, como percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros. A relação entre a equipe de saúde e a população participa, de maneira decisiva, no estabelecimento de vínculo, o que facilita a continuidade no acesso.

A acessibilidade econômica refere-se desde as barreiras financeiras à utilização dos serviços de saúde. Constitui-se em um paradoxo, uma vez que o acesso universal e igualitário às ações de serviços de saúde é um princípio constitucional. Uma oferta insuficiente, no entanto, implica em custos e prejuízos à população.

O acesso ou a acessibilidade podem ser analisados do ponto de vista dos usuários e dos serviços de saúde. Com relação ao diagnóstico da TB, diferentes aspectos podem ser analisados a partir desses dois pontos de vista.

Sob a ótica dos usuários, devem ser considerados aspectos socioeconômicos, culturais e antropológicos, os quais foram explorados por diferentes autores, em diferentes locais, interferindo na percepção do problema de saúde ou na necessidade por parte do doente (STARFIELD, 2002).

Dentre os aspectos socioeconômicos que se interrelacionam ao acesso ao diagnóstico da TB estão inclusas as condições de vida e moradia dos doentes, incluindo tipo e local de habitação, situação de emprego, renda familiar e posse de automóvel (JACKSON et al., 2006; HINO et al., 2007; LIN et al., 2008; SANTOS et al., 2005). Já os principais aspectos culturais relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB são o conhecimento geral e específico sobre saúde-doença, linguagem, religião, estigma sobre a doença e percepção sobre os serviços de saúde (BUCHILLET, 2000; HARRIES et al., 2003; GODFREY-FAUSSETT et al., 2002).

Os aspectos antropológicos envolvem as percepções que os doentes tem acerca do problema de saúde e de suas necessidades. A partir do momento em que há percepção sobre o problema e que este interfere negativamente na vida do doente, ele pode decidir por buscar ou não por assistência. Cada doente possui um limiar de percepção de seu problema de saúde e esse está interligado aos aspectos socioeconômicos e culturais (STARFIELD, 2002; LORENT, 2008).

Do ponto de vista dos serviços de saúde, alguns dos aspectos que podem interferir positivamente ou negativamente no acesso ao diagnóstico são:

1. Aspectos geográficos – distância geográfica e temporal entre domicílios e serviços de saúde, área de abrangência dos serviços de saúde;
2. Aspectos organizacionais – horário de funcionamento dos serviços de saúde, disponibilização de consultas não agendadas, disponibilidade de atendimento quando o serviço é procurado, tipo de serviço de saúde (público ou privado / de atenção primária, secundária ou terciária), métodos diagnósticos empregados, quantidade e preparo dos profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

No presente estudo, são utilizadas as palavras acesso e acessibilidade como sinônimos, levando-se em consideração os conceitos aqui apresentados. As análises serão feitas partindo-se de indicadores relacionados ao doente e ao serviço de saúde.

## ***4. METODOLOGIA***

#### 4.1. Delineamento do estudo

A presente investigação faz parte do estudo multicêntrico denominado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em regiões do Brasil”, coordenado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, financiado pelo CNPq /MS-SCTIE-DECIT- nº 25/2006 – processo 410547/2006-9.

Trata-se de um estudo descritivo envolvendo entrevistas e dados secundários do programa TB-WEB.

#### 4.2. Percurso metodológico

O estudo foi desenvolvido em diferentes etapas, apresentadas a seguir:

1<sup>a</sup> etapa: Aplicação de entrevista estruturada à população selecionada de doentes de TB e construção do banco de dados no Sotware *Statística 7.0*;

2<sup>a</sup> etapa: Geoprocessamento;

3<sup>a</sup> etapa: Análise exploratória do banco de dados, com construção de tabelas de frequência absoluta e gráficos com frequências relativas;

4<sup>a</sup> etapa: Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM);

#### 4.3. Campo de estudo

O estudo foi realizado nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, no período de 01 de julho a 30 de agosto de 2007.

O município de Ribeirão Preto está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 Km da capital. Sua população estimada é de 563.107 habitantes, em uma área de 650 Km<sup>2</sup>, sendo que 52,3% dessa população é do sexo



masculino e cerca de 50% encontra-se na faixa de idade produtiva, entre 20 e 59 anos de idade; mais de 99% vive em área urbana.

O município enquadra-se no grupo daqueles que apresentam bons níveis de indicadores sociais e econômicos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, foi de 0,855; a renda per capita é de 3,57 salários mínimos, acima da média do Estado que foi de 2,92 salários mínimos; apenas 3,32% dos seus domicílios apresentam famílias vivendo com até  $\frac{1}{4}$  de s.m (abaixo do Estado que foi de 5,56%). A taxa de alfabetização é de 85,5% e a média de anos estudados da população é de 8,5 anos, sendo que uma parcela relativa a 46,26% apresenta 4 anos ou menos de estudo (SÃO PAULO, 2005).

Trata-se de um município de grande porte, em acentuado desenvolvimento econômico, cuja principal fonte de recursos está na agropecuária, sendo um grande pólo da América Latina nesse setor. Dentre as atividades econômicas destacam-se as lavouras de cana-de-açúcar, como grandes atrativos às migrações temporárias nas épocas de colheita (SÃO PAULO, 2005).

Esses migrantes vivem com baixos salários, em locais insalubres e sem condições de higiene e de dignidade humana, propícios à proliferação da TB. Esses locais caracterizam-se como bolsões de pobreza da TB, havendo, portanto um paradoxo entre o desenvolvimento tecnológico e crescimento econômico, advindos do biocombustível (álcool), e a proliferação desordenada da tuberculose, reflexo do problema da desigualdade social que se faz veemente (ARCÊNCIO, 2008).

#### **4.3.1. A organização da atenção à TB em Ribeirão Preto**

As informações sobre a organização do setor de saúde de Ribeirão Preto, aqui descritas, referem-se ao período no qual foi realizada a pesquisa, de forma a possibilitar melhor compreensão dos resultados.

Ribeirão Preto possui 277 estabelecimentos de saúde, sendo 87 destes serviços conveniados ao SUS, contabilizando 2,2 leitos de hospital por mil habitantes. Em 2007, a cobertura populacional do PACS foi de 18,9% e do PSF de 9,5%, totalizando 28,4% de cobertura populacional, representando uma queda com relação ao ano anterior que era 33% (IBGE, 2005).

O município pertence à Direção Regional de Saúde (DRS) XIII, composta por Ribeirão Preto e outros 25 municípios de menor porte. Está dividido em cinco distritos de saúde, a saber: Distrito Central, Distrito Leste, Distrito Oeste, Distrito Norte e Distrito Sul. Em cada um desses distritos há Unidades Básicas de Saúde (UBS), com funcionamento em horário comercial, as quais possuem consultas agendadas em ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínico geral, além de atividades programáticas. O número de UBS é variável em cada distrito, dependendo do número de bairros e da população por ela abrangida.

Cada distrito conta ainda com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), a qual possui os mesmos atendimentos que as UBS, mas acrescida de pronto-atendimento. Nessas unidades, somente o pronto-atendimento funciona durante as 24 horas do dia. Como as UBS permanecem abertas somente em horário comercial, nos demais horários o usuário deve procurar uma UBDS para ser atendido em caráter de pronto-atendimento e possíveis encaminhamentos. As Unidades de Saúde da Família (USF) ainda são em pequeno número, concentradas em determinadas áreas do município, abrangendo pequena parcela da população; há um total de 7 USF, sendo uma delas no Distrito Central, duas no Norte e as outras 4 no Distrito Oeste.

O município possui também serviços de saúde com especialidades, como saúde do trabalhador, atendimento ao portador de deficiência, centro de referência em moléstias-infecciosas e um Núcleo de Gestão Assistencial – 59 (NGA-59), todos funcionando como unidades de especialidades e não como porta de entrada da atenção básica do SUS. O município possui também cinco unidades de saúde mental e uma unidade PAM II de atendimento pediátrico.

Quanto à rede hospitalar, conta com 7 hospitais conveniados ao SUS, sendo 2 universitários e 5 privados, todos de nível terciário, além de uma maternidade pública e outra privada. Esses hospitais encontram-se localizados em diferentes regiões do município e atendem também à população da DRS XIII. Atualmente a cidade conta também com um hospital de nível secundário, de referência a toda DRS XIII, porém este hospital não havia iniciado suas atividades no período do estudo.

O município trabalha com o conceito de áreas de abrangência, representando o princípio da regionalização proposto pelo SUS, com base populacional para cada unidade de saúde. A área de abrangência representa o

espaço geográfico e a população aos quais uma determinada Unidade de Saúde deve atender. Esses espaços são, em geral, divididos por bairros, sendo que cada dois a quatro bairros pertencem a uma determinada área de abrangência, o que se refere a uma UBS, UBDS ou PSF. Isso permite definir a qual Unidade de Saúde o paciente deve dirigir-se como porta de entrada de atendimento pelo SUS. O conjunto de áreas de abrangências constitui um Distrito do município.

Em geral, cada UBS/UBDS possui uma área de abrangência de 20 a 30 mil habitantes para o desenvolvimento das ações de AB. Já para pronto-atendimento, uma UBDS abrange, em média, 112 mil habitantes.

**Quadro 1:** Estimativa populacional dos distritos de Ribeirão Preto (2004)

DISTRITOS	2004
Distrito Central	103.184
Distrito Vila Virgínia	82.771
Distrito Castelo Branco	123.291
Distrito Norte	96.761
Distrito Sumarezinho	136.906
<b>TOTAL</b>	<b>542.912</b>

**Fonte:** DATASUS - Estimativa populacional Distrital

O diagnóstico da tuberculose pode ser realizado em qualquer um dos pontos de atenção do município. Já as demais ações de controle da doença, como previsão, distribuição e supervisão da ingestão da medicação, registro da informação no sistema informatizado TB-WEB e controle de comunicantes são realizadas em cinco unidades de saúde, por meio de Programas de Controle da Tuberculose (PCT), além do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS (DST/AIDS), e do Hospital das Clínicas (Unidade Especializada de Terapia de Doenças Infecto-Contagiosas - UETDI).

Dos cinco PCT, dois estão localizados em UBDS, um em UBS e outros dois em unidades especializadas. Essas unidades estão distribuídas nos cinco distritos do município.

Foram selecionados para o estudo os doentes em tratamento nos PCT das unidades A, B, C e D. A unidade E, localizada na região Leste, foi excluída por

ser referência ao sistema prisional e ter passado por transformações internas no período de realização do estudo.

1. **Unidade A:** localizada na região Oeste;
2. **Unidade B:** localizada na região Central;
3. **Unidade C:** localizada na região Sul;
4. **Unidade D:** localizada na região Norte;
5. **Unidade E:** localizada na região Leste.

A unidade 4 funciona como UBS, em horário comercial, sendo que o PCT localiza-se no interior da mesma. As unidades 2 e 3 dizem respeito a Ambulatórios de Referência, com funcionamento também em horário comercial, sendo as Moléstias Infecciosas (MI) uma de suas especialidades; nessas especialidade, encontra-se o PCT. As unidades 1 e 5 são UBDS, com funcionamento de pronto-atendimento de emergência 24 horas e demais atividades, incluindo MI com PCT, em horário comercial.

A forma de diagnóstico da TB no município não difere de muitos outros, podendo ser realizado em todo sistema de saúde do município, seja público ou privado. Pode ser feito por demanda espontânea ou por meio de busca de sintomáticos respiratórios, mais realizadas em períodos de campanhas. Nos casos de demanda espontânea, o doente de TB procura pela unidade de saúde devido aos sintomas da doença ou mesmo por outros problemas ou necessidades de saúde. A demanda por atendimento pode ocorrer por meio de agendamento de consulta com clínico geral na unidade da área de abrangência a qual o usuário pertence ou por comparecimento ao pronto atendimento clínico em qualquer uma das UBDS.

Quando a suspeita é levantada por um profissional de saúde, ele solicita o exame de baciloscopia de escarro e, em caso de consulta médica, muitas vezes também é solicitado RX. A baciloscopia de escarro é realizada em quase todos os casos por um único laboratório terceirizado que coleta diariamente as amostras nas unidades de saúde; em casos específicos, é realizada pelo Instituto Adolfo Lutz, localizado no próprio município. Isso facilita o controle da qualidade das baciloscopias realizadas no município.

As amostras coletadas devem ser registradas no “*Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios*”, porém ainda há dificuldade para incorporação desse

registro na rotina dos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2006). Os resultados das baciloscopias colhidas são relativamente ágeis, algumas vezes em 24 horas após envio da amostra, podendo levar até 5 dias úteis. Vale ressaltar que as baciloscopias positivas são informadas o mais rápido possível pelo laboratório (via telefone), possibilitando um início imediato do tratamento.

O retorno do resultado ao usuário é realizado somente para casos positivos, sendo que os casos negativos ficam arquivados no sistema HYGIA-WEB municipal e/ou impressos, caso haja interesse do usuário em buscá-lo.

Após a realização do diagnóstico, os doentes são encaminhados aos PCT para acompanhamento do tratamento, passam por consultas médicas periódicas, recebem a medicação e são monitorados por meio de exames periódicos. A maior parte dos doentes permanece em tratamento supervisionado e, alguns, em auto-administrado, de acordo com a avaliação da equipe de saúde que acompanha o caso. Logo no início do tratamento é realizada uma visita domiciliar com a finalidade de identificar comunicantes, observar as condições de moradia, ressaltar informações transmitidas durante as consultas médicas e de enfermagem.

#### **4.4. População do estudo**

Foi selecionada uma amostra por conveniência constituída por doentes de tuberculose diagnosticados no município de Ribeirão Preto – SP, no período entre junho de 2006 a julho de 2007.

Os critérios de inclusão adotados foram: Ter sido diagnosticado no período de junho de 2006 a julho de 2007; Ter sido encaminhado e diagnosticado em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto; Ser residente em Ribeirão Preto – SP no momento do diagnóstico; Possuir 18 anos ou mais; Possuir todos os campos de interesse preenchidos no programa TB-WEB.

Foram excluídos do estudo: Doentes que se encontravam em sistema prisional.

A amostra foi constituída por 100 doentes de TB que atendiam aos critérios propostos.

## 4.5. Instrumentos de coleta dos dados

A pesquisa foi realizada a partir da adaptação de um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, elaborado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 1998; 2002). Este instrumento foi adequado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2009b) (ANEXO I).

As duas primeiras partes do questionário (Partes A e B) incluem questões relacionadas a informações gerais e sociodemográficas, de forma a caracterizar a população estudada. As partes D e E contêm questões referentes à porta de entrada e ao acesso ao diagnóstico da TB.

As questões de informações gerais foram coletadas dos prontuários dos doentes; as demais questões foram coletadas por meio de entrevista. A primeira variável relacionada ao acesso ao diagnóstico da TB (Nome da unidade de saúde que diagnosticou o caso) foi coletada através do TB-WEB.

Para a segunda parte do instrumento, os dados foram coletados por meio de entrevistas. Os entrevistados responderam cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, com as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, às quais foi atribuído um valor entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta não sei/não se aplica e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

A escala do tipo Likert é muito utilizada em inquéritos populacionais. Os 5 escores de respostas são mais aconselháveis pela sua capacidade de medir os extremos, bem como os valores intermediários da acessibilidade, tornando-se factível classificá-la em níveis satisfatórios, regulares e insatisfatórios (ARCÊNCIO, 2008).

Para cada entrevistado (doente ou profissional de saúde) foram explicadas as diferentes opções de resposta, apresentando um pequeno cartão com a escala das opções graficamente representadas. Os entrevistadores explicavam para os entrevistados o significado numérico de cada resposta (escores de 1 a 5), por exemplo: nunca = 1; quase nunca = 2; às vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5, ou o contrário, sempre = 1; quase sempre = 2; às vezes = 3; quase nunca = 4; nunca = 5.

O número 1 da escala era a resposta que representa a situação que indica melhor acesso ao diagnóstico e, o número 5, a situação que indica o pior acesso ao diagnóstico.

Um grupo de 8 entrevistadores foi treinado para a aplicação do instrumento. Durante o treinamento foi realizado um pré-teste inicial, com os próprios pesquisadores, para ajustes e sugestões de modificações do questionário.

#### 4.6. Variáveis do estudo

As variáveis contidas no instrumento, de interesse para o estudo, foram:

**Quadro 2:** Variáveis utilizadas no estudo

<b>Partes A e B do questionário</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Endereço do entrevistado</li> <li>2. Unidade de saúde que diagnosticou o caso</li> <li>3. Sexo</li> <li>4. Escolaridade</li> <li>5. Condição de moradia</li> <li>6. Tipo de residência</li> <li>7. Posse de telefone fixo</li> <li>8. Posse de automóvel</li> <li>9. Número de residentes na residência</li> </ol>
<b>Parte D e E do questionário</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frequência com que procurou por serviço de atenção primária antes do diagnóstico (Q 13)</li> <li>2. Frequência com que procurou por pronto socorro/hospital antes do diagnóstico (Q 14)</li> <li>3. Grau de facilidade para consulta médica (Q 16)</li> <li>4. Grau de dificuldade para deslocamento até o serviço de saúde (Q 17)</li> <li>5. Frequência de perda de dia de trabalho para consultar (Q 20)</li> <li>6. Frequência de uso de transporte motorizado para consultar (Q 21)</li> <li>7. Frequência de gasto com transporte para consultar (Q 22)</li> <li>8. Frequência com que conseguiu consulta médica em 24 horas (Q 23)</li> <li>9. Procura pela unidade de saúde próxima à residência (Q 24)</li> </ol>

## 4.7. Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta dos dados propriamente dita foi necessário realizar visitas aos serviços de saúde a fim de conhecer a estrutura e a rotina de trabalho, bem como estabelecer contato com os profissionais de saúde e apresentar o projeto a ser desenvolvido. Posteriormente, foi realizado um teste piloto do questionário. Essas duas etapas tiveram duração de duas semanas cada e foram realizadas por todos os entrevistadores participantes.

