

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

MARIA EUGÊNIA FIRMINO BRUNELLO

**Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos
serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em
Ribeirão Preto (2009)**

Ribeirão Preto

2013

MARIA EUGÊNIA FIRMINO BRUNELLO

**Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos
serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em
Ribeirão Preto (2009)**

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

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2013

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Brunello, Maria Eugênia Firmino

Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (2009). Ribeirão Preto, 2013.

94f. : il. ; 30cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem de Saúde Pública.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Tuberculose. 2. Serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Avaliação de desempenho. 5. Diagnóstico. 6. Avaliação dos serviços de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Eugênia Firmino Brunello

Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (2009)

Aprovado em: ___/___/___

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

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Zulmira e Reinaldo, ao meu marido e companheiro Rafael e aos meus irmãos, Jandira e Reinaldo Junior, pelo apoio e incentivo, constante e incondicional.

Agradecimentos Especiais

À minha orientadora, Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Tite), com quem convivo há quase 10 anos, que me aceitou sem me conhecer e a quem devo boa parte da minha vida como pesquisadora. Obrigada!

Ao nosso querido amigo, Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto, a quem recorreremos sempre que precisamos e que nos recebe de braços abertos. Exemplo! Muito obrigada.

Agradecimentos

A Deus, por me proporcionar a vida e os aprendizados de cada dia.

Aos amigos espirituais que estão sempre ao meu lado.

*Aos meus pais, **Reinaldo e Zulmira**, por todo suporte e incentivo que desde criança me proporcionam.*

*Ao meu marido, **Rafael**, por toda paciência e companheirismo ao longo destes anos.*

*Aos meus irmãos, **Jandira Flávia e Reinaldo Junior**, pelo apoio e incentivo.*

*Aos meus avós: **Nininha, Jandira e Toninho** (in memoriam) e **Licio** que contribuíram com a minha educação e a formação do meu caráter.*

*Aos meus sogros, **Margarida e Luiz**, que há anos me acolheram como filha e também me incentivaram para a conclusão desta etapa.*

Aos meus tios e tias, primos e primas, sobrinhos e sobrinhas, cunhados e cunhadas, por torcerem pelo meu êxito profissional e pessoal.

*À **Patrícia Pazini e Rubia Andrade** que tanto nos dedicam tempo, paciência e compreensão. Obrigada por sempre estarem disponíveis a ajudar e escutar. Que Deus abençoe vocês!*

*Ao grupo de pesquisadores que fazem parte do GEOTB de várias localidades deste país, em especial: **Maria Amélia, Anneliese, Beatriz, Gabriela, Lívia, Nathalia, Tiemi, Aline Beraldo, Helen, Érika Pinto, Reinaldo Sobrinho** ... obrigada por tudo ao longo desses anos.*

*Ao grupo de pesquisadores do **GeoQualis**, obrigada pela troca de experiências.*

*Ao **Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, Profa. Dra. Lucia Marina Scatena**... obrigada por contribuírem com minha formação desde a Iniciação Científica.*

*Às minha amigas, do ensino médio e da faculdade, pelo eterno incentivo, apoio e torcida: **Giselle Guerrero, Marielle Rosário, Marcela Ganzella, Livia Agy, Livia Pedrílio, Janaina Guerra, Carol Gomes, Juliana Mano, Danielle Villela, Laís Moura**.*

*Ao **Juliano Marquetti**, do posto de apoio da FAPESP no Campus da USP-RP, pela disponibilidade ao longo dessa jornada.*

*À **Maria Cristina M. Ferreira**, da Biblioteca do Campus da USP-RP, pelas correções das citações deste trabalho.*

*Aos funcionários da **Seção de Pós-graduação** da EERP-USP.*

Aos funcionários do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública** da EERP-USP, em especial à Shirley Figueiredo.

Aos coordenadores do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública** da EERP-USP.

A todos os **funcionários e docentes** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto com quem já convivo há anos.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, **Dr. Stênio José Correa Miranda**.