O reconhecimento do campo de estudo e o teste piloto possibilitaram revisão de possíveis inconsistências do questionário, estabelecimento de estratégias para a coleta de dados e maior compreensão do funcionamento do sistema de saúde do município. Foi também formulado um roteiro para realização das entrevistas, o qual visou uniformizar a sua condução pelos entrevistadores.

Por meio de contato pré-estabelecido com os profissionais de saúde, foi solicitada, em cada uma das unidades de saúde que realizam o tratamento da TB, uma listagem dos doentes diagnosticados no período de junho de 2006 a julho de 2007, contendo nome, endereço de moradia e telefone para contato.

Os dados secundários foram solicitados ao nível central do PCT na Secretaria Municipal de Saúde. Destaca-se que nessa fase não houve contato com o doente de TB e a fonte de informação consistiu no TB-WEB.

Para facilitar o processo das entrevistas, os doentes que tinham consulta médica agendada eram entrevistados no próprio serviço de saúde, enquanto aguardavam pela consulta. Para estes doentes foram solicitados, aos profissionais de saúde do PCT, os cartões de consulta com as datas e os horários agendados; os entrevistadores compareciam nestas datas agendadas para entrevistar os doentes. As entrevistas eram realizadas na Unidade de Saúde, em ambiente o mais reservado possível.

Os doentes que não tivessem consulta agendada ou que não comparecessem, bem como aqueles que já haviam concluído o tratamento, foram entrevistados em seu domicílio. Aqueles que possuíam telefone eram contatados previamente para agendamento da entrevista e, caso não houvesse telefone, o entrevistador comparecia ao domicílio sem contato prévio.



No momento da entrevista os entrevistados eram inicialmente esclarecidos quanto à pesquisa, seus objetivos, possíveis inconvenientes e vantagens e era solicitada sua colaboração. Em caso de concordância, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II), antes de responderem às questões.

Algumas diferenças foram observadas entre as entrevistas realizadas no domicílio e aquelas realizadas no serviço de saúde. A vantagem da realização no domicílio era de se obter um ambiente mais privativo, onde o entrevistado se sentia à vontade para responder o que quisesse, sem pressa. Assim, a entrevista no domicílio acabava sendo mais prolongada, obtendo-se maiores detalhes. Por outro lado, alguns entrevistados não queriam responder a um questionário por considerarem perda de tempo ou apresentavam preocupação em receber o entrevistador no domicílio; quando o entrevistador tentava agendar a entrevista por telefone, muitos alegavam algum motivo para não serem entrevistados.

Durante a coleta de dados alguns elementos foram facilitadores e outros dificultadores desse processo.

**Facilitadores:**

- A parceria com os serviços de saúde locais;
- A atenção dos profissionais de saúde que orientaram os pesquisadores quanto aos locais de risco durante a coleta de dados;
- As visitas domiciliares junto com os profissionais para a realização do tratamento supervisionado que propiciou um primeiro contato e a criação de vínculo entre os doentes e o entrevistador;
- A disponibilização de salas das unidades de saúde para as entrevistas com os doentes.
- A disponibilização dos horários de consulta dos doentes pelos profissionais de saúde para facilitar a coleta de dados pelos entrevistadores.
- As reuniões realizadas entre os pesquisadores locais para troca de informações e experiências, durante o período de coleta de dados.

**Dificultadores:**

- A falta de telefone dos doentes para agendamento prévio das entrevistas, o que gerava o inconveniente de o entrevistador comparecer ao domicílio do doente sem agendamento e não ser possível a realização da entrevista;
- Muitos doentes haviam mudado de residência, o que dificultava localizá-los;
- Alguns doentes agendavam as entrevistas, porém não se encontravam no horário agendado ou alegavam estar ocupados e solicitavam que o entrevistador retornasse em outro momento.
- A localização de muitos domicílios era distante e difícil e em locais pouco acessíveis aos entrevistadores;
- Alguns domicílios localizavam-se em áreas de risco social e de violência urbana;
- O baixo grau de alfabetização dos doentes que dificultou a compreensão do questionário, demandando mais tempo que o previsto no estudo piloto para a realização das entrevistas.

**4.8. Análise dos dados**

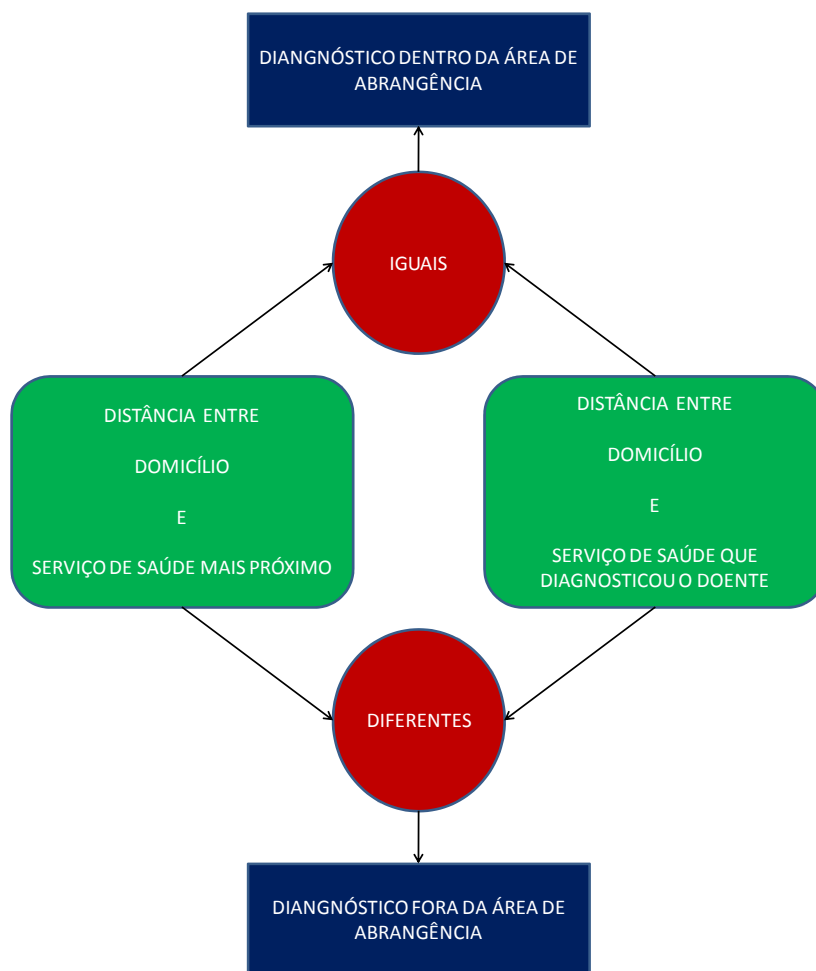
Os dados foram dispostos em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e, em seguida, foram transferidos para a tabela de entrada de dados do Software *Statística 7.0 da StatSoft*. Foram digitados por uma única pessoa que participou da coleta dos dados, com dupla digitação e conferência posterior aleatória.

Posteriormente, a tecnologia do Geoprocessamento foi utilizada para localizar os endereços dos doentes e dos serviços de saúde. Nessa etapa, utilizou-se o software ArcGIS 9.0 da Esri R (2004) e a base cartográfica do município de Ribeirão Preto, com logradouro e lotes. Essa base cartográfica foi dividida em Distritos, conforme é disposto o município: Distrito Norte, Distrito, Sul, Distrito, Leste, Distrito Oeste e Distrito Central.

Foi realizado o georreferenciamento dos endereços dos doentes de TB que participaram do estudo e dos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, incluindo UBS, UBDS, USF, ambulatórios de referências e hospitais públicos. Para cada doente, foi então verificada a distância entre seu domicílio e a unidade de saúde mais próxima dele, para definir a qual área de abrangência e, conseqüentemente, a qual unidade de saúde ele pertencia. Os ambulatórios de referência e os hospitais públicos foram excluídos para definir a área de abrangência dos doentes, por não serem portas de entrada de livre demanda das áreas de abrangência do município.

A seguir, foi calculada a distância entre a moradia do doente e o serviço de saúde onde foi realizado o diagnóstico, possibilitando compará-la à unidade da área de abrangência e verificar se o doente foi diagnosticado dentro ou fora da mesma. Se a distância entre o domicílio e serviço de saúde no qual o doente foi diagnosticado fosse a mesma que a distância entre o domicílio e a unidade de saúde mais próxima dele, o doente era considerado diagnosticado dentro da área de abrangência. Se estas distâncias fossem diferentes, o doente era, então, considerado diagnosticado fora da área de abrangência.

Com isso, foi criada a variável “Diagnóstico por área de abrangência”: Diagnóstico dentro da área de abrangência e Diagnóstico fora da área de abrangência (FIGURA 4).



**Figura 4:** Esquema da definição da variável área de abrangência

Ao final do geoprocessamento, obteve-se a variável: Diagnóstico realizado dentro ou fora da área de abrangência do doente de TB.

Do total de 100 doentes, 5 não puderam ser localizados através do geoprocessamento, pelo fato dos seus endereços não constarem na base de dados ou por estarem incompletos. Para esses doentes foi possível identificar a unidade de saúde de sua área de abrangência por meio do reconhecimento do campo de estudo, sendo possível identificar a variável diagnóstico dentro ou fora da área de abrangência.

A primeira variável listada foi acrescentada ao banco de dados criado no *StatSoft* para análises posteriores dessa variável junto às demais do questionário respondido pelos doentes e as outras duas variáveis foram analisadas separadamente.

Foi realizada uma análise exploratória do banco de dados a fim de identificar falha no preenchimento ou na coleta dos dados. Foram identificadas algumas inconsistências que puderam ser reorganizadas, após conferência com os questionários. Não houve questões em branco devido à própria natureza da fonte de coleta dos dados.

A análise exploratória do banco de dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com construção de tabelas e gráficos de frequência, que possibilitaram verificar a consistência do banco de dados e a heterogeneidade das respostas dadas pelos entrevistados. Em seguida, foram construídos gráficos para cada pergunta com o objetivo de expressar as frequências relativas de cada resposta fornecida pelos doentes.

O método utilizado para avaliar os indicadores de acesso ao diagnóstico e relacioná-los à área de abrangência, local de diagnóstico e alguns fatores sociodemográficos foi a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM).

Escolheu-se esse método de análise por possibilitar a representação de diferentes variáveis, em um mesmo plano fatorial, podendo, assim, compará-las sem incorrer em inferências estatísticas (CARVALHO, 2006).

A AFCM foi representada por 7 indicadores de acesso ao diagnóstico que correspondem aos itens do questionário apresentados na tabela 1, à variável “Diagnóstico por área de abrangência”, com as categorias (Fora = F, Dentro = D), obtida através de georreferenciamento, à variável “local do diagnóstico”, com as categorias (Hospital Público (HPu); Hospital Particular (HP); Ambulatório de Referência (AR); Consultório Particular (CP); Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), e às duas variáveis sociodemográficas, representadas pelo “grau de escolaridade”, com as categorias (0 sem escolaridade, 1 escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto e completo), 3 escolaridade intermediária (ensino médio incompleto e completo), 5 escolaridade alta (ensino superior incompleto e completo) e “propriedade de automóvel na família”, com as categorias (Sim = S, Não = N).

#### **4.9. Aspectos éticos da pesquisa**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (ANEXO III), reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estando em concordância com os procedimentos éticos exigidos para pesquisa com seres humanos. Cada entrevistado pode ler e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), assegurando sua livre participação na pesquisa. Para garantir a confidencialidade dos informantes, apenas as respostas agregadas foram relatadas. Nenhuma resposta individual foi atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial.

## ***5. RESULTADOS***

## 5.1. Caracterização da população do estudo

As características sociodemográficas e econômicas estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Com relação às características sociodemográficas, a maioria dos doentes entrevistados é do sexo masculino (69%) e possui ensino fundamental incompleto (61%). A faixa etária foi bastante variável, com média de 45,8 anos, observando-se que 78% dos doentes estão em idade produtiva, entre 18 e 59 anos.

Quanto à situação socioeconômica, a maior parte dos doentes mora em casa própria (69%), de alvenaria (96%), com 5 cômodos ou mais (69%), onde residem 4 ou mais pessoas (53%). 71% dos doentes possuem telefone, porém 67% não tem automóvel.

**Tabela 1: Distribuição de frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto, no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo características sócio-demográficas.**

<i><b>Variáveis</b></i>	<i><b>%</b></i>
<b>Sexo</b>	
Feminino	31
Masculino	69
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
<b>Faixa etária</b>	
18-30 anos	17
31-45 anos	33
46-59 anos	28
60 e mais anos	16
Ignorado	6
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>	
Sem escolaridade	7
Ensino fundamental incompleto	61
Ensino fundamental completo	10
Ensino médio incompleto	5
Ensino médio completo	12
Ensino superior incompleto	2
Ensino superior completo	3
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>



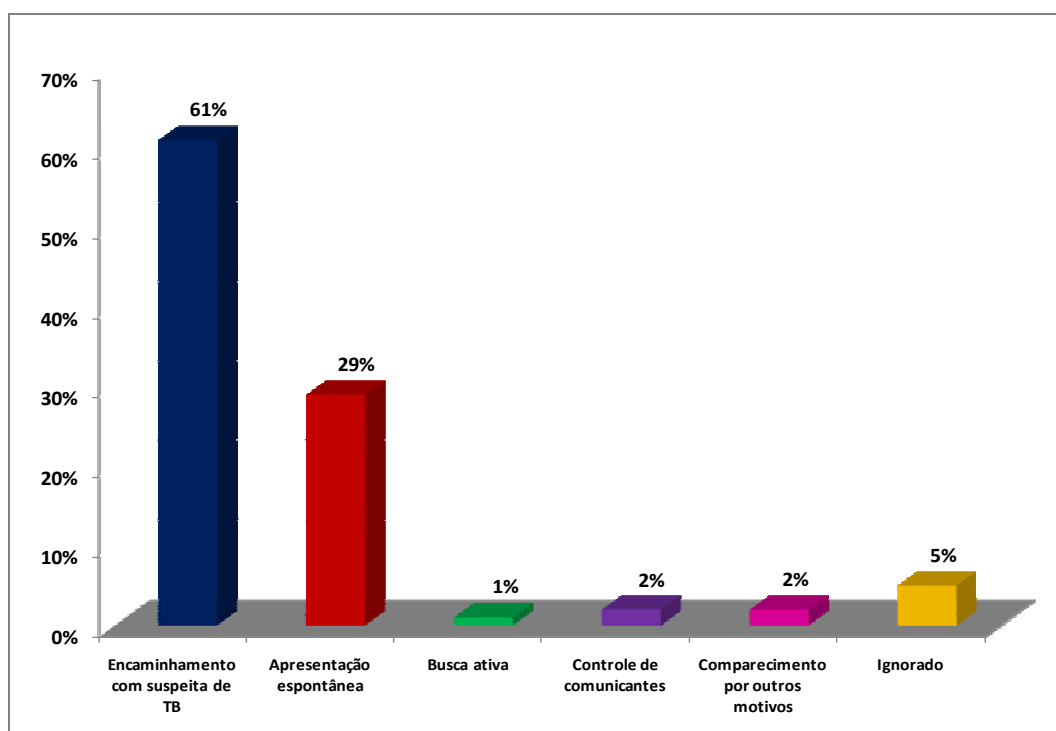
**Tabela 2: Distribuição de frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto, no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo características sócio-econômicas.**

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>
<b>Condição de moradia</b>	
Própria	62
Alugada	22
Empréstimo	11
Instituição	5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de moradia</b>	
Alvenaria	96
Madeira	3
Material reciclável	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
<b>Número de cômodos da moradia</b>	
1 cômodo	1
2 cômodos	6
3 cômodos	7
4 cômodos	17
5 cômodos ou mais	69
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
<b>Possui Telefone móvel ou fixo</b>	
Sim	71
Não	29
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
<b>Proprietário de automóvel</b>	
Sim	33
Não	67
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>
<b>Número de residentes na residência</b>	
1 pessoa	12
2 a 3 pessoas	35
4 pessoas ou mais	53
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

## 5.2. Porta de entrada para o diagnóstico da TB

O gráfico 1 mostra a forma como os doentes chegaram ao serviço de saúde onde foi realizado o diagnóstico de TB. Observa-se que a maior parte dos doentes de TB (61%) chegou ao local de diagnóstico por meio de encaminhamento feito por outros serviços de saúde ou profissionais de saúde devido a suspeita da doença. Apenas 29% dos doentes se apresentaram espontaneamente ao serviço onde o diagnóstico foi realizado.

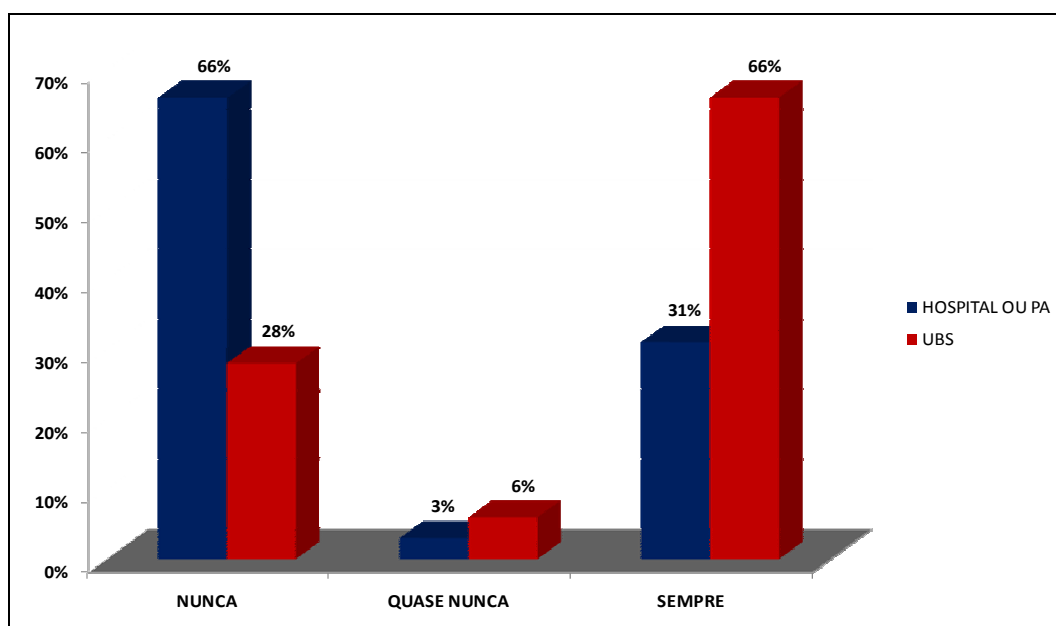
A busca de sintomáticos respiratórios parece ser pouco enfatizada, pois somente 1% dos doentes foi diagnosticado por meio de busca ativa na comunidade e 2% por meio de busca passiva, quando o doente compareceu ao serviço de saúde por outros motivos que não a TB, mas, oportunamente, foram identificados sintomas de TB. 5% dos doentes tiveram esse dado ignorado.



**Gráfico 1: Distribuição dos doentes TB diagnosticados em Ribeirão Preto, no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo forma de apresentação para o diagnóstico.**

O gráfico 2 elucida os tipos de serviços de saúde procurados pelos doentes de TB quando se iniciaram os sintomas da doença. O gráfico demonstra que a maior parte dos doentes (66%) relatou que sempre procurou por Unidades Básicas de Saúde (UBS) como primeiro atendimento, nunca tendo procurado por serviços de pronto-atendimento ou hospitais. 34% dos doentes nunca, ou quase nunca, procuraram por UBS para o primeiro atendimento e sempre buscaram por serviços de pronto-atendimento ou hospitais.

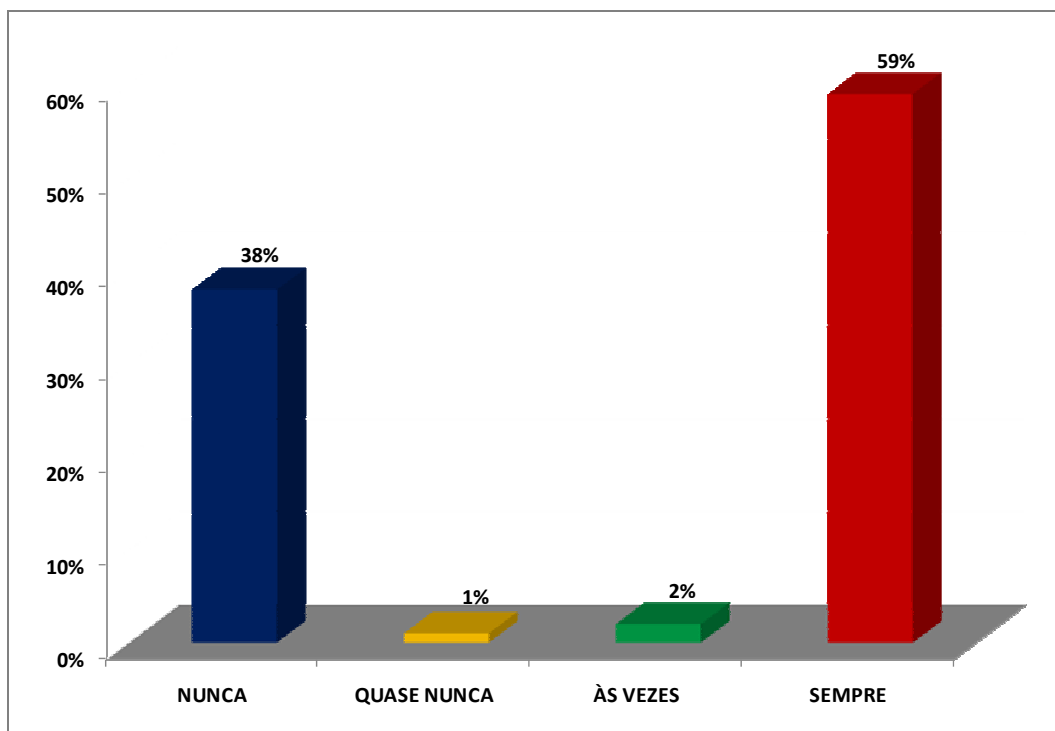
Observa-se, portanto, que a maior parte dos doentes procurou por serviços de atenção primária como porta de entrada como é preconizado; porém ainda há uma grande porcentagem de doentes (34%) que busca por serviços de nível secundário e terciário.



**Gráfico 2: Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo frequência com que procuraram pelos serviços de saúde quando iniciaram os sintomas da TB.**

O gráfico 3 apresenta a frequência com que os doentes procuraram por serviços de saúde de sua área de abrangência para obter o primeiro atendimento quando tiveram início os sintomas da TB. Dos doentes entrevistados, 59% sempre procuraram por serviços de saúde de sua área de abrangência, ou seja, os mais

próximos de sua residência, e 38%, uma porcentagem considerável, nunca procurou pelos serviços mais próximos de sua residência.



**Gráfico 3: Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo frequência com que eles procuraram a unidade de saúde de sua área de abrangência para obter o diagnóstico da doença.**

O gráfico 4 apresenta os tipos de serviços que realizaram o diagnóstico dos doentes de TB e se tais serviços localizam-se dentro ou fora da área de abrangência dos doentes.

Com relação à natureza do serviço, 89% dos doentes foram diagnosticados em serviços públicos de saúde e apenas 11% em privados.

Dos 89% diagnosticados em serviços públicos, observa-se que 48% foram diagnosticados em serviços de saúde (UBDS), sendo que 44% foram diagnosticados nos pronto-atendimentos das UBDS (UBDS-PA) e 4% na atenção básica das UBDS. Ainda, 20% foram diagnosticados em hospitais públicos e 12% em UBS. Os ambulatórios de referência foram responsáveis pelo diagnóstico de 9% dos doentes.

O diagnóstico dos doentes de TB foi realizado principalmente em unidades de nível secundário e terciário (UBDS, Ambulatórios de referência e hospitais), somando 73% do total dos diagnósticos realizados. A atenção básica foi menos representativa no diagnóstico dos casos de TB estudados, com um total de apenas 16% dos casos.

Dos 11% diagnosticados em serviços privados, 6% foram em hospitais privados e outros 5% em consultórios particulares.

Quanto à localização dos serviços de saúde, 88% dos doentes foram diagnosticados por serviços fora de sua área de abrangência; somente 12% foram diagnosticados pelos serviços mais próximos de sua residência.

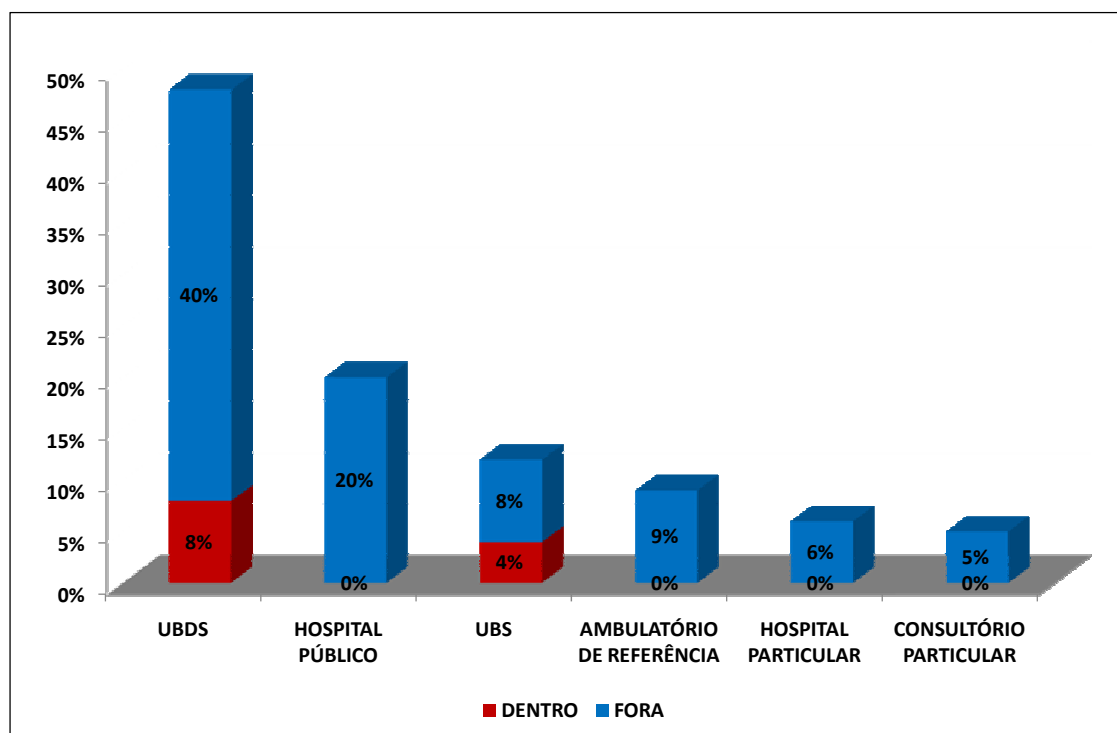


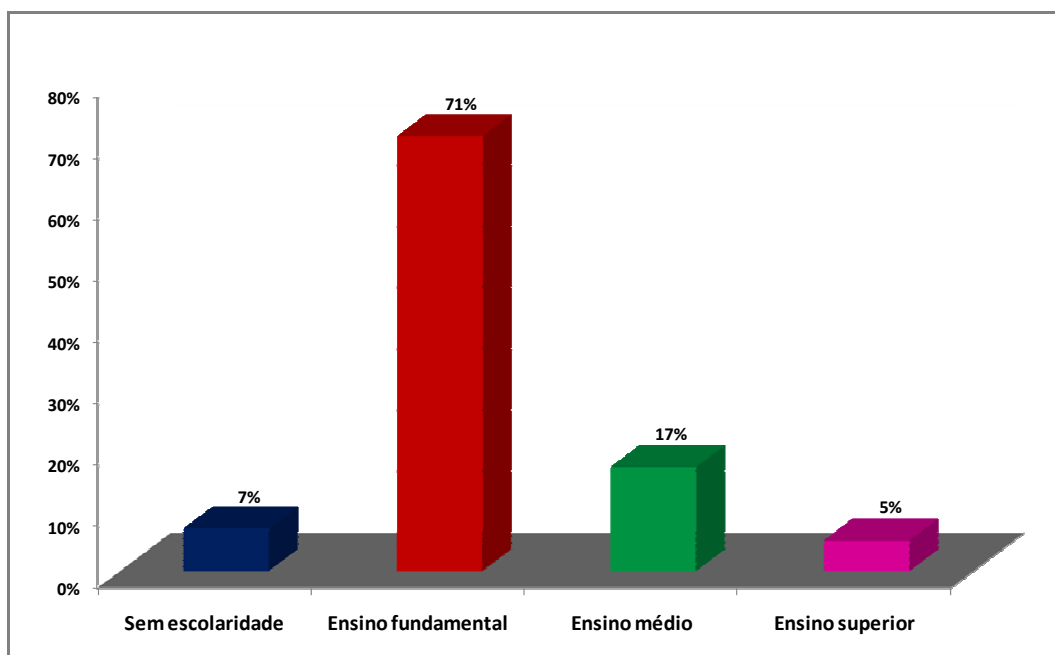
Gráfico 4: Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo diagnóstico dentro ou fora da área de abrangência e local de diagnóstico.

### 5.3. Indicadores relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB

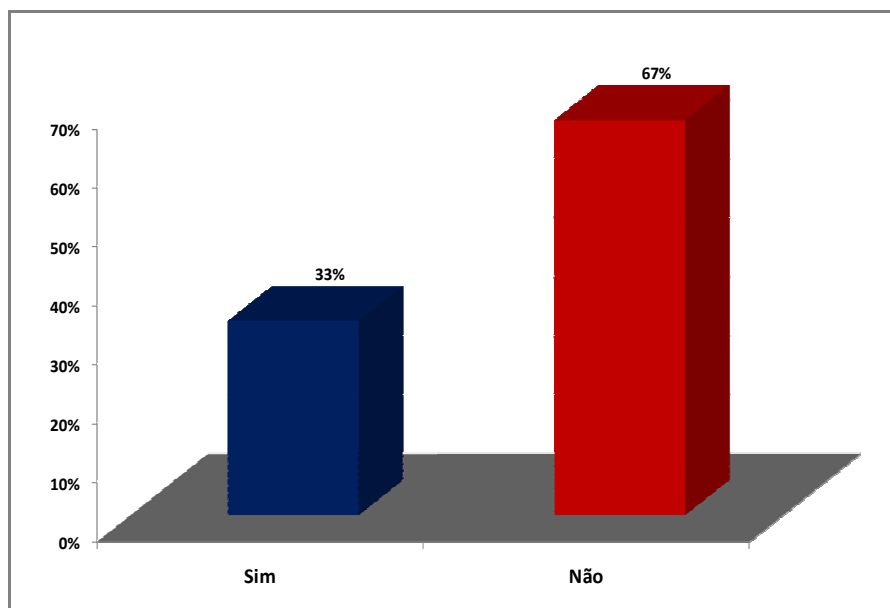
As variáveis e os indicadores analisados em relação ao diagnóstico da TB estão apresentados nos gráficos 5 e 6 e no quadro 1. A seguir, será feita uma análise descritiva da distribuição dos doentes entrevistados com relação a essas variáveis e indicadores.

Os gráficos 5 e 6, complementado pela tabela 1 de caracterização da população, mostram a distribuição dos doentes segundo grau de escolaridade e propriedade de automóvel, por se tratarem de variáveis que podem representar favorecimento ou desfavorecimento socioeconômico dos doentes de TB.

Os resultados mostraram que a baixa escolaridade é predominante entre esses doentes, sendo que 71% possuem apenas ensino fundamental e, destes, 61% possuem ensino fundamental incompleto; apenas 10% tem ensino fundamental completo. Observa-se também que 67% dos doentes não tem automóvel próprio.



**Gráfico 5:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto, no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo grau de escolaridade.



**Gráfico 6:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo propriedade de automóvel.

O quadro 1 apresenta os indicadores que, juntamente com as variáveis apresentadas, compuseram a análise fatorial de correspondência múltipla.

O indicador 1 refere-se ao número de vezes em que o doente precisou procurar pelo serviço de saúde até que fosse atendido, desde que começou a sentir-se doente. 88% dos doentes relataram que procuraram pelo serviço uma única vez e foram atendidos e 12% disseram que precisaram procurar pelo serviço mais de uma vez até que fossem atendidos, sendo que destes, apenas 2% precisaram procurar por 5 ou mais vezes.

O indicador 2 representa a frequência com que os doentes tiveram dificuldade de se deslocar até o serviço de saúde para obterem o diagnóstico da TB. Conforme apresenta o quadro, 66% dos doentes disseram que nunca tiveram dificuldade para irem até o serviço de saúde para obter o diagnóstico de TB; uma minoria, porém representativa (24%), disse que sempre houve dificuldade para esse deslocamento.

A frequência com que os doentes perderam dia de trabalho para consultar, quando se iniciaram os sintomas da TB, constituiu-se no terceiro indicador. Cerca de metade dos doentes (53%) nunca precisou perder dia de trabalho para consultar, mas uma porcentagem considerável (31%) sempre perdeu.

No que se refere ao quarto indicador, a frequência com que os doentes precisaram utilizar transporte motorizado para ir ao serviço de saúde a fim de obter o

diagnóstico da doença, 75% dos doentes relataram que sempre houve essa necessidade. Esse indicador foi complementado pelo indicador 5, o qual evidencia que 45% dos doentes dispuseram de custos com transporte.

De acordo com o indicador 6, quando começaram a sentir-se doentes, 89% dos pacientes foram atendidos dentro do prazo de 24 horas após terem procurado pelo serviço de saúde para consultar.

O sétimo indicador, já relatado anteriormente, mostra que a maior parte dos doentes procurou por atendimento em serviço de saúde próximo de sua residência.

**Quadro 3:** Distribuição da frequência relativa expressa em porcentagem dos doentes de TB diagnosticados em Ribeirão Preto no período de junho de 2006 a julho de 2007, segundo indicadores relacionados ao acesso ao diagnóstico.