À coordenadora municipal do Programa de Controle da Tuberculose de Ribeirão Preto-SP, **Lis Aparecida Neves**, por estar sempre disposta a colaborar com o desenvolvimento de pesquisa no município.

A todos os profissionais e funcionários que atuam ou atuaram nos ambulatórios de referência para o cuidado ao paciente com tuberculose, profissionais estes com quem pude aprender muito e que sempre colaboram com o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao tema, em especial: **Terezinha Yano, Maria Suely Balbo, Geny, Sônia Marques, Miguel, Rita, Sidney, Arlete, Luana, Solange, Adriana, Ângela Serafim, Maria Elvira, Luzia Márcia**.

A todos os membros do **Comitê Municipal de Tuberculose de Ribeirão Preto** que direta ou indiretamente colaboraram para a análise dos resultados deste trabalho.

Aos pacientes portadores de tuberculose de Ribeirão Preto-SP.

À **Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose**.

À **FAPESP** pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

A todos que por acaso não citei e que de alguma forma colaboraram com o desenvolvimento desta pesquisa e com a minha formação.

Aos que torceram e colaboraram, meu **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

BRUNELLO, MEF. Percurso do usuário no sistema de saúde: desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto. 2009. [Tese]. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013. 94f.

A presente pesquisa objetivou analisar o percurso do usuário e a oferta de ações nos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose (TB). Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito realizado no município de Ribeirão Preto. A população do estudo foi de 100 doentes de TB acompanhados nos cinco ambulatórios de referência para o tratamento da doença no período da coleta de dados (junho a dezembro de 2009). Foram critérios de inclusão: estar em tratamento para TB, ser residente no município de Ribeirão Preto, com idade igual ou superior a 18 anos, não pertencentes ao sistema prisional. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo a primeira a entrevista com o doente de TB, por meio de um questionário estruturado contendo questões relacionadas aos aspectos sócio-demográficos e buscando resgatar o percurso do paciente desde o momento em que se sentiu doente, a procura pelo primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da doença. A segunda etapa contou com a coleta de dados secundários em dois sistemas de informação, sendo eles: o TB-WEB, onde foram obtidos registros relativos aos dados clínicos dos doentes e o Hygia-WEB, para obtenção de informações acerca dos serviços de saúde e profissionais que atenderam o paciente, além de exames solicitados. Foram elaborados indicadores relacionados ao desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB, considerando as categorias de análise: “ofertas de ações nos serviços de saúde”, “fluxo de atendimento desde o primeiro serviço de saúde até o diagnóstico” e “resolubilidade dos casos nos serviços de saúde”. Os dados foram analisados por meio de técnicas de estatística descritiva e a elaboração de um esquema do percurso do usuário pelos serviços de saúde. Os resultados mostraram que 69% dos doentes de TB buscaram o Pronto-atendimento (PA) como primeiro serviço de saúde e a Unidade de Atenção Básica (UAB) foi a que menos diagnosticou casos da doença (2%). Os achados evidenciaram a preferência dos usuários na procura por serviços de PA, uma vez que 82% passaram pelo menos uma vez por este tipo de serviço até o diagnóstico da TB, o que não garantiu a elucidação do caso com agilidade e rapidez, uma vez que a maioria dos doentes foi diagnosticada em Serviços Especializados (SE) (90%). Notou-se que a baciloscopia de escarro foi solicitada para 55,9% dos usuários que procuraram os SE e que o médico foi o profissional que mais atendeu nos serviços de saúde procurados, principalmente nos PA (98,8%). A mediana do tempo de diagnóstico foi semelhante dentre os que procuraram primeiro as UAB e os PA, sendo respectivamente de 33,5 e 33,0 dias. A mediana do número de vezes que o usuário procurou por um serviço de saúde foi maior dentre os que procuraram a Atenção Básica como primeiro atendimento (5,5 vezes). Os resultados pressupõem que haja um ordenamento do sistema de saúde local, com retaguarda e equipe preparada nos diferentes níveis assistenciais para que determine o menor tempo possível para o diagnóstico da doença.