Indicador	1	2	3	4	5
1) Número de vezes que o doente procurou pelo serviço de saúde para ser atendido**	88	3	4	3	2
2) Frequência com que o doente apresentou dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença <sup>a</sup>	24	0	8	2	66
3) Frequência com que o doente perdeu dia de trabalho para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença <sup>a</sup>	31	5	11	0	53
4) Frequência com que o doente precisou utilizar transporte motorizado para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença <sup>a</sup>	75	1	2	1	21
5) Frequência com que o doente gastou com transporte para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença <sup>a</sup>	45	1	4	1	49
6) Frequência com que o doente conseguiu ser atendido no prazo de 24 horas quando procurou pelo serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença <sup>b</sup>	9	1	1	0	89
7) Frequência com que o doente procurou pelo serviço de saúde de sua área de abrangência para obter o diagnóstico da doença <sup>b</sup>	38	1	2	0	59

1= 1 vez; 2= 2 vezes; 3= 3 vezes; 4= 4 vezes; 5= 5 vezes ou mais

<sup>a</sup>1= Sempre; 2= Quase sempre; 3= Às vezes; 4= Quase nunca; 5= Nunca

<sup>b</sup>1= Nunca; 2= Quase nunca; 3= Às vezes; 4= Quase sempre; 5= Sempre



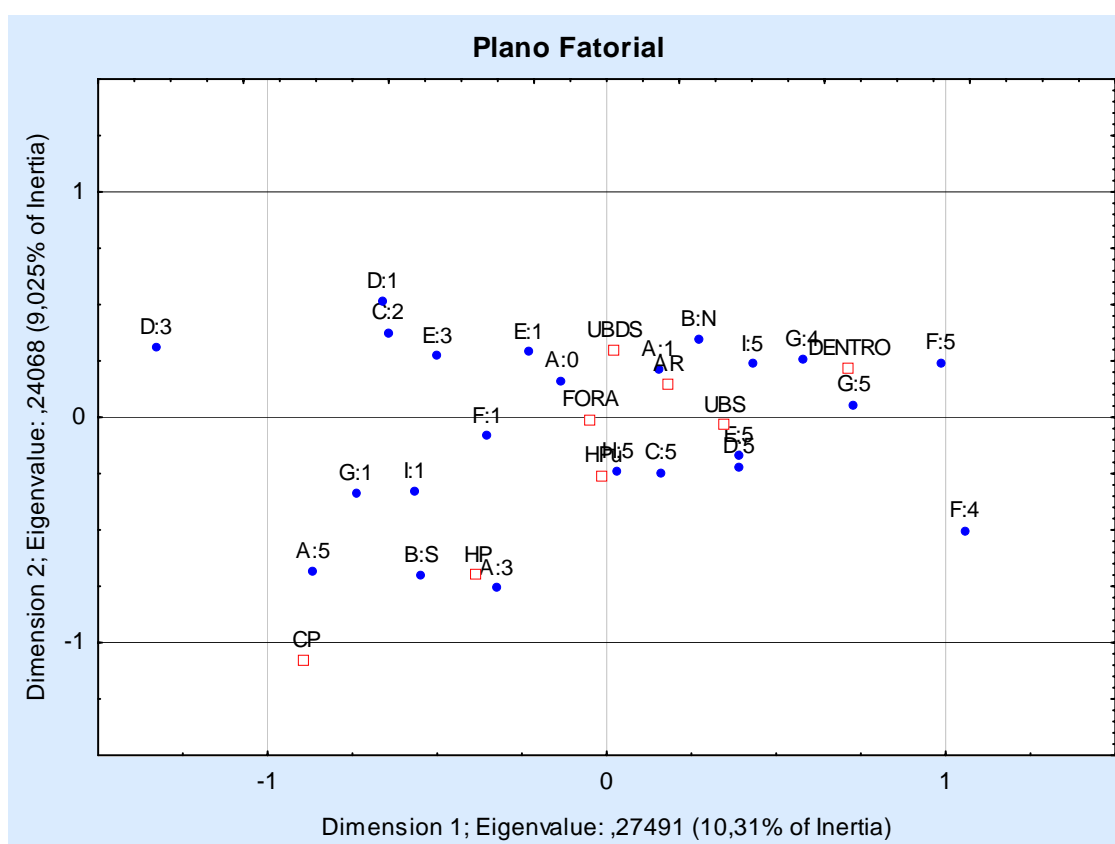
A Análise Fatorial de Correspondência Múltipla permitiu construir o plano fatorial apresentado na figura 1. As variáveis e os indicadores utilizados para compor o plano fatorial foram rotulados conforme o quadro a seguir:

**Quadro 4:** Composição da AFCM

<b>Rótulo</b>	<b>Item do questionário</b>
<b>Fora</b>	Diagnóstico fora da área de abrangência
<b>Dentro</b>	Diagnóstico dentro da área de abrangência
<b>UBDS / HPU UBS / AR HP / CP</b>	Local do diagnóstico
<b>A</b>	Grau de escolaridade
<b>B</b>	Propriedade de automóvel
<b>C</b>	Número de vezes que o doente procurou pelo serviço de saúde para ser atendido
<b>D</b>	Frequência com que o doente apresentou dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença
<b>E</b>	Frequência com que o doente perdeu dia de trabalho para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença
<b>F</b>	Frequência com que o doente precisou utilizar transporte motorizado para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença
<b>G</b>	Frequência com que o doente gastou com transporte para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença
<b>H</b>	Frequência com que o doente conseguiu ser atendido no prazo de 24 horas quando procurou pelo serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença
<b>I</b>	Frequência com que o doente procurou pelo serviço de saúde de sua área de abrangência para obter o diagnóstico da doença

Foram privilegiadas as duas primeiras dimensões com valores próprios de 0,27 (Dimensão 1) e 0,24 (Dimensão 2).

Devido às baixas associações encontradas com as dimensões 1 e 2 e a dificuldade para considerar as dimensões como eixos temáticos distintos, priorizou-se a interpretação de categorias de variáveis e indicadores. Desta forma, optou-se por utilizar as variáveis “área de abrangência” e “local do diagnóstico” como variáveis passivas e, as demais variáveis, “grau de escolaridade”, “propriedade de automóvel na família” e os “indicadores de acesso ao diagnóstico”, como variáveis ativas.



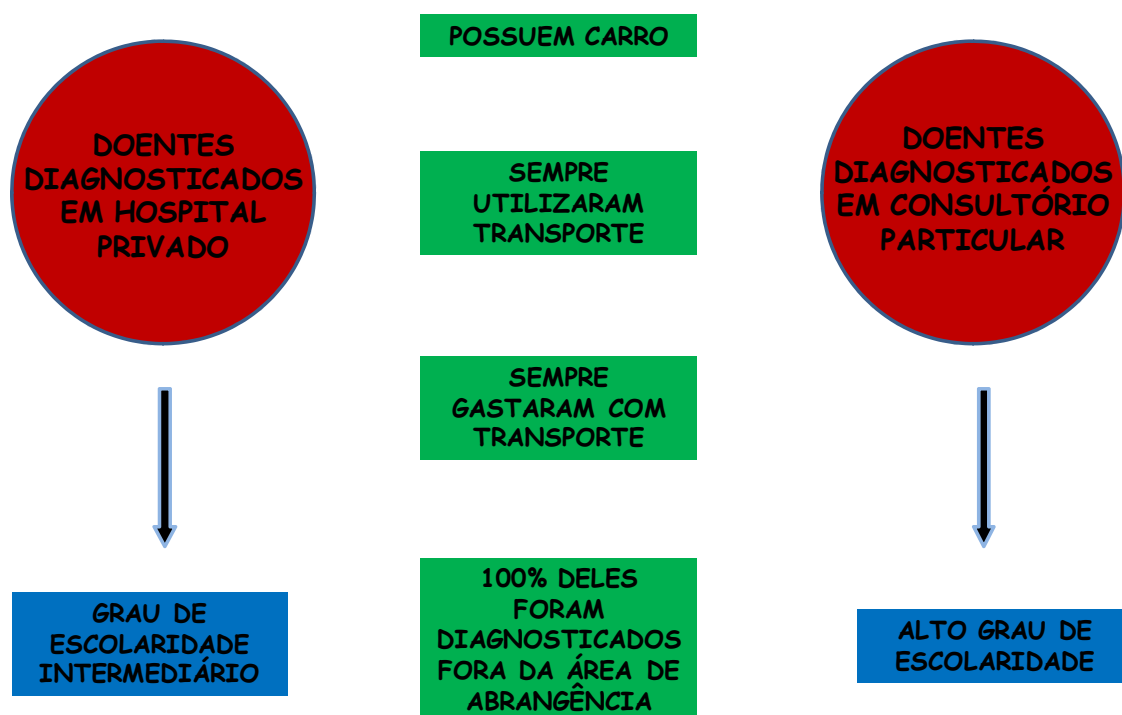
**Figura 5:** Plano Fatorial (AFM)

**Variáveis categóricas:** Fora – diagnóstico fora da área de abrangência; Dentro – diagnóstico dentro da área de abrangência; UBDS – diagnóstico realizado em UBDS; HPU - diagnóstico realizado em hospital público; UBS - diagnóstico realizado em UBS; AR - diagnóstico realizado em ambulatório de referência; HP - diagnóstico realizado em hospital particular; CP - diagnóstico realizado em consultório particular; A:0 – Sem escolaridade; A:1 – Baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto); A:3 – Escolaridade intermediária (ensino médio incompleto); A:5 - Alto grau de escolaridade (ensino superior incompleto); B:S – Possui carro; B:N – Não possui carro; C:2 – Procurou o serviço de saúde 4 vezes; C:5 – Procurou o serviço de saúde 1 vez; D:1 – Sempre teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde; D:3 – Às vezes teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde; D:5 – Nunca teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde; E:1 – Sempre perdeu de dia de trabalho; E:3 – Às vezes perdeu de dia de trabalho; E:5 – Nunca perdeu de dia de trabalho; F:1 – Sempre utilizou transporte; F:4 – Quase nunca utilizou transporte; F:5 – Nunca utilizou transporte; G:1 – Sempre gastou com transporte; G:4 – Quase nunca gastou com transporte; G:5 – Nunca gastou com transporte; I:1 – Nunca procurou pelo serviço de saúde de sua área de abrangência; I:5 – Sempre procurou pelo serviço de saúde de sua área de abrangência.

Analisando-se o plano fatorial representado na figura 5 e a frequência dos doentes em relação ao local do diagnóstico no gráfico 4, foram observadas algumas associações, possibilitando a formação de grupos que serão apresentados a seguir:

### 1) GRUPO 1: Doentes diagnosticados em hospitais privados e consultórios particulares

Os doentes diagnosticados em Hospitais particulares (6%) estão caracterizados com grau de escolaridade intermediário e, os diagnosticados em Consultórios particulares (5%), com alto grau de escolaridade. Ambos possuem carro, gastaram dinheiro com transporte, nunca procuraram o posto de saúde mais próximo de sua casa, sempre precisaram utilizar algum tipo de transporte para irem ao serviço de saúde e 100% obtiveram o diagnóstico fora de sua área de abrangência (FIGURA 6);



**Figura 6:** GRUPO 1 - Doentes diagnosticados em hospitais privados e consultórios particulares

## 2) GRUPO 2: Doentes diagnosticados em UBDS e Ambulatórios de referência

Os doentes diagnosticados em UBDS (48%) e Ambulatórios de referência (9%) possuem baixo grau de escolaridade, não possuem carro, sempre procuraram o posto de saúde mais próximo de sua casa, quase não gastam dinheiro com transporte para ir até a unidade de saúde. Ainda nunca necessitam de transporte motorizado para deslocar-se até a unidade de saúde, sempre perdem o dia de trabalho ou compromisso para consultar e apenas 16,7% dos doentes diagnosticados nas UBDS, que correspondem a 14% do total de doentes do grupo 2, obtiveram o diagnóstico dentro de sua área de abrangência (FIGURA 7).



**Figura 7:** GRUPO 2 - Doentes diagnosticados em UBDS e Ambulatórios de referência

### 3) GRUPO 3: Doentes diagnosticados em Hospitais públicos e UBS

Os doentes diagnosticados em Hospitais públicos (20%) e UBS (12%) sempre conseguiram consulta para o diagnóstico da doença no prazo de 24 horas. Desde que começaram a ficar doentes, procuraram a unidade de saúde uma vez para conseguir atendimento. Ainda nunca perderam o dia de trabalho para consultar, nunca tiveram dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde. Apenas 33,3% dos doentes diagnosticados em UBS, representando 12,5% do total de doentes do grupo 3, obtiveram o diagnóstico dentro de sua área de abrangência (FIGURA 8).

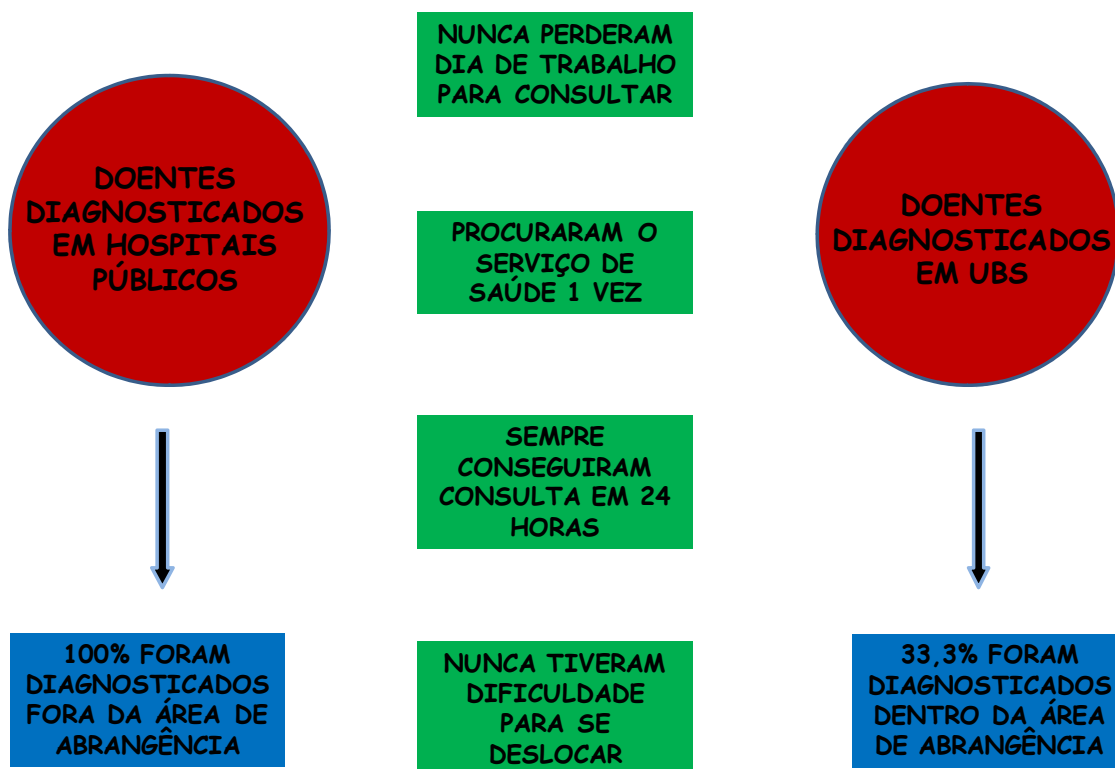


Figura 8: GRUPO 3 - Doentes diagnosticados em Hospitais públicos e UBS

## ***6. DISCUSSÃO***

## 6.1. Caracterização da população

As tabelas 1 e 2 mostram as características dos doentes de TB que participaram do estudo. Como se observa, a maior parte dos doentes é do sexo masculino, assim como em outros estudos realizados em diferentes locais do mundo (NEEDHAM et al., 2001; CHANG; ESTERMAN, 2008; WANG et al., 2007b).

O gênero, definido como as características socialmente construídas de homens e mulheres, é um fator chave para o risco de desenvolvimento da TB e para o acesso aos serviços de saúde. Além disso, ele define diferentes formas de enfrentamento e consequências sociais da doença. O gênero não influencia somente no risco de contrair a TB; a cada passo em direção ao diagnóstico, estruturas e barreiras definidas pelo gênero criam desvantagens que são específicas para homens ou mulheres em diferentes contextos (WHO, 2007).

Diferenças na incidência de TB entre homens e mulheres podem refletir em diferenças biológicas na epidemiologia da doença, nos papéis sociais de homens e mulheres que influenciam no risco de exposição e em diferenças de gênero no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2002b).

Porém não há uma definição sobre qual gênero é mais afetado pela não realização do diagnóstico de TB. Por um lado, é relatado que as mulheres apresentam menos sintomas da TB do que os homens e, por isso, eles passam despercebidos por muito tempo. Ainda, elas tem maior tendência a consultar em serviços privados, tem maior medo do estigma da doença maior dificuldade de acessar os serviços de saúde. Assim, as mulheres podem ser menos diagnosticadas e notificadas do que os homens. Por outro lado, os homens são, na maioria das vezes, a base financeira familiar e acabam protelando a procura por assistência devido ao trabalho, deixando de ser diagnosticados (WHO, 2002b)

Estudos realizados em Bangladesh, Índia e Malawi sobre dificuldades na realização do diagnóstico da TB demonstraram que não há diferenças significativas entre gênero masculino e feminino (GOSONI et al., 2008). Outros estudos mostraram que os homens tendem a ter mais problemas com relação ao diagnóstico da TB, principalmente no que refere à demora, o que é explicado pela

rotina de trabalho que, muitas vezes, dificulta o comparecimento aos serviços de saúde (SALANIPONI et al., 2000; CHANG; ESTERMAN, 2008; WANG et al., 2007b).

Com relação à faixa etária, os doentes do presente estudo estão, em sua maioria, na faixa etária reprodutiva, o que também é encontrado em outros estudos da epidemiologia da TB (NEEDHAM et al., 2001; CHANG; ESTERMAN, 2008; WANG et al., 2007b). Porém, deve-se considerar que foram excluídos do estudo os doentes com idade inferior a 18 anos, os quais podem representar uma parcela considerável de doentes.

Autores encontraram, em seus estudos, que as faixas etárias acima de 45 anos estão mais propensas a apresentarem problemas na realização do diagnóstico da TB (XU et al., 2005; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005).

Em sua maioria, são pessoas que moram em casa própria, de alvenaria, com 5 cômodos ou mais, possuem telefone fixo ou móvel e coabitam com 3 pessoas ou mais.

Pesquisas demonstram que a tuberculose e a pobreza são, ainda hoje, intimamente interligadas (JACKSON et al., 2006). Posteriormente, será feita a análise quanto ao grau de escolaridade e propriedade de automóvel.

## **6.2. Porta de entrada**

O gráfico 1 mostra a forma como os doentes se apresentaram aos serviços de saúde que diagnosticaram a TB. De acordo com os dados, 61% deles foram encaminhados por outros serviços de saúde. Isso significa que essas pessoas procuraram por serviços de saúde com sintomas da TB, mas os profissionais de saúde os encaminharam a outros serviços para a realização do diagnóstico.

Segundo a organização do sistema de saúde de Ribeirão Preto, o diagnóstico da TB é descentralizado e todas as unidades de saúde possuem estrutura para sua realização. Porém, o que se observa, é que a maioria dos doentes não teve os exames diagnósticos realizados na primeira unidade de saúde procurada, mas foi encaminhada a outras unidades para fazê-los.



Isso pode ocorrer devido à inexperiência dos profissionais de saúde para lidar com a sintomatologia e o diagnóstico da TB. Caminero (2003) relata que, para o preparo dos profissionais de saúde, é necessária a implantação de ações concretas nas universidades e escolas médicas, com a colaboração de médicos especialistas e sociedades científicas. Propõe que os guidelines do programa nacional de controle da TB sejam incluídos no ensino das universidades, com tempo suficiente para o ensino teórico e a prática em campo.

A continuidade do preparo dos profissionais é enfatizada por Oliveira (2006) que, em seu estudo, relata a importância de treinamentos constantes em TB para o preparo dos profissionais de saúde. Ressalta, porém, a dificuldade existente na programação desses treinamentos e possibilidade de participação de grande parte dos profissionais de saúde os quais, muitas vezes, não podem ser liberados de seus setores pelo restrito número de recursos humanos.

Liu et al. (2007) e Yan et al. (2007) também enfatizam que a falta de oportunidade de realização de treinamentos por parte dos profissionais os deixam despreparados para o manejo da TB e também para atenderem aos protocolos nacionais de diagnóstico e acompanhamento dos doentes.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto aponta a descentralização das ações do PCT como uma fortaleza que facilitaria o acesso dos doentes de TB aos serviços de saúde (MUNIZ et al., 2005). Porém, outros autores alertam que a descentralização pode trazer também riscos como a falta de responsabilização por parte dos profissionais de saúde (FRIEDEN; DRIVER, 2003).

Ainda conforme mostrado no gráfico 1, apenas 1% dos doentes foi diagnosticado por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR). Esses dados demonstram que a busca de SR é pouco enfatizada pelos serviços de saúde, focalizando-se mais fortemente na demanda espontânea dos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2006).

Para alguns autores, a busca ativa na comunidade muitas vezes não é implantada como rotina dos serviços de saúde pela falta de recursos humanos e custos advindos dessa atividade para o governo, com retorno muitas vezes não significativo (DEMISSIE; LINDTJORN; BERHANE, 2002).

Muniz et al. (2005) relatam a dificuldade de incorporação da Busca de SR por parte de agentes comunitários de saúde (ACS), atribuída, por um lado, ao

modo como os serviços de saúde se organizam e, por outro, ao modo como os profissionais de saúde se relacionam com os usuários.

O gráfico 2 mostra os tipos de serviços de saúde procurados pelos doentes de TB como porta de entrada do sistema de saúde. Observa-se que a maior parte dos doentes (66%) sempre procurou por serviços de atenção primária para a obtenção do primeiro atendimento. Entretanto, há uma porcentagem considerável de doentes (31%) que procuraram por serviços de nível secundário ou terciário (pronto atendimento ou hospital) para obtenção do primeiro atendimento para o diagnóstico da TB.

A porta de entrada do sistema de saúde deveria ser o serviço de atenção primária (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002), os quais, no município de Ribeirão Preto, se configuram pelas UBS e ESF. As UBS constituem a maior parte dos serviços de saúde de AB do município, representando 57% do total desses serviços de saúde. Já com relação a ESF/PACS, a cobertura do município ainda é baixa, cerca de 28,4%, segundo o SIAB (DATASUS, 2009).

Vivemos atualmente num sistema de saúde fragmentado, hierarquizado, numa estrutura piramidal, onde há a concepção de que a base da pirâmide (AP) é o nível menos complexo e o topo é o nível mais complexo. Essa compreensão de complexidade equivocada, estabelece que o nível da AP é o menos complexo e incapaz de resolver as necessidades de saúde da população, uma “medicina pobre para pobres”. Essa estrutura é voltada para as condições agudas, com foco na oferta de serviços. Esse foco estabelece fluxos complicados das pessoas e dificulta o pronto acesso a serviços eficientes e de qualidade (MENDES, 2002).

A AP que deveria atuar como a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, atuar na promoção e prevenção, e resolver a maior parte dos problemas apresentados, não consegue direcionar o fluxo populacional a ela. A concepção de complexidade leva ao maior acesso da população aos serviços secundários e terciários (MENDES, 2002).

Esse sistema deverá ser substituído por um sistema integrado, com uma rede horizontal, onde os distintos pontos de atenção constituem o nó da rede e o seu centro está localizado na AP. Esse sistema modifica a compreensão de pontos de atenção menos ou mais mais complexos e se volta para as condições crônicas,

conseguindo assim, trabalhar na promoção e prevenção da saúde, e tratar com resolutividade eventos crônicos e agudos a ela apresentados (MENDES, 2002).

A escolha dos doentes pela procura por pronto atendimentos ou hospitais é pautada em experiências anteriores com determinados serviços de saúde e em aspectos culturais (LIEFOOGHE et al., 1997). Muitos acreditam que os hospitais e pronto atendimentos (PA) são locais que possuem maior infraestrutura para diagnosticar e tratar problemas de saúde e, por isso, confiam mais nesses serviços. Para outros, a preferência pelos hospitais e PA decorre do horário restrito de funcionamento dos serviços de atenção primária (ZERBINI et al., 2008).

De acordo com o gráfico 3, observa-se que, além de ter procurado por serviços de atenção primária, a maioria dos doentes procurou por serviços próximos de suas residências ou dentro de sua área de abrangência. Como citado anteriormente, o município de Ribeirão Preto segue o princípio da regionalização do SUS e, sendo assim, os usuários devem procurar, como porta de entrada, os serviços de saúde mais próximos de sua residência que, em sua maioria, são UBS.

Porém, como observado no estudo, 38% dos doentes preferiram procurar por serviços de saúde mais distantes de seus domicílios ou fora da sua área de abrangência. Isso pode estar relacionado ao fato de que os doentes procuraram por hospitais ou PA para serem atendidos.

Outro fator que pode levar os doentes a procurarem por serviços mais distantes é o estigma da doença. Os doentes tem medo que descubram que tem TB e que pessoas conhecidas saibam do seu problema de saúde (HARRIES et al., 2003; BERTAZONE, 2003). A TB ainda é uma doença que causa vergonha aos doentes, pois as pessoas desconhecem seu modo de transmissão e há uma grande ligação com o HIV (ENSOR; COOPER, 2004; CMBANIS et al., 2007).

Com relação aos locais de diagnóstico apontados no gráfico 4, observa-se que os serviços particulares foram responsáveis por apenas 11% dos diagnósticos realizados. Apesar de ser uma porcentagem ainda baixa, esse setor vem aumentando sua detecção de casos de TB (UPLEKAR, 2004).

Dois motivos podem explicar essa ainda baixa porcentagem do setor privado no diagnóstico da TB: um deles constituído pelas dificuldades dos profissionais desse setor para suspeitar de TB quando procurados pelos sintomáticos respiratórios (YIMER; BJUNE; ALENE, 2005). Outro motivo pode ser o fato da doença ainda atingir mais as populações economicamente desfavorecidas,

as quais não possuem condições financeiras para fazer consultar em serviços de desembolso direto. Muitos dos usuários que procuram por serviços privados o fazem por possuírem plano de assistência médica contratado pelas empresas nas quais trabalham. É, portanto, um setor ainda restrito à determinadas populações (LONG et al., 1999).

Segundo dados do IBGE, em 2003 apenas 43 milhões de habitantes brasileiros (24,4% da população) eram cobertos por planos de saúde. Destes somente 19 milhões (44,1%) eram titulares dos planos de saúde, sendo que os demais eram dependentes. Dos titulares, mais de 4 milhões, ou 21%, não desembolsavam pelo plano de saúde. Ainda, apenas 18% (25 milhões) da população sempre procuravam por serviços privados quando tinham algum problema de saúde e 26% (73 milhões) procuravam por postos/ centros de saúde (IBGE, 2003).

Esses dados demonstram que a pequena cobertura populacional pela medicina supletiva e a baixa utilização dos serviços privados no Brasil, auxiliando na explicação do baixo número de diagnósticos de TB realizados nesse setor. Apesar disso, a contribuição no número de diagnósticos pelo setor privado vem crescendo continuamente.

Alguns estudos apontam a preferência dos doentes por atendimento em serviços privados devido à maior confiança nos métodos diagnósticos e nos profissionais, descrédito nos serviços públicos e pela melhor adequação aos horários de atendimento que o cliente necessita (LIU et al., 2007; THORSON; JOHANSON, 2004; ZERBINI et al., 2008).

Isso evidencia que poucos doentes são diagnosticados em serviços privados de saúde, o que demonstra ainda a caracterização da doença como predominante em populações mais pobres (YIMER YIMER; BJUNE; ALENE, 2005).

Diferentes autores relatam que o fato de o doente ser atendido em serviços particulares leva ao aumento no tempo para a realização do diagnóstico de TB. Alguns fatores apontados pelos autores são os métodos diagnósticos utilizados por esses serviços, o fato de, muitas vezes, desconhecerem a política de controle da tuberculose, não receberem incentivos financeiros para o controle da TB e por não suspeitarem de TB devido às características socioeconômicas dos pacientes que os procuram (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007; HABIBULLAH et al., 2004; NEEDHAM et

al., 2001; SALANIPONI et al., 2000; LIAM;TANG, 1997; ARORA; LONNROTH; SARIN, 2004; ZHANG et al., 2007).

Com relação aos métodos diagnósticos empregados, o setor privado utiliza muito mais o Raio-X do que a baciloscopia de escarro para os SR, quando a utilização dos dois métodos é essencial à investigação da TB (SINGLA; SHARMA; JAIN, 1998). Alguns estudos relatam que a utilização de Raio-X com relação à baciloscopia para SR no setor privado pode chegar a 98%, contra 19%, respectivamente (ARORA; LONNROTH; SARIN, 2004). Nesse sentido, o uso de Raio-X como método único pode ser insuficiente para estabelecer o diagnóstico definitivo da TB e provocar certa confusão na suspeita diagnóstica (RUFFINO-NETTO, 2006; LEUNG; LEUNG; TAM, 2007).

Liam e Tang (1997) relatam, em seu estudo, que há subutilização do exame de baciloscopia de escarro e isso se deve tanto ao fato dos profissionais não suspeitarem de TB quanto ao limitado número de laboratórios que realizam o exame por um custo mais alto do que o Raio-X.

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais de setor privado de saúde é a de suspeitarem da existência da TB (NEEDHAM et al., 2001). Ainda há associação muito forte entre a TB e a pobreza. Considerando que a maior parte dos pacientes que procura pelos serviços de saúde privada possui situação financeira estável, poucos médicos pensam na possibilidade da TB (HABIBULLAH et al., 2004). O desconhecimento da doença e das políticas de controle da TB reduz ainda mais a possibilidade da suspeita de TB e da aplicação de métodos diagnósticos corretos (NEEDHAM et al., 2001).

Há, portanto, necessidade de integração entre setores público e privado, promovendo, nesse último, a divulgação e aplicação correta das ações de controle da TB de forma a melhorar o acesso ao diagnóstico à população assistida nesse setor (OUÉDRAOGO et al., 2006; DEWAN et al., 2006; ARORA; LONNROTH; SARIN, 2004; UPLEKAR, 2004; NEEDHAM et al., 2001).

Em alguns países como Índia e China, projetos de aliança entre setor público e privado tem sido implantados e analisados, demonstrando bons resultados com relação ao diagnóstico, notificação e tratamento de casos de TB (DEWAN et al., 2006; UPLEKAR, 2004).

Ainda pelo gráfico 4, observa-se a participação dos diferentes níveis de atenção à saúde no diagnóstico da TB. O gráfico mostra que a maior participação

com relação ao setor público foi dos serviços de atenção secundária, representados pelos prontos atendimentos e ambulatorios de referência e, de atenção terciária, evidenciados pelos hospitais, somando, esses dois níveis, 73% dos doentes diagnosticados. As UBS e os PSF representaram apenas 16% dos diagnósticos realizados.

Outro dado identificado no gráfico 4 refere-se ao fato de que 88% dos doentes foram diagnosticados em serviços de saúde localizados fora de sua área de abrangência; somente em 12% o diagnóstico ocorreu dentro da área de abrangência.

Isso comprova que muitos doentes são diagnosticados nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, uma vez que esses serviços não costumam ser as referências para a porta de entrada e, muitas vezes, necessitam que o doente seja referenciado a eles por um serviço de atenção básica. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2007), a TB deve ser uma das prioridades nos serviços de AB sendo que os pacientes devem acessar primeiramente esses serviços e serem diagnosticados nesse nível de atenção por ser o mais próximo da população.

Entretanto, observa-se que o modelo tradicional de AB ainda vigente, baseado nas UBS, que atuam por demanda espontânea, não consegue sequer absorver toda a população que demanda por assistência nesses serviços, muito menos ter resolutividade para os problemas apresentados. O número de consultas diárias por clínico é reduzido e, por isso a procura por pronto atendimentos torna-se cada vez maior.

Essa situação poderia ser solucionada por meio da expansão do novo modelo de AB baseado na ESF e no PACS, que atuam principalmente na promoção, prevenção, busca de casos e tratamento dos problemas de saúde mais comuns com alta resolutividade.

O PNAB contempla a expansão dessas Estratégias em todo o Brasil, porém não é realidade atual de muitas regiões (BRASIL, 2007). Há grandes dificuldades para concretização da priorização desse modelo de Atenção Primária por parte dos municípios, dentre elas: A predominância do paradigma biomédico; A falta da estruturação da rede de serviços para atender a demanda gerada pelas equipes de Saúde da Família; A baixa cobertura das equipes de Atenção Primária nos municípios; A falta de coordenação técnica nos municípios para as equipes; A

escassez de recursos humanos; A ocorrência de processos de capacitação de forma desarticulada (CONASS, 2004).

O pequeno número de USF e a baixa cobertura populacional por essa estratégia no município de Ribeirão Preto fazem com que os doentes continuem sendo diagnosticados nos serviços julgados erroneamente como mais ágeis e de maior complexidade para detectar problemas de saúde e tratá-los com eficácia, que são os pronto atendimentos e os hospitais.

Analisando-se os gráficos 2, 3 e 4, em conjunto, nota-se que a maioria dos doentes procurou por assistência nos serviços de atenção primária quando começou a sentir-se doente (66%); porém, a minoria dos doentes foi diagnosticada por serviços de atenção primária (12%).

Além disso, a maioria dos doentes procurou por assistência em serviços de sua área de abrangência, o mais próximo de sua residência (59%), porém, somente 12% foram diagnosticados dentro de sua área de abrangência.

Isso significa que apesar de os doentes terem procurado por atendimento na atenção primária, e o mais próximo de suas residências, a resolutividade ocorreu mesmo na atenção secundária e/ou terciária, em serviços fora de suas áreas de abrangência.

Esses dados evidenciam que uma parcela expressiva de doentes não está sendo diagnosticada por serviços de atenção primária, mas, sim, por serviços de pronto atendimento e por hospitais. Esses serviços, pela própria lógica de funcionamento, devem facilitar acesso em relação aos demais, devido aos horários de funcionamento e por não necessitarem de agendamento de consulta para atendimento do doente, proporcionando rapidez no atendimento (FEKETE, 1997).

Em estudo realizado na Espanha, encontrou-se que um fator relacionado à maior demora para o diagnóstico da TB é o fato de o doente ter se apresentado com sintomas em unidades de atenção primária, onde há profissionais não preparados para a realização do diagnóstico da doença. No mesmo estudo, o fato de o doente procurar por hospital para atendimento com sintomas de TB, representou uma diminuição no tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença (DÍEZ et al., 2005).

O diagnóstico tardio, a dificuldade de acesso ao diagnóstico da TB e o conhecimento limitado para identificar os suspeitos de TB são problemas identificados na atenção primária, a qual não tem incorporado, em sua prática, as

ações de controle da doença, desde aquelas preventivas à busca de sintomáticos respiratórios (HINO et al., 2007; ARCÊNCIO; OLIVEIRA; VILLA, 2007, LIU et al., 2007).

Os serviços de atenção primária são baseados, na maior parte das vezes, na demanda espontânea, modelo por meio do qual se espera que o indivíduo com tuberculose procure pelo serviço de saúde ao perceber algum sinal ou sintoma da doença (PAIM, 2003; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002).

Entretanto, no intervalo de tempo entre o início dos sintomas a percepção da doença e desta, ao diagnóstico, muitos fatores poderão intervir, o que significa que o doente poderá permanecer mais tempo sem tratamento, piorando seu estado e disseminando a doença na comunidade (SILVA, 2002). Muitas vezes, quando percebe a sintomatologia, o doente já se encontra em um estágio mais avançado da doença e, ao procurar pelo serviço de saúde, acaba por ser hospitalizado, quando, então, será feito o diagnóstico.