Palavras-chave: Tuberculose. Serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Avaliação de desempenho. Diagnóstico. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

BRUNELLO, MEF. Trajectory of the user in the health system: performance of health services for the diagnosis of tuberculosis in Ribeirão Preto (2009). [Thesis]. Ribeirão Preto: University of São Paulo, School of Nursing of Ribeirão Preto, 2013. 94f.

The present study aimed to analyze the trajectory of the user and the offer of actions in the health services for the diagnosis of tuberculosis (TB). This is a descriptive, survey type study, held in the city of Ribeirão Preto. The subject group of the study was of 100 TB patients followed in five referenced clinics to the treatment of the disease during the period of data collection (June-December, 2009). Inclusion criteria was: being treated for TB, being a resident in the city of Ribeirão Preto, aged 18 or over, not being in prison system. Data collection was performed in two stages, the first being the interview with the TB patient, using a structured questionnaire that sought to track down the trajectory of patient from the moment they felt sick to the demand for the first health service and diagnosis of disease. The second stage involved the collection of secondary data in two information systems, namely: the TB-WEB, in which records relating to the patient were obtained and Hygia-WEB, to obtain information about health services and professionals who treated the patient, and also requested exams. Indicators related to health services performance for the diagnosis of TB were prepared, considering the categories of analysis: "offer of actions in health services", "service flow from the first health service to diagnosis" and "solvability of cases in health care." Data were analyzed using descriptive statistics techniques and the preparation of a scheme of the trajectory of the user in health services. The results showed that 69% of TB patients sought Emergency Care as the first health service and the Primary Care Unit was the one that diagnosed cases of the disease the least (2%). The findings indicated the preference of the users in the demand for Emergency Care, since 82% went at least once to this type of service until the diagnosis of TB. This fact has not ensured elucidation in the case with agility and speed, since the majority of patients were diagnosed in Specialized Services (90%). It was noted that sputum smear was applied to 55.9% of users who tried the Specialized Services and the doctor was the professional who most served in the health services that were sought, especially in Emergency Care (98.8%). The average time to diagnosis was similar among those who first sought the Primary Care Unit and the Emergency Care, being each one 33.5 and 33.0 days. The average number of times a user searched for a health service was higher among those who went to Primary Care Unit as a first contact (5.5 times). The results imply that the local health system must be organized with backup and team prepared for the different levels of care in order to determine at the shortest time the diagnosis of the disease.

Keywords: Tuberculosis. Health services. Primary health care. Employee performance appraisal. Diagnosis. Health services evaluation.