Diferentes fatores interferem na percepção de “estar doente” na busca por assistência. Um deles é o fato de que as doenças infecciosas agudas são mais facilmente percebidas pelos doentes, devido aos sintomas dolorosos e estressantes, e a TB é uma condição crônica de progressão lenta, cujos sintomas são percebidos tardiamente e/ou são atribuídos a eventos agudos como, por exemplo, pneumonia ou gripe (BUCHILLET, 2000).

Outro fator é que a saúde e a doença são construções sociais históricas que incorporam um quadro complexo de outros fatores biológicos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e religiosos que influenciam as atitudes humanas frente à doença (SOUZA, 2008). Baseado nisso, o sentir-se doente é subjetivo e variável de uma pessoa para outra, sendo que, boa parte das pessoas não se sente doente a ponto de acessar um serviço de saúde.

Assim, pessoas com baixas condições socioeconômicas e baixo conhecimento tenderão a demorar mais para perceber os sintomas e, quando os perceberem, irão ignorá-los, buscando por assistência somente quando esses sintomas as impossibilitar de realizar suas atividades diárias de trabalho (DIMITROVA et al., 2006).

Acredita-se também que quando esses doentes buscam por assistência, muitos não são diagnosticados, seja pelo fato das pessoas não terem acesso aos serviços de saúde ou dos profissionais de saúde não estarem atentos



aos sintomáticos respiratórios (MUNIZ et al., 2005). Isso demonstra o modelo de atenção fragmentado, supervalorizando a especialidade, não atentando às questões de promoção e prevenção, valorizando apenas as ações curativas (OLIVEIRA, 2006).

O fato de grande porcentagem de doentes ser diagnosticada em PA ou hospitais pode ser interpretado como agravamento da TB pela deficiência no acesso aos serviços de saúde, principalmente os de atenção primária (ARCÊNCIO, 2008; OUÉDRAOGO et al., 2006).

Devido às falhas no processo de busca e diagnóstico dos casos de TB, muitos doentes não são diagnosticados nas fases iniciais da doença e, assim, são encaminhados em uma fase mais avançada, necessitando, então, serem hospitalizados devido, muitas vezes, ao mau estado geral e à caquexia. Essa situação faz com que os hospitais sejam, cada vez mais, locais de acesso ao diagnóstico (GALESI, 1999).

### **6.3. Fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB**

Os gráficos 5 e 6 mostram que 71% dos doentes possuem apenas ensino fundamental, sendo que destes, 61% não o completaram. A maioria dos doentes (67%) não possui automóvel. Essas características demonstram a ligação da tuberculose com baixas condições socioeconômicas, assim como foi encontrado em diferentes estudos (LIEFOOGHE et al., 1997; HINO et al., 2007).

Segundo Hino et al. (2007), as baixas condições socioeconômicas, muito frequentes nos doentes de TB, aliadas à epidemia da AIDS, desfavorecem o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, ao diagnóstico da TB.

A educação é um aspecto importante e determinante na utilização dos serviços de saúde e influencia, da acessibilidade sociocultural, ao diagnóstico da TB.

A influência da educação é dividida em duas categorias a educação geral e a educação em saúde. A primeira, habitualmente, é mensurada pelo nível de escolaridade e, a segunda, representa as informações específicas que o indivíduo tem sobre saúde e cuidados para com ela. A educação em saúde é muito

influenciada pela educação geral e a falta de ambas influencia diretamente na percepção da doença e no tipo de serviço que o doente procura ao sentir-se doente (ENSOR; COOPER, 2004).

A escolaridade está relacionada ao conhecimento geral e de saúde que o doente de TB possui e que o permite perceber os sintomas da doença o mais rápido possível, buscando por assistência (XU et al., 2005; CHANG; ESTERMAN, 2007). A baixa escolaridade atua como uma barreira sociocultural no acesso aos serviços de saúde face à deficiência de conhecimento e à falta de percepção com relação ao seu problema de saúde, as quais levam os pacientes a ignorarem os sintomas da TB por longo tempo (DIMITROVA et al., 2006; LIENHARDT et al., 2001).

Godfrey-Faussett et al. (2002) relataram, em um estudo realizado na Zâmbia, que o baixo conhecimento favorece o aumento do estigma da doença e reflete-se na demora do paciente pela busca por atendimento. Outros autores acrescentam que isso ocorre devido ao medo do isolamento social, receio de perder o emprego, vergonha e pelo fato dos pacientes interligarem a TB ao HIV, levando à negação dos sintomas da doença e à demora pela procura por assistência (BARAU; KARKI; NEWELL, 2007; NNOAHAM et al., 2006; MACQ et al., 2004; SQUIRE et al., 2005).

A distância entre o domicílio do doente e o serviço de saúde está intimamente ligada ao gasto com transporte. Os sintomáticos tem dificuldade de caminhar, mesmo sendo distâncias razoáveis, devido à debilidade gerada pela própria doença (SALANIPONI et al., 2000). Uma distância de 5 a 10 km é considerada, por alguns autores, uma barreira geográfica ao acesso ao diagnóstico da TB (SALANIPONI et al., 2000; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; ENSOR; COOPER, 2004). Para outros autores, mesmo distâncias curtas, menores do que 5 Km, se constituem em dificuldades diante da debilitação trazida pelos sintomas da TB; por isso, o doente necessita de transporte motorizado para se deslocar até o serviço de saúde (HANE et al., 2007).

Porém, o fato de muitos pacientes possuírem baixas condições socioeconômicas e não disporem de automóvel próprio faz com quem necessitem utilizar ônibus para ir ao serviço de saúde, o que acaba sendo adiado pela falta de meios financeiros para pagar por esse transporte.

Nesse sentido, a distância entre o domicílio e o serviço de saúde representa uma barreira geográfica que se reflete na falta de recursos financeiros como barreira econômica (LIN et al., 2008; RAJESWARI, 2002; DIMITROVA et al., 2006; SQUIRE et al., 2005).

Para superar essa barreira geográfica os doentes devem estar preparados para enfrentar outra – de natureza econômica, gerada pelo gasto com transporte (HANE et al., 2007).

Para doentes com baixa renda esses gastos se refletem ainda mais como barreira econômica, ainda mais se considerarmos que muitos doentes tem que retornar ao serviço de saúde mais de uma vez para obter o diagnóstico da TB (HABIBULLAH et al., 2004).

A TB é uma doença com determinantes sociais, e possui inúmeros elementos que favorecem seu aparecimento em populações mais vulneráveis socialmente. Ela tem proporcional impacto na pobreza, sendo que nos países desenvolvidos a taxa de incidência é relativamente maior entre pessoas mais pobres do que na população geral (MURRAY; STYBLO; ROUILLON, 1990; GANDY; ZUMLA, 2002). Para essas pessoas, ter que retornar várias vezes aos serviços de saúde para consultas e exames até que se obtenha o diagnóstico da TB, pode ser um fator dificultador devido às barreiras econômicas, o que pode levar ao não retorno desses doentes. Além disso, outros problemas ou outras atividades, como trabalho e assuntos familiares poderão ser colocados em primeiro lugar na vida do doente que irá protelar seu retorno ao serviço de saúde (HABIBULLAH et al., 2004).

Para que isso não ocorra, é necessário que o serviço esteja preparado para o acolhimento de fato do suspeito de TB, o que envolve profissionais treinados para o atendimento e com processo rápido de trabalho por parte de toda equipe, com a maior resolutividade possível.

Os diversos custos indiretos gerados ao doente na sua procura pelo serviço de saúde interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde (SANOU et al., 2004; SALANIPONI et al., 2000; WANG et al., 2007b; ENSOR; COOPER, 2004; LIU et al., 2007). Dentre esses custos, destacam-se a perda de dia de trabalho ou períodos de lazer, perda de tempo para esperar por consulta médica, gasto com transporte e distância entre o domicílio do doente e o serviço de saúde.

Os doentes tem medo de ausentar-se do trabalho, seja por seus empregadores não aceitarem essa ausência ou por terem que justificá-la e correrem

o risco de terem seu problema de saúde descoberto e, assim, possam perder o emprego (WANG et al., 2007b). Quando esses doentes procuram pelo serviço de saúde tem necessidade de serem atendidos rapidamente, não podem esperar muito tempo dentro do serviço de saúde, para que não fiquem muito tempo longe de seus empregos.

Ensor e Cooper (2004) destacam que o baixo nível educacional e os custos indiretos gerados pela procura pelo serviço de saúde são duas grandes barreiras para o acesso aos serviços de saúde. A deficiência educacional, aliada à falta de recursos financeiros, faz com que os doentes procurem por atendimento em serviços não convencionais e de fácil acesso, como farmácias e benzedeiros (ROJPIBULSTIT; KANJANAKIRITAMRONG; CHONGSUVIVATWONG, 2006; LIENHARDT et al., 2001). Assim, são medicados de forma inadequada, sem que seja realizado o diagnóstico da TB e, acreditando na cura por esses métodos, demoram ainda mais para procurar assistência em serviços de saúde (SANOU et al., 2004).

A utilização de estratégias que auxiliem na desmistificação da TB, que levem, ao sintomático respiratório, o conhecimento sobre a doença de forma a despertar seu interesse para a busca por assistência de saúde se faz necessária, de forma contínua, tanto no âmbito das unidades de saúde, nas comunidades em geral quanto nos meios de comunicação. Essas estratégias devem promover a participação coletiva, integral considerando-se as características e a realidade de cada local (RUFFINO-NETTO, 2001).

O primeiro indicador apresentado no Quadro 1 permite evidenciar que, apesar da grande maioria (88%) dos doentes ter sido atendida em sua primeira procura pelo serviço de saúde, há também outros 12% que precisaram procurar pelo serviço de saúde duas vezes ou mais até que conseguissem ser atendidos.

O indicador 6 confirma essa situação ao mostrar que 89% dos doentes foram atendidos dentro de 24 horas após procurarem por atendimento no serviço de saúde. Comparando-se com o indicador anterior, observa-se que há um doente que, apesar de não ter sido atendido na primeira vez em que procurou por atendimento, foi atendido dentro de 24 horas. Esse doente deve ter procurado por uma segunda unidade de saúde no mesmo dia, provavelmente um pronto atendimento, onde foi atendido.

Esses dados demonstram que na maior parte dos casos há uma captação precoce dos casos de TB por parte dos serviços de saúde; porém, uma porcentagem considerável não é captada precocemente e permanece na comunidade, com risco de agravamento e transmissão da doença.

Além disso, dentre os doentes aparentemente captados precocemente, devemos indagar se o atendimento, além de ter sido imediato, foi também resolutivo. Muitas vezes, o paciente é atendido prontamente no serviço de saúde, porém a suspeita de TB não é cogitada. Há falha na investigação de sintomas como a tosse, os pacientes são tratados por eventos agudos, como alergia, pneumonia e, assim, o diagnóstico de TB é adiado (MENDES, 2002; WARD; SISKIND; KONSTANTINOS, 2001). São utilizados antibióticos indiscriminadamente, na tentativa de cura do doente antes mesmo da realização dos exames padronizados que possam confirmar o problema de saúde (LORENT et al., 2008).

O grau de dificuldade de deslocamento dos doentes até os serviços de saúde, apresentado no Quadro 1 pelo segundo indicador analisado, demonstra que essa dificuldade foi percebida por 24% dos doentes, que representam a minoria dos entrevistados, porém, uma quantidade representativa.

Diferentes estudos demonstram que muitos suspeitos de TB apresentam dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde, a qual pode estar relacionada aos seguintes fatores: distância entre o domicílio e esses serviços, severidade da doença, tempo gasto no deslocamento, necessidade de utilização de transporte motorizado, custos diretos e indiretos gerados pelo deslocamento e baixas condições financeiras dos doentes (LIN et al., 2008; GODFREY-FAUSSETT et al., 2002; SELVAM et al., 2007). Diante dessa dificuldade, os doentes acabam protelando, ainda mais, a procura por assistência ao seu problema de saúde (LIN et al., 2008).

Essas possíveis dificuldades levantadas pelos autores puderam ser analisadas pelos indicadores seguintes, também apresentados no quadro 1: A frequência com que os doentes perderam dia de trabalho para irem à consulta, quando se iniciaram os sintomas da TB; frequência com que os doentes precisaram utilizar transporte motorizado para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença; frequência com que o doente gastou com transporte para ir ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da doença.

Nesse estudo, 47% dos doentes relataram perda de algum dia de trabalho para consultar até que fosse realizado o diagnóstico da doença. Estudos realizados na Nicarágua, Estônia e em Malawi mostraram que pessoas empregadas demoram mais para terem realizado o diagnóstico do que as desempregadas (MACQ et al., 2004; PEHME et al., 2007; SALANIPONI et al., 2000). Os doentes que estão empregados demoram mais a procurar por assistência por medo de ausentarem-se do trabalho e correrem o risco de perder o emprego, o que representa uma barreira socioeconômica para acesso ao diagnóstico (DIMITROVA et al., 2006).

Quando os sintomas se agravam, os doentes, ao invés de procurarem por serviços de atenção básica, buscaram por unidades de pronto atendimento ou hospitais particulares pela facilidade de atendimento em horário integral desses serviços, como discutido anteriormente (MACQ et al., 2004).

A utilização de transporte motorizado para ir ao serviço de saúde foi necessária para 79% dos doentes pelo menos uma vez e, 51%, alguma vez, tiveram que pagar pelo transporte. A necessidade de uso de transporte decorre da distância entre o domicílio e o serviço de saúde e dos sintomas da doença que dificultam o deslocamento dos doentes.

Como vimos anteriormente, a maioria dos doentes desse estudo não possui automóvel próprio, dependendo de ônibus para se locomover, aumentando os custos para realização do diagnóstico para pessoas que, em sua maioria, possuem grandes dificuldades financeiras. A necessidade de utilização de transporte motorizado face à distância entre domicílio e serviço de saúde representa barreiras econômica e geográfica, as quais se complementam (DIMITROVA et al., 2006).

O sétimo indicador, referente à frequência com que os doentes procuraram por serviços de saúde mais próximos de sua residência, expressa a porta de entrada do sistema utilizada pelos doentes e, assim sendo, já foi analisado.

Todos esses indicadores e variáveis foram utilizados na Análise Fatorial de Correspondência Múltipla. Na análise do plano fatorial, foi possível identificar três grupamentos de variáveis e indicadores.

O Grupo 1 foi identificado como doentes diagnosticados em serviços de saúde privados (hospitais e consultórios). Estes doentes estão relacionados a graus de escolaridade intermediário e alto, respectivamente, possuem carro,

consultaram em serviços de saúde distantes de suas residências, necessitaram de transporte para irem consultar-se e tiveram que pagar por esse transporte.

Pessoas com alto e intermediário grau de escolaridade e que possuem carro geralmente são aquelas que tem também maior poder aquisitivo e, por isso, procuram por atendimento em médicos particulares ou hospitais privados, disponibilizando-se a pagar por consulta ou usufruindo de um convênio médico. Dessa forma, esses doentes não procuram por serviços públicos de saúde próximos de sua residência e utilizam transporte motorizado devido à distância entre seus domicílios e os hospitais ou consultórios e tem gastos com esse transporte, seja diretamente pelo seu pagamento ou pelo custo com combustível.

Entretanto, a distância entre domicílio e serviço de saúde e os custos gerados com transporte não são percebidos por pessoas com médio a alto nível socioeconômico ao ponto de impedi-las de procurar por assistência à saúde (CAMBANIS et al., 2007). O maior problema identificado nesse grupo é o fato dessas pessoas procurarem por assistência em serviços privados, os quais, na maioria das vezes, não estão preparados para a identificação dos sintomas da TB (GODFREY-FAUSSETT et al., 2002).

Um estudo realizado na Índia identificou que os serviços privados de saúde são os que mais demoram a encaminhar os doentes de TB aos PCT para iniciar o tratamento e que, geralmente, os encaminham após iniciar tratamento não padronizado para a TB (SELVAM et al., 2007).

No início dos sintomas da TB essas pessoas tendem a agendar consulta com médicos em consultórios particulares, uma vez que não consideram com uma situação de emergência. Porém, como ocorre com a maior parte dos SR, a tosse, principal sintoma da TB, não é percebida tanto pelos doentes quanto pelos profissionais de saúde, tornando maior a dificuldade de realização do diagnóstico (MUNIZ et al., 2005).

Sem a realização do diagnóstico em tempo hábil, os sintomas da doença se agravam e há necessidade de encaminhar essas pessoas para hospitais (GALESI, 1999); nesse caso, hospitais privados para investigação.

Ainda com relação ao grupo, 100% dos doentes foram diagnosticados fora da área de abrangência, o que é explicado pelo fato de que os serviços privados não pertencem à organização do sistema de saúde público que segue o princípio de

regionalização e, portanto essas unidades não unidades de referência com área de abrangência definida.

Percebemos, então, que a maior barreira para o acesso ao diagnóstico da TB, encontrada pelos doentes do Grupo 1, é a organizacional e a cultural. Os serviços privados não participam da lógica de organização do sistema de saúde para o atendimento de doenças transmissíveis, principalmente com relação à TB, concebida pelos profissionais de saúde como doença ligada a baixos níveis socioeconômicos (SELVAM et al., 2007; ROJPIBULSTIT; KANJANAKIRITAMRONG; CHONGSUWIVATWONG, 2006).

Os profissionais consideram apenas como condição favorável ao desenvolvimento da TB o desfavorecimento socioeconômico, pois a consideram como doença de pobres. Esquecem de fatores como má nutrição e estresse que atingem cada vez mais classes socioeconômicas favorecidas e acabam tratando o evento agudo apresentado no momento do atendimento (SELVAM et al., 2007).

Não há união entre serviços públicos e privados com relação ao diagnóstico e tratamento da TB. Muitos profissionais de serviços privados não sabem qual é a dinâmica funcional dos PCT e quais são as normas do Programa Nacional de Controle da TB (MACQ et al., 2004; SELVAM et al., 2007).

Por isso, são lançadas as propostas de maior envolvimento das faculdades e escolas de medicina e enfermagem com manejo da TB, as normas dos PNCT, enfatizando e disponibilizando maior carga horária do ensino sobre TB, assim como outras condições crônicas infecciosas. Além disso, é necessária a maior divulgação das mudanças e estratégias dos PCT, não somente aos serviços públicos de saúde, mas também aos privados (CAMINERO, 2003; PEHME et al., 2007).

O Grupo 2 é composto por doentes diagnosticados em UBDS e Ambulatórios de referência. Esses estão relacionados ao baixo grau de escolaridade, não possuem automóveis, procuraram por assistência em serviços de saúde próximos de suas residências, não utilizaram nem gastaram com transporte e perderam dia de trabalho para irem se consultar.

O fato desses doentes possuírem baixo grau de escolaridade e não possuírem automóvel indica que fazem parte de uma classe socioeconômica desprovida.



Pessoas com baixa renda tem maior tendência a procurar por serviços públicos de saúde mais próximos de sua residência, de forma a ter menor gasto. Geralmente esses são serviços UBS e, poucas vezes, são UBDS por existirem em bem menor número.

Quando esses doentes procuram por uma UBS próxima à sua residência, muitas vezes não obtêm resolutividade para seu problema de saúde e, então, são encaminhados aos serviços de saúde de nível secundário (UBDS e AR) ou procuram por eles espontaneamente. Esses serviços ficam, então, sobrecarregados, dificultando o acesso a eles, o que leva à maior demora no diagnóstico.

Os doentes diagnosticados em UBDS e Ambulatórios de referência também foram os que mais perderam dia de trabalho para consultar com a finalidade de descobrir a doença. Isso pode estar relacionado ao fato de que a maior parte desses doentes procurou por serviços próximos de suas residências; serviços esses que, geralmente, tem funcionamento restrito ao horário comercial. Pode também ser devido à natureza dos serviços de nível secundário (UBDS e Ambulatórios de referências), que atendem a uma grande demanda de população em pronto atendimento e especialidades, com número reduzido de profissionais de saúde.

Nesse grupo apenas 14% dos doentes tiveram o diagnóstico realizado dentro da área de abrangência. Com relação aos doentes dos AR, 100% foram diagnosticados fora da área de abrangência, explicado pelo fato de que esses ambulatórios não possuem área de abrangência para atenção básica, não são considerados atenção primária, atendem somente especialidades com necessidade de encaminhamento do doente para esses serviços a partir de outras unidades.

Com relação aos doentes das UBDS houve uma pequena porcentagem deles que foram diagnosticados dentro da área de abrangência, devido à maior ênfase nos pronto-atendimentos desses serviços como porta de entrada em detrimento AB.

Para os doentes do Grupo 2, a principal barreira encontrada no acesso ao diagnóstico da TB foi a econômica devido aos custos gerados pela distância entre domicílio e serviço de saúde, gasto com transporte e perda de dia de trabalho para consultar, principalmente por se tratar de um grupo desprovido economicamente.

Para alguns autores, pessoas com menor renda podem estar mais expostas à demora na realização do diagnóstico por representar uma barreira econômica ao acesso ao diagnóstico da TB (ENSOR; COOPER, 2004; YIMER;

BJUNE; ALENE, 2005; WANG et al., 2007a). A baixa renda pode fazer com que o doente relute em procurar por cuidados de saúde ou o force a procurar por serviços não convencionais, localizados mais próximos de sua residência, ao invés dos serviços de atenção primária (WANG et al., 2007a).

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos aos suspeitos de TB para detectá-los rapidamente e evitar que retornem ao domicílio sem a realização de Raio-X e baciloscopia de escarro para confirmação do problema de saúde. Se isso ocorrer, os doentes retornam ao domicílio transmitindo a doença aos contactantes, tornando grande o risco de não retornarem ao serviço enquanto não se agravarem os sintomas da doença, devido à impossibilidade de arcarem com os custos indiretos para consulta (MACQ et al., 2004).

O Grupo 3 é composto pelos doentes diagnosticados em hospitais públicos e UBS. Estes doentes sempre conseguiram consulta no prazo de 24 horas, nunca perderam o dia de trabalho para consultar e nunca tiveram dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde.

Os doentes diagnosticados em hospitais públicos e UBS obtiveram consulta mais rapidamente que os demais e não apresentaram dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde. Segundo Brasil (2007), a TB deve ser uma das prioridades nos serviços de AB e os pacientes devem ser diagnosticados nesse nível de atenção por ser o mais próximo da população e facilitar seu acesso. O que se observa, no entanto, é que os doentes diagnosticados na AB e aqueles diagnosticados no nível terciário tiveram o mesmo grau de facilidade de acesso ao diagnóstico.

Os serviços de atenção básica são baseados na demanda espontânea, modelo pelo qual se espera que o indivíduo com Tuberculose procure pelo serviço de saúde ao perceber algum sinal ou sintoma da doença (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002). Muitas vezes, quando percebe a sintomatologia, o doente já se encontra em um estágio mais avançado da doença e, ao procurar pelo serviço de saúde, acaba por ser hospitalizado, quando, então, será feito o diagnóstico (LORENT, 2008).

100% dos doentes dos hospitais públicos foram diagnosticados fora da área de abrangência, pois os hospitais públicos também não possuem área de abrangência determinada dentro do município, portanto não são porta de entrada do sistema de saúde, recebem apenas doentes referenciados.

Dos doentes diagnosticados em UBS, apenas 33,3% foram diagnosticados dentro da área de abrangência sendo que uma das explicações para isso é que os doentes têm preferência por consultar em determinadas UBS e para conseguir consulta nesses locais acabam fornecendo ao serviço comprovante de endereço em nome de algum familiar que reside na área de abrangência da unidade.

O Grupo 3 de doentes teve como principal barreira de acesso ao diagnóstico a organizacional. Isso foi identificado porque a maior parte dos doentes desse grupo (62,5%) foi diagnosticada por serviços de nível terciário; apenas 37,5% foram diagnosticados na atenção primária, demonstrando que os serviços de atenção primária não estão preparados para identificar os casos de TB. Além disso, a maior parte dos serviços de atenção primária tem horário de funcionamento restrito, o que dificulta o acesso a esses serviços.

Apesar de também apresentarem indícios de baixo nível socioeconômico, tiveram facilidade de conseguir consulta e nunca perderam dia de trabalho para consultar; assim, não sofreram com barreiras econômicas para acesso ao diagnóstico.

Diante das características apresentadas e acrescentando que 37,5% dos doentes desse grupo foram diagnosticados na atenção primária, esse grupo foi o que apresentou maior facilidade de acesso ao diagnóstico.

Dentre os três grupos identificados, o que mais apresentou doentes diagnosticados dentro de sua área de abrangência foi o Grupo 2, com 14% de seus doentes, seguido do Grupo 3, com 12,5%. Isso ocorreu porque o Grupo 2 representa a maioria dos doentes do estudo.

Pela lógica do sistema de saúde municipal, as UBS são serviços geralmente mais próximos das residências dos doentes e, diante disso, deveriam compor o grupo com maior percentual de diagnósticos dentro da área de abrangência. Porém, no grupo das UBS, estão também os doentes diagnosticados em hospitais públicos (Grupo 3); por isso, não teve o mais alto percentual de diagnósticos dentro da área de abrangência.

100% dos doentes do Grupo 1 tiveram diagnóstico realizado fora da área de abrangência, pois os serviços privados não são referência dentro da organização do sistema de saúde. Para esses doentes, o fato de terem sido diagnosticados fora da área de abrangência e os custos advindos dessa situação não influenciam negativamente no acesso ao diagnóstico, como nos demais grupos.

## ***7. CONCLUSÕES***

O estudo mostrou que grande parte dos diagnósticos de TB foram realizados em níveis secundários e terciários de atenção, enquanto que a atenção básica foi pouco representativa na realização dos diagnósticos, o contrário do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

Observou-se também que a doença ainda está vinculada à pobreza, uma vez que 89% dos doentes foram diagnosticados em serviços públicos de saúde e que os doentes diagnosticados em serviços de saúde privados possuem melhor situação financeira e maior grau de escolaridade em comparação aos doentes diagnosticados em serviços públicos.

Os resultados da pesquisa indicaram que existem vários elementos (barreiras) que concorrem para que a atenção dispensada a Atenção Básica não contemple a sua resolutividade corroborando para que a doença permaneça ainda como um problema de saúde pública.

Um dos pontos cruciais é a forma de organização dos serviços de saúde no âmbito local, o qual tem privilegiado a lógica na atenção á demanda espontânea em detrimento a necessidade de reorganizar sob o prisma das condições crônicas que exigem resolubilidade na atenção, qualificação dos profissionais para lidar com doenças que envolvem múltiplos aspectos na sua assistência como: culturais, sociais, econômicos e de subjetividades.

Essa forma de organização dos serviços é percebida nesse estudo devido aos componentes avaliados a porta de entrada e ao acesso do diagnóstico da TB. Nesse sentido, fica evidente que a Atenção Básica ainda não assumiu com afinco as ações de controle da tuberculose, como previa o processo de descentralização dessas ações. Isso fica mais evidente quanto à centralidade da atenção não é circunscrita ao sujeito ou usuário do sistema.

No caso do doente da TB percebe-se que aspectos relacionados às condições socioeconômicas e culturais ainda ficam a desejar, na medida em que essa população, mais desprovida socialmente, não é atendida nas suas necessidades prementes, pois embora lhes possibilite acesso na rede básica, não há resolubilidade na sua atenção, sendo, portanto, necessário o encaminhamento a serviços secundários ou terciários para a realização do diagnóstico. No entanto, quando obtém acesso, o diagnóstico nem sempre é feito. Outro ponto importante revela que a busca dos serviços de saúde é espontânea, dado aos sintomas da

doença, levam o usuário/doente aos serviços de pronto atendimento e ou hospitais, quais em muitas circunstâncias, são determinantes para o diagnóstico da TB.

Percebe-se também que existe participação do setor privado na realização do diagnóstico e este ponto é importante para a problemática da TB dado que, mesmo envolvendo uma parcela menor da população de usuário, esta também é possível de contrair a doença. Nessa situação uma melhor parceria pública-privada pode potencializar a precocidade na realização do diagnóstico da TB, dado a tradição e qualificação do setor público na atenção à TB.

Quando utilizamos a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla identificamos algumas barreiras que distanciam os serviços de saúde desses doentes/usuários. A primeira delas é a barreira organizacional e cultural, como a necessidade de aprimorar a organização da atenção para as condições crônicas e para a qualificação profissional, tanto em serviços privados como públicos, que possam correlacionar aspectos do entorno social do sujeito doente com o processo de adoecimento por TB.

A segunda barreira é a econômica que revela um forte componente para a demora no acesso ao diagnóstico da TB. Esse aspecto liga-se fortemente à primeira barreira, por envolver uma parcela da população com fortes restrições econômicas.

A terceira barreira evidenciada vincula-se ao distanciamento das funções inerentes da Atenção Básica no que se refere ao diagnóstico da TB propriamente dito, levando a realização deste em serviços terciários. Em consequência há maior oneração do sistema de saúde como um todo e especialmente provoca um atraso importante no diagnóstico da TB, corroborando para que a mesma permaneça como um grande problema de Saúde Pública.

## ***8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

AMSTERDAM declaration to stop TB. **A call for accelerated action against tuberculosis**. Amsterdam, 2000. 1p.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter. **Health Social Behavior**, v. 36, p. 1-10, 1995.

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo (2005)**. 2006. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Internações por Tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo (2004). **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 409-417, 2007.

ARCÊNCIO, R. A. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)**. 2008. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

ARORA, V. K.; LONNROTH, K.; SARIN, R. Improved case detection of tuberculosis through a public-private partnership. **Indian J Chest Dis Allied Sci**, v. 1, n. 46, p. 133-136, 2004.

BARAU, S. C.; KARKI, D. K.; NEWELL; J. N. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health**. 2007. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/211>>. Acesso em: 06 ago. 2008.

BERTAZONE, E. C. **Assistência do portador de TB pulmonar sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem**. 2003. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da Tuberculose: diretrizes do Plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília, 1997.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano estratégico para a implementação do Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005: resumo executivo**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, de 29 de janeiro de 2001. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão 2001**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004.

BRASIL. Leis, decretos. Portaria n. 399/GM 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde e de Gestão 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, de 23 de fevereiro de 2006. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E, Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 4. 4ª ed., 2007.

BUCHILLET, D. **Tuberculose, Cultura e Saúde Pública**. In: Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Série Antropológica, Brasília-DF, 2000.

CAMBANIS, A. et al. Duration and associated factors on patient delay during tuberculosis screening in rural Cameroon. **Tropical Medicine and International Health**, v. 12, n. 11, p. 1309-1314, 2007.

CAMINERO, J. A. Is the DOTS strategy sufficient to achieve tuberculosis control in low- and middle-income countries? 1. Need for interventions in universities and medical schools. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 7, n. 6, p. 509-515, 2003.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **Strengthening the foundation: The role of the Physician in Primary Health Care in Canadá.** Ottawa: Ontario Canada Medical Association, 1994.

CARDOZO-GONZALES, R. I. **O tratamento supervisionado no domicílio para o controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto, SP – Brasil: avaliação de desempenho.** 2005. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARVALHO, H. **Análise multivariada de dados qualitativos.** Lisboa: Edições Silabo; 2004.

CHANG, C. T.; ESTERMAN, A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. **Rural and Remote Health**, v. 7, 2007. Disponível em: [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_667.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_667.pdf) Acesso em: 10 out. 2008.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária – Seminário do CONASS para construção de consensos.** Brasília, 2004.

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, II: Diretrizes brasileiras para tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília/DF, v. 30, 2004. Supplement.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde.** Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 05 de maio de 2009.

DEMISSIE, M.; LINDTJORN, B.; BERHANE, Y. Patient and health service in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. **BMC Public Health**. 2002. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/23>. Acesso em: 04 set. 2008.

DEWAN, P. K. et al. Improving tuberculosis control through public-private collaboration in India: literature review. **British Medical Journal**. 2006. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/332/7541/574>. Acesso em 09 jan. 2009.

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

DIMITROVA, B. et al. Health service providers' perceptions to tuberculosis care in Rússia. **Health Policy and Planning Advance**, v. 21, n. 4, p. 265-274, 2006.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** USA: Oxford University Press, 1973. 200 p.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica:** definición y métodos de evaluación. México-DF: La Prensa Mexicana S. A., 1984. 192 p.

DYE, C. et al. **What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control.** Communicable Diseases. World Health Organization, p. 35-43, 2003.

DYE, C. et al. Targets for global tuberculosis control. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 10, n. 4, p. 460-462, 2006.

ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. **Health Policy**, Londres, v. 19, n. 2, p. 69-79, 2004.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** Bibliografia Básica do projeto GERUS. Texto de apoio da unidade I, p. 114-119, 1997.

FRIEDEN, T. R.; DRIVER, C. R. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 83, n. 1, p. 82-85, 2003.

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

GANDY, M.; ZUMLA, A. The resurgence of disease: a social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. **Social Science & Medicine**, v. 55, n. 3, p. 385-396, 2002.

GAZETTA, C. E. **Controle dos Comunicantes de doentes de Tuberculose:** ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose do município de São José do Rio Preto – SP. 2004. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GODFREY-FAUSSETT, P. et al. Why do patients with cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health system research approach. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 6, n. 9, p. 796-805, 2002.

GOSONI, G. D. et al. Gender and socio-cultural determinants of delay to diagnosis of TB in Bangladesh, India and Malawi. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, n. 7, p. 848-855, 2008.

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

HANE, F. et al. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 5, p. 539-543, 2007.

HARRIES, A. D. et al. Defining and assessing the maximum number of visits patients should make to a health facility to obtain a diagnosis of pulmonary tuberculosis. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 7, n. 10, p. 953-958, 2003.

HINO, P. et al. Tuberculosis patients submitted to supervised treatment. Ribeirão Preto - São Paulo - Brazil. 1998 and 1999. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 27-31, 2005.

HINO, P. **Padrões espaciais da Tuberculose associados ao indicador Adaptado de Condição de Vida no município de Ribeirão Preto**. 2007. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

HINO, P. et al. Série histórica da mortalidade por tuberculose no Brasil (1980-2001). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 936-941, 2007.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Utilização de serviços de saúde – Brasil (2003)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>. Acesso em: 22 mai. 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades: Serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 22 mai. 2009.

JACKSON, S. et al. Poverty and the economic effects of TB in rural China. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 10, n. 10, p. 1104–1110, 2006.

KRITSKI, A. L.; RUFFINO-NETTO, A. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 4, n. 7, p. 622-626, 2000.

LEUNG, E. C. C.; LEUNG, C. C.; TAM, C. M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, v. 13, n. 3, p. 221-227, 2007.

LIAM, C. K.; TANG, B. G. Delay in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in patients attending a university teaching hospital. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 1, n. 4, p. 326-332, 1997.

LIEFOOGHE, R. et al. From their all perspectives. A Kenya community's perception of tuberculosis. **Tropical Medicine and International Health**, v. 2, n. 8, p. 809-821, 1997.

LIENHARDT, C. et al. Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of the Gambia. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 5, n. 3, p. 233-239, 2001.

LIN, X. et al. The effect of geographical distance on TB patients delay in a mountainous province of China. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, n. 3, p. 288-293, 2008.

LIU, X. et al. How affordable are tuberculosis diagnosis and treatment in rural China? An analysis from community and tuberculosis patient perspectives. **Tropical Medicine and International Health**, v. 12, n. 12, p. 1464-1471, 2007.