RESUMEN

BRUNELLO, MEF. Trayecto de usuario en el sistema de salud: el desempeño de los servicios de salud para el diagnóstico de la tuberculosis en Ribeirão Preto (2009). [Tesis]. Ribeirão Preto: Universidad de São Paulo, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de 2013. 94f.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el trayecto del usuario y las acciones que se ofrecen en los servicios de salud para el diagnóstico de la tuberculosis (TB). Se trata de un estudio descriptivo, tipo encuesta hecho en la ciudad de Ribeirão Preto. La población de estudio fue de 100 pacientes con tuberculosis acompañados por los cinco dispensarios de referencia para el tratamiento de la enfermedad durante el período de recolección de datos (junio-diciembre de 2009). Los criterios de inclusión fueron: estar en tratamiento por tuberculosis, residente en Ribeirão Preto, mayor de 18 años, fuera del sistema penitenciario. La recolección de datos se realizó en dos etapas, la primera fue la entrevista con el paciente, por medio de un cuestionario estructurado que se trató de rescatar el trayecto del paciente desde el momento en que se sintió enfermo hasta la primer demanda por el servicio de salud y el diagnóstico de la enfermedad. La segunda etapa consistió en la recopilación de datos secundarios en dos sistemas de información, a saber: TB-WEB, donde se obtuvieron los registros relativos a los datos de los pacientes y Hygia-WEB, para obtener información sobre los servicios de salud y profesionales que trataron el paciente, así como exámenes. Se calcularon indicadores de desempeño relacionados a los servicios de salud para el diagnóstico de la tuberculosis, teniendo en cuenta las categorías de análisis: "ofertas de valores en los servicios de salud", "flujo de primer contacto con el servicio hasta el diagnóstico" y "solvencia de casos en la atención de salud". Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y la preparación de un plan con el trayecto del usuario de los servicios de salud. Los resultados mostraron que 69% de los pacientes con tuberculosis buscaron el pronto-socorro (PS) como el primer servicio de salud y que la Unidad de Atención Primaria (UAP) fue la que menos casos diagnosticó (2%). Los datos indican la preferencia de los usuarios a servicios de PS, una vez que 82% de los respondedores han pasado al menos una vez por este tipo de servicio para el diagnóstico. A pesar de ello, este servicio no ha asegurado el diagnóstico con agilidad y rapidez, ya que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en Servicios Especializados (SE) (90%). Se observó que la microscopía de esputo se aplicó al 55,9% de los usuarios que probaron el SE y que el médico fue lo profesional que más acudió al paciente en los servicios, sobretudo en el PS (98,8%). La mediana del tiempo hasta el diagnóstico fue similar entre los pacientes que buscaron primero a la UAP y el PS, siendo respectivamente 33,5 y 33,0 días. La mediana del número de veces que un usuario buscaba un servicio de salud fue mayor entre los que llegaron a la UAP como primer contacto (5,5 veces). Los resultados implican que haga un ordenamiento del sistema de salud local, con retaguardia y un equipo preparado en los diferentes niveles de atención para que se determine el menor tiempo posible diagnosticar la enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis. Servicios de salud. Atención primaria de salud. Evaluación del rendimiento de empleados. Diagnóstico. Evaluación de servicios de salud.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Distribuição dos doentes de TB entrevistados segundo o primeiro tipo de serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto, 2009.....51
- Figura 2.** Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram Unidade de Atenção Básica (UAB) como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009.....55
- Figura 3.** Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram uma unidade de Pronto-atendimento como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009.....56
- Figura 4.** Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram Serviços Especializados como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009...57
- Figura 5.** Distribuição dos doentes de TB segundo tipo de serviço de saúde que realizou o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto, 200965

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Cruzamentos e resultados da busca na literatura científica no portal da Biblioteca Virtual de Saúde, 2011.....27
- Tabela 2.** Características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas dos doentes de TB entrevistados, Ribeirão Preto, 2009.....49
- Tabela 3.** Distribuição dos doentes de TB entrevistados segundo obtenção do diagnóstico, suspeita de TB e solicitação de exames no PRIMEIRO serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto, 2009.....51
- Tabela 4.** Tipo de exames solicitados e profissionais de saúde que atenderam no PRIMEIRO serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto, 2009.....52
- Tabela 5.** Distribuição dos doentes de acordo com o percurso pelos tipos de serviços de saúde, Ribeirão Preto, 2009.....54
- Tabela 6.** Ações realizadas pelas Unidades de Atenção Básica (UAB) na primeira procura do doente no decorrer do percurso de acordo com a hipótese diagnóstica, oferta de serviços, tempo para diagnóstico e resolubilidade do caso, Ribeirão Preto, 2009.....58
- Tabela 7.** Mediana de tempo decorrido e número de vezes que o doente procurou o primeiro serviço de saúde (Unidade de Atenção Básica) até o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto, 2009.....59
- Tabela 8.** Ações realizadas pelo Pronto-atendimento (PA) na primeira procura do doente no decorrer do percurso de acordo com a hipótese diagnóstica, oferta de serviços, tempo para diagnóstico e resolubilidade do caso, Ribeirão Preto, 2009.....61
- Tabela 9.** Mediana de tempo decorrido e número de vezes que o doente procurou o primeiro serviço de saúde (Pronto-atendimento) até o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto, 2009.....61
- Tabela 10.** Ações realizadas pelos Serviços Especializados (SE) na primeira procura do doente no decorrer do percurso de acordo com a hipótese diagnóstica, oferta de serviços, tempo para diagnóstico e resolubilidade do caso, Ribeirão Preto, 2009.....63
- Tabela 11.** Mediana de tempo decorrido e número de vezes que o doente procurou o primeiro serviço de saúde (Serviço Especializado) até o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto, 2009.....63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dimensão, categorias de análise e indicadores elaborados para análise e discussão dos resultados do estudo.....	45
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BSR – Busca de Sintomáticos Respiratórios

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

DATASUS – Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

HCFMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HYGIA-WEB – Sistema municipal de prontuários eletrônicos

MS – Ministério da Saúde

PA – Pronto-atendimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

REDE TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

SE- Serviços Especializados

SM – Salário Mínimo

TB- Tuberculose

TB-WEB – Sistema Estadual de Notificação de Tuberculose (on line)

UAB – Unidade de Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

UETDI – Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas

USF – Unidade Saúde da Família

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Questionário Estruturado.....	90
ANEXO B – Roteiro para coleta de dados secundários.....	91
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	93
ANEXO D – Comitê de Ética em Pesquisa.....	94

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO.....	23
QUADRO TEÓRICO	29
OBJETIVOS	35
MATERIAIS E MÉTODOS	37
Delineamento do estudo	37
Local do estudo.....	37
População do estudo	38
Instrumentos e fontes de coleta de dados	39
Variáveis envolvidas no estudo:	43
Indicadores do estudo	44
Procedimento para coleta de dados	46
Análise dos dados:	46
Aspectos Éticos:	47
RESULTADOS	49
1. Características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos doentes de TB entrevistados:	49
2. Busca por assistência e ações desenvolvidas pelo primeiro serviço de saúde procurado	50
3. Percurso pelo sistema de saúde - desde o primeiro serviço de saúde procurado até o diagnóstico.....	53
4. Resolubilidade e oferta de ações para o diagnóstico da tuberculose: desempenho dos serviços de saúde	58
4.1. DESEMPENHO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA (UAB).....	58
4.2 DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA).....	60

4.3 DESEMPENHO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (SE).....	62
DISCUSSÃO	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	83
ANEXO A.....	90
ANEXO B.....	91
ANEXO C-	93
ANEXO D-	94

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O presente projeto foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto-SP e compõe uma série de estudos realizados em diferentes regiões do Brasil, os quais integram o projeto multicêntrico desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose/REDE-TB, intitulado: “*Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil*” - Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008.

Este estudo multicêntrico foi realizado nos seguintes locais: Ribeirão Preto-SP, São José do Rio Preto-SP, Rio de Janeiro-RJ, Vitória-ES, Pelotas-RS, Foz do Iguaçu-PR, Feira de Santana-BA, Natal-RN e João Pessoa-PB.

O referido projeto foi desenvolvido por pesquisadores da REDE/TB, entidades governamentais (coordenação estadual, municipal, gestores e profissionais dos serviços de saúde da rede básica), Instituições de Ensino Superior Estadual e Federal, estudantes de doutorado, mestrado, graduação, Centros de Pesquisa e Agências de Cooperação Internacional.

O presente estudo contou com auxílio financeiro (bolsa de doutorado regular no país) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2010/51209-9.

*Delineamento do Objeto de
Estudo*

DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

Considerada uma das linhas prioritárias na Política Nacional de Atenção Básica¹ (PNAB) brasileira (Ministério da Saúde, 2006a), a tuberculose (TB) está elencada entre as “doenças negligenciadas” no Brasil. Muito ligada à pobreza, má distribuição de renda e baixa qualidade nas condições de vida da população (Souza et al., 2000; Chan-Yeung et al., 2005; Hino et al., 2009), a TB leva a óbito cerca de 6 mil pessoas ao ano, no Brasil, e é agravada pelo aumento no número de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) pelo fato de figurar como a principal doença oportunista a acometer os indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (World Health Organization, 2008).

Assim, tendo como cenário epidemiológico essa situação tão grave, o Ministério da Saúde (MS) busca, desde 2006, uma intensificação da descentralização das ações de diagnóstico, controle e tratamento da TB para a Atenção Básica (AB) (Ministério da Saúde, 2006b).

A AB é vista como uma mudança no paradigma em saúde, uma vez entendida como um modo de reorganização do sistema, sendo o centro de uma rede que tem como objetivos: funcionar como a porta de entrada preferencial do usuário no sistema, a articulação com os outros níveis de atenção e, ao mesmo tempo, regular o fluxo da população aos especialistas nos níveis secundários e terciários de atenção, além de otimizar os gastos em saúde (Mendes, 2002; Starfield, 2002; Ministério da Saúde, 2007).

¹ De acordo com a realidade brasileira, utilizar-se-á neste estudo o termo Atenção Básica definida pelo Ministério da Saúde como: “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Ministério da Saúde, 1998).

Dentre as diversas ações que são competências das Unidades de Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família – UBS/USF- com ou sem a presença de Agentes Comunitários de Saúde – ACS), ganham destaque as atividades ligadas à prevenção e controle TB, relacionadas à identificação precoce de casos, tais como: Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR) de forma frequente e sistematizada na comunidade adscrita, realização de exames para o diagnóstico (coleta de escarro, teste tuberculínico, Raio-X), fluxo de comunicação eficiente com os laboratórios e, além disso, estabelecer algumas metas anuais para o controle da TB juntamente com a vigilância epidemiológica no território de atuação (Ministério da Saúde, 2002).

Muito embora haja por parte do MS uma preocupação na elaboração de normas e documentos que possam servir como norteadores para que os trabalhadores da AB se orientem, uma série de dificuldades é percebida neste nível de atenção em relação à TB. Estudos mostram que algumas barreiras devem ser transpostas para que o desempenho da AB torne-se mais satisfatório para a detecção e tratamento dos casos de TB (Scatena et al., 2009; Wahyuni et al., 2007).

O déficit na capacitação para as equipes, nas atividades ligadas à doença, a falta de conhecimento dos profissionais em relação à forma de transmissão da TB e métodos/procedimentos para a detecção de casos, a sobrecarga de trabalho para as equipes (Wahyuni et al., 2007), além da insuficiência na rede de apoio ao diagnóstico nas unidades de atenção básica (Mendes, 2002), são algumas das deficiências apontadas.

Outro estudo realizado no município de Ribeirão Preto mostrou que, apesar das UBS e USF ampliarem as opções de acesso do usuário suspeito de TB ao sistema de saúde, estes serviços têm sido pouco resolutivos em termos de diagnóstico da doença,

uma vez que os casos são elucidados principalmente em serviços especializados, pronto-atendimento (PA) ou então nos hospitais (Oliveira MF et al., 2009).

Para Frenk (1992), a busca pelo cuidado à saúde pode ser influenciada por diferentes fatores relacionados aos próprios usuários e que envolve: o aparecimento de sinais e sintomas, o fato de sentir-se ou não doente e mesmo a procura pelo primeiro serviço de saúde. A partir do momento que o usuário procura o serviço de saúde, a obtenção dos cuidados necessários passa para as mãos dos profissionais, envolvendo também a capacidade instalada no serviço para o oferecimento da atenção necessária, bem como o preparo do profissional para observar, escutar e prover as necessidades do indivíduo.

Embora alguns estudos venham mostrando as principais barreiras para o diagnóstico da TB na atenção básica (Wahyuni et al., 2007; Oliveira MF et al., 2009a; Scatena et al., 2009) poucos abordam o percurso que o usuário realiza para a descoberta da doença, entendendo-se assim, que a trajetória percorrida em busca da assistência seja uma ferramenta no processo da análise do desempenho dos serviços de saúde.

Um estudo realizado no Nepal (Asbroek et al., 2008) concluiu que era necessário que os profissionais da saúde conhecessem as rotas estabelecidas pelos usuários para que novas ações fossem implantadas e implementadas para a detecção dos casos de TB em uma comunidade.

Tanto para os usuários suspeitos de TB quanto para o serviço de saúde que o atende, a implantação/implementação de instrumentos que permitam verificar, por exemplo, o percurso do usuário no sistema para satisfação de suas necessidades de saúde, mostram-se importantes para a organização do serviço (Zerbini et al., 2008; Wei et al., 2009), do processo de trabalho e mesmo da verificação da experiência que o usuário obtém no recebimento do cuidado, incluindo neste último, o conhecimento por

parte dos profissionais, do tipo de serviço de saúde que o suspeito procura regularmente. Tudo isso, colaborando para a integração da rede assistencial que se coloca, tendo como centro e principal porta de entrada para esta rede, a AB (Giovanella et al., 2009).

Portanto, a realização do presente estudo tem como foco a análise do percurso do usuário com suspeita de TB, até a obtenção do diagnóstico da doença. Entende-se que a trajetória estabelecida para tal resultado envolve também outros aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde para o atendimento/resolução dos casos, implicando assim, no desempenho do sistema de saúde em suas diferentes modalidades de atenção.

Esse percurso envolve o entendimento dos tipos de serviços de saúde procurados como a principal porta de entrada para o sistema e a busca pelo cuidado por parte do indivíduo com os sintomas da TB. Compreender alguns aspectos relevantes no que diz respeito à assistência prestada e a integração dessa rede de atenção torna-se interessante, pois poderá fortalecer ações já realizadas ou mesmo propor a implementação de outras para a melhoria dos serviços oferecidos.

Em revisão da literatura realizada no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados do LILACS, com o objetivo de encontrar produções científicas voltadas à temática do percurso do usuário para o diagnóstico da TB, optou-se pela utilização das seguintes palavras-chave para a busca, sendo elas:

- *indexadas*: tuberculose, tuberculosis, diagnóstico, diagnosis, serviços de saúde;
- *não indexadas*: care seeking, pathways, busca por cuidado, busca por assistência, itinerário terapêutico, percurso do usuário.

No intuito de obter uma pesquisa mais refinada, optou-se pelo cruzamento de algumas palavras. Os cruzamentos e os resultados são mostrados na tabela abaixo:

Tabela 1- Cruzamentos e resultados da busca na literatura científica no portal da Biblioteca Virtual de Saúde, 2011

Cruzamento utilizado	Artigos encontrados (N)	Artigos selecionados para leitura (n)
Tuberculosis and pathways and diagnosis	33	05
Tuberculosis and care seeking and diagnosis	153	47
Tuberculose and busca por assistência and diagnóstico	1	0
Tuberculose and busca pelo cuidado and diagnóstico	0	0
Tuberculose and percurso do usuário and diagnóstico	0	0
Percurso do usuário and serviços de saúde	0	0
Tuberculose and itinerário terapêutico	2	0
Total	189	52

Dos 52 artigos selecionados para leitura, apenas 4 relacionavam-se com a temática do percurso do doente de tuberculose na busca por assistência, tratando inclusive dos tipos de serviços de saúde procurados e o número de visitas realizadas. Destes 4 estudos selecionados, 1 tratava da busca pelo tratamento após o diagnóstico (Asbroek et al., 2008), 2 relacionavam-se à procura pelo cuidado tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento da doença (Rintiswati et al., 2009; Meinstjes et al., 2008) e o último relacionava-se à procura do primeiro serviço de saúde para o diagnóstico da TB (Wang et al., 2007).

Ressalta-se ainda, que nenhum dos 4 estudos foram realizados no Brasil. As produções científicas sobre o tema concentrou-se em países como China, Nepal e África do Sul e Indonésia.

Assim, a escassez de estudos relacionados ao percurso traçado pelo suspeito de TB, desde a procura pelo primeiro serviço de saúde até o diagnóstico, no Brasil, foi um dos fatores que motivou a realização do presente trabalho.

Quadro Teórico

QUADRO TEÓRICO

Utilizar-se-á como conceito norteador para a discussão deste trabalho a “integração dos serviços de saúde ou níveis assistenciais