LONG, N. H. et al. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 3, n. 5, p. 388-393, 1999.

LORENT, N. et al. Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, n. 4, p. 392-396, 2008.

LUCCA, M. E. S. **Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção HIV/TB, em Ribeirão Preto-SP, de 1998-2006**. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, 2006. 215 p.

MACQ, J. et al. The cost of medical care and people's health seeking behaviour before being suspected of tuberculosis in three local health system, Nicaragua. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 8, n. 11, p. 1330-1336, 2004.

MENDES, E.V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Ceará: Escola de Saúde Pública, 2002. 92 p.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda para a saúde. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n. 4, p. 04-26, 2004.

MONROE, A. A. et al. Gerenciamento de caso ao doente/família com tuberculose: uma estratégia de sistematização do cuidado no domicílio. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 1, p. 91-92, 2005.

MUNIZ J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde**. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 33-42, 1999.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 49-54, 2002.

MUNIZ, J. N. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Identificação de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004. 148 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitários. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-21, 2005.

MURRAY, C. J. L.; STYBLO, K.; ROUILLON, A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. **Bulletin of International Union against Tuberculosis and Lung Diseases**, Paris, v. 65, n. 1, p. 6-24, 1990.

NEEDHAM, D. M. et al. Socio-economic, gender and health services factors affecting diagnostic delay for tuberculosis patients in urban Zambia. **Tropical Medicine and International Health**, v. 6, n. 4, p. 256-259, 2001.

NNOAHAM, K. E. et al. Perceptions and experiences of tuberculosis among African patients attending a tuberculosis clinic in London. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 10, n. 9, p.1013-1017, 2006.

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

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, n. 57, n. 1, p. 179-188, 2003.

OLIVEIRA, M. F. **A Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo (2005)**. 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OLVERA, J. P. **Análise do Programa de tuberculose na jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002**. 2004. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

OMS/OPAS/MS-BRASIL. **Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde**. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 215p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE [OPAS]. **Situação epidemiológica de la tuberculose nas Américas**. Geneve, 2004. Disponível em: [www.who.int/tb](http://www.who.int/tb). Acesso em: 16 mai. 2008.

OUÉDRAOGO, M.; KOUANDA, S.; BONCOUNGOU, K.; DEMBÉLE, M.; ZOUBGA, Z. A.; COULIBALY, G. Treatment seeking behaviour of smear-positive tuberculosis patients diagnosed in Burkina Faso. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 10, n. 2, p. 184–187, 2006.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 587-603.

PEHME, L. et al. Factors related to health system delays in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Estonia. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 3, p. 275-281, 2007.

RAJESWARI, R. et al. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 6, n. 9, p. 789-795, 2002.

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

RUFFINO-NETTO. A reforma do setor saúde e o controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 35-51, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 4, p. 159-162, 2000.

RUFFINO NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília-DF, v.10, n.3, p. 129-38, 2001.

RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.



RUFFINO NETTO, A. A carga da tuberculose: reflexões sobre o tema. Editorial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 30, n. 4, p. 307-309, 2004.

RUFFINO NETTO, A. Comentário: Detecção de casos de tuberculose por raios-x em massa: custo e implicações. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 3, p. 400-401, 2006.

SALANIPONI, F. M. L. et al. Care seeking behavior and diagnostic processes in patients with smear-positive pulmonary tuberculosis in Malawi. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 4, n. 4, p. 327-332, 2000.

SANOU, A.; DEMBELE, M.; THEOBALD, S.; MACQ, J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 8, n. 12, p. 1479-1483, 2004.

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

SÃO PAULO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Coordenadoria de controle das doenças. **Boletim Epidemiológico Paulista**. Tuberculose no Estado de São Paulo: Indicadores de morbimortalidade e Indicadores de Desempenho. São Paulo, v. 3, 2006. 37 p.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação do Sistema Estadual de Análise de dados. **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo**. 2005. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/anuario/index.php>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

SASSAKI, C. M. et al. Tempo de tratamento de pacientes inscritos no Programa de Controle da Tuberculose. Ribeirão Preto–SP (1998-1999). **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 27-34, 2002.

SASSAKI, C. M. et al. **Tempo de tratamento da Tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto – SP (1998-1999)**. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SASSAKI, C. M. **Fatores preditivos para o resultado de tratamento da tuberculose pulmonar no município de Recife-PE**: uma contribuição para as ações de vigilância epidemiológica. 2006. 123 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SELVAM, J. M. et al. Health-seeking behaviour of new smear-positive TB patients under a DOTS programme in Tamil Nadu, India, 2003. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 2, p. 161-167, 2007.

SILVA, M. D. **Fatores associados à demora para o início do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT**. 2002. 199 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2002.

SINGLA, N.; SHARMA, P. P.; JAIN, R. C. Survey of knowledge, attitudes and practices for tuberculosis among general practitioners in Delhi, India. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 2, p. 384-389, 1998.

SILVA, M. D. **Fatores associados à demora para o início do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT**. 2002. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2002.

SOUZA, R. M. **Representações Sociais da tuberculose**: Um estudo Sócio-Antropológico. 2008. 150 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUZA, W. V. **A epidemiologia da tuberculose em uma cidade brasileira na última década do século XX: uma abordagem espacial**. 2003. 154 f. Tese (Doutorado em Ciências/Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

SQUIRE, S. B. et al. Lost smear-positive pulmonary tuberculosis cases: where are they and why did we lose them? **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 9, n. 1, p. 25-31, 2005.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. London/New York: Oxford University Press; 1998.

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

TEIXEIRA, G. **DOTS**: A retomada de uma estratégia. Rio de Janeiro: [s.l.p.], 1998. 5p. /mimeografado/.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002, p. 23-52.

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

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

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, suplemento, p.190-198, 2004.

UPLEKAR, M. Involving private health care providers in delivery of TB care: global strategy. **Tuberculosis**, v. 83, p. 37-46, 2004.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-12, 2005.

VENDRAMINI, S. H. F. **O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP, 1985-2004**: do contexto epidemiológico à dimensão social. 2005. 251 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (org.). **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006.

VILLA, T. C. S. et al. As Políticas de Controle da Tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a Implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: VILLA T. C. S., RUFFINO-NETTO, A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais**. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006a. p. 29-47.

VILLA, T. C. S. et al. A experiência da Implantação da Estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais**. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006b. p. 75-139.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A (org.). **TUBERCULOSIS TREATMENT: DOTS implementation in some regions of Brazil – Background and regional features**. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2007.

VILLA, T. C. S. et al. Tuberculosis control policies in health system in Brazil and DOTS implementation (1980-2005). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A (org.). **TUBERCULOSIS TREATMENT: DOTS implementation in some regions of Brazil – Background and regional features**. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2007. p. 28-45.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A (org.). **TUBERCULOSE: Pesquisas Operacionais**. 1 ed. São Paulo: FUNPEC- Editora, 2009a.

VILLA, T. C. S; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009b.

WANG, W. et al. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 5, p. 419-423, 2007a.

WANG, W. B. et al. Pathways from first health care seeking to diagnosis: obstacles to tuberculosis care in rural China. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 11, n. 4, p. 386-391, 2007b.

WARD, J.; SISKIND, V.; KONSTANTINOS, A. Patient and health care system delays in Queensland tuberculosis patients, 1985-1998. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 5, n. 11, p. 1021-1027, 2001.

WATANABE, A.; RUFFINO-NETTO, A. Aspectos epidemiológicos da co-infecção Tuberculose/HIV – Ribeirão Preto – SP. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 856-865, 1995.

WHA. **Forty-fourth World Health Assembly resolution**. WHO policy system. Geneva, 6-16 de maio, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **What is dots?**. A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva, Switzerland, 1999a. 32p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Organización Panamericana de la salud (OPAS). **Que és DOTS/TAES?** San Salvador, El Salvador, 1999b. 30p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control**. Stop TB communicable diseases. Geneva, 2002a. 20p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Department of gender and women's health. **Gender and tuberculosis**. Geneva, 2002b. 4p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing**. WHO Report 2005. Geneva, 2005. 316 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. WHO European Ministerial Forum. **Tuberculosis and gender**. Geneva, 2007. 2p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing**. WHO Report 2008. Geneva, 2008. 294 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing**. WHO Report 2009. Geneva, 2009. 303 p.

XAVIER, M. I. M.; BARRETO, M. L. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 445-453, 2007.

XU, B. et al. Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 9, n. 7, p. 784-790, 2005.

YAN, F. et al. Multiple perspectives on diagnosis delay for tuberculosis from jey stakeholders in poor rural China: case study in four provinces. **Health Policy**, v. 83, p. 186-199, 2007.

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

ZERBINI, E. et al. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, n. 1, p. 63-68, 2008.

ZHANG, T. et al. Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups. **BMC Public Health**, v. 7, n. 19, p. 1-12, 2007.

## ***9. ANEXOS***

## ANEXO I

### I. Doentes de Tuberculose

Número do questionário:  
\_\_\_\_\_

Município:  
\_\_\_\_\_

Data da digitação dos dados:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Digitador:  
\_\_\_\_\_

Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose / CNPq  
Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

### Questionário sobre Avaliação da organização e do desempenho dos serviços de atenção

#### básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

**Apresentação:**

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

Posso conversar um pouco com o(a) Sr.(a)?

O(A) Sr.(a) aceita participar desta pesquisa?.

**Observação:** Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitar a assinatura ou impressão digital.

Só após a aceitação do sujeito poderá ser iniciada a aplicação do Questionário.

Atualizado em 20 de junho de 2007

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteado por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD. USA.

Adaptado para a atenção à tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).



Nome do Entrevistador:.....

Data: ...../...../.....

Município:.....Estado:.....

A. INFORMAÇÕES GERAIS.			
1	Código identificador (Nº SINAM ou WEB-TB) do entrevistado		
2	Iniciais do entrevistado e N° do Prontuário:	Iniciais:	
		Prontuário:	
3	Endereço completo do entrevistado		
4	Nome da Unidade de AB		
5	Endereço da Unidade de AB		
6	Tipo de Unidade		
	UBS	1 ( )	
	UBS/PACS	2 ( )	
	USF/PACS	3 ( )	
	Ambulatório de Referência	4 ( )	
7a	Unidade de saúde que encaminhou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
7b	Unidade de saúde que diagnosticou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
8	Faz Tratamento Supervisionado	Sim	
		Não	
9	Local de Atendimento		
9a	Consulta Médica de Controle	USF/PACS	1 ( )
		UBS	2 ( )
		UBS/PACS	3 ( )
		Ambulatório de Referência	4 ( )
		Domicílio	5 ( )
9b	Tratamento Supervisionado	USF/PACS	1 ( )
		UBS	2 ( )
		UBS/PACS	3 ( )
		Ambulatório de Referência	4 ( )
		Domicílio	5 ( )

<b>B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.</b>			
10.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ( )
		Masculino	1 ( )
10.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ( )
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ( )
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ( )
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ( )
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ( )
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ( )
		Ensino superior (universitário) completo	6 ( )
10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:		
	Própria	1 ( )	
	Alugada	2 ( )	
	Empréstimo	3 ( )	
	Instituição (asilar/abrigo/outros)	4 ( )	
	Não tem moradia	5 ( )	
10.d	Tipo de Moradia		
	Alvenaria	1 ( )	
	Madeira	2 ( )	
	Material Reciclável	3 ( )	
	Outros	4 ( ) Especifique: _____	
10.e	O(A) Sr.(a) têm em sua moradia?		
		Sim	Não
	Água Encanada		
	Geladeira		
	Telefone (Cel. Ou Fixo)		
	Carro		
	Luz Elétrica		
	Banheiro dentro casa		
	Rádio		
	Televisão		
10.f	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:		
	1 Cômodo	1 ( )	
	2 Cômodos	2 ( )	
	3 Cômodos	3 ( )	
	4 Cômodos	4 ( )	
	5 ou mais Cômodos	5 ( )	
	4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas	1 pessoa
	1	2	3

10.g	Número de pessoas residentes em sua casa?			
10.h	Número de adultos maiores de 60 anos?			
10.i	Número de crianças (menores de 12 anos)?			

**OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS: A-B-C**

**C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.**

CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
11.a	De um modo geral, nos últimos 30 dias, como o(a) Sr.(a) considera seu estado de saúde ?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
11.b	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta do tratamento de TB?					

**OBS: AGORA VAMOS FALAR DE QUANDO O(A) Sr.(A) COMEÇOU A FICAR DOENTE (TOSSE, FEBRE, PERDA DE PESO, FRAQUEZA...)**

**D. PORTA DE ENTRADA.**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
12	Quando o(a) Sr.(a) precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vai ao posto/centro/unidade e de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB foi ao posto/centro/unidad e de saúde?					
14	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB foi ao pronto socorro/hospital?					
15	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB e precisou de algum especialista, consultou antes no posto/centro/unidad e de saúde?					

**OBS: CONTINUAMOS A FALAR DE QUANDO O(A) Sr.(A) COMEÇOU A FICAR DOENTE (TOSSE, FEBRE, PERDA DE PESO, FRAQUEZA...)**

**E. ACESSO.**

**E.1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.**

		5 ou mais vezes	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1vez
		1	2	3	4	5
16	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar o posto/centro/unidad e de saúde para conseguir atendimento?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
17	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até o posto/centro/unidad e de saúde?					

18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para pedir informação por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
20	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consultar no posto/centro/unidade de saúde?					

<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até ao posto/centro/unidade de saúde?					
22	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com o transporte para ir até o posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
23	Quando o Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta no posto/centro/unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?					
24	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou o posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?					

**OBS: QUANDO O ENTREVISTADO CONCLUIU O TRATAMENTO, USAR O TEMPO VERBAL NO PASSADO.**

**OBS: AGORA VAMOS FALAR DO POSTO/CENTRO/UNIDADE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB**

**E 2. ACESSO AO TRATAMENTO.**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
25	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
26	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
27	O Sr.(a) consegue marcar consultas por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
28	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB, tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso?					
29	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?					
30	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?					
31	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?					
32	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
33	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia?					
34	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB no posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?					

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE A FORMA DE COMO O(A) SR.(A) É ATENDIDO PELOS PROFISSIONAIS DO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE.**

**F. VÍNCULO.**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
35	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelo mesmo profissional?					
36	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional do posto/centro/unidade de saúde que o atende?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
37	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional do posto/centro/unidade de saúde sente que ele entende?					



38	Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional do posto/centro/unidade de saúde conversa sobre outros problemas de saúde?					
39	O profissional do posto/centro/unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?					
40	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?					
41	Durante seu atendimento o profissional do posto/centro/unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?					
42	O profissional do posto/centro/unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?					
43	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?					
44	Quando o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procura os seguintes profissionais do posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
44 a	Médico					
44 b	Enfermeiro					
44 c	Auxiliar Enfermagem					
44 d	Agente Comunitário de Saúde/ACS					
44 e	Outros Profissionais					
CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
45	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?					

<b>G. ELENCO DE SERVIÇOS.</b>						
<b>COM QUE FREQUÊNCIA AS AÇÕES A SEGUIR SÃO OFERECIDAS PELA EQUIPE QUE ACOMPANHA O PROBLEMA DA TB NO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE?</b>						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
46	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?					
47	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
48	Exame para HIV/AIDS?					
49	Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?					
50	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?					
51	Cestas básicas ou vale alimentação?					
52	Vale transporte?					
53	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
54	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					

55	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
56	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
57	Participação em grupos de doentes de TB no posto / centro / unidade de saúde?					
58	Tratamento Supervisionado? *					

\* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

<b>H. COORDENAÇÃO.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
59	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?					
60	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
61	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no posto/centro/unidade de saúde?					

**OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista)**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
62	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional do posto/centro/unidade de saúde?					
63	Quando o profissional do posto/centro/unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?					
64	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?					
65	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?					
66	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde, fornece informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?					
67	O(A) Sr.(a) retorna ao posto/centro/unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?					

68	O profissional do posto/centro/unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?					
69	O profissional do posto/centro/unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?					

**AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA SUA FAMÍLIA DURANTE SEU TRATAMENTO DE TB.**

**I. ENFOQUE NA FAMÍLIA.**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
70	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
71	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?					
72	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?					

73	Quando ficou doente de TB, o profissional do posto/centro/unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
74	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
75	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?					
76	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?					
77	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?					

**AGORA VAMOS FALAR COM O (A) Sr. (a) SOBRE O TRABALHO DESENVOLVIDO PELOS PROFISSIONAIS DO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE NA COMUNIDADE.**

**J. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
78	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde ?					

79	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?					
80	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?					
81	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais do posto/centro/unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?					
82	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?					

**AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE OUTROS ASSUNTOS RELACIONADOS AOS PROFISSIONAIS QUE ATENDEM O (A) SR. (A) NO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE.**

**K. FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

CARTÃO C	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	
	1	2	3	4	5	
83	O(A) Sr.(a) encontra um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?					
84	O(A) Sr.(a) recomenda este posto/centro/unidade de saúde a um(a) amigo(a)?					
85	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver seus problemas de saúde?					

86	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar da TB?					
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
87	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
88	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde por ter TB?					
89	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais?					

O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?

Observações do entrevistador.



## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre "Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil".

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: \_\_\_\_\_ . Ela tem como objetivo avaliar o atendimento de tuberculose nos serviços de saúde do Estado de São Paulo.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 30 minutos, e 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.

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

Ribeirão Preto, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_  
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](mailto:tite@eerp.usp.br)

**ANEXO III**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of. CEP-EERP/USP – 054/2007

Ribeirão Preto, 22 de março de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 93ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de março de 2007.

**Protocolo:** nº 0762/2007

**Projeto:** AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TB EM CENTROS URBANOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

**Pesquisador:** Tereza Cristina Scatena Villa

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

Atenciosamente,

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

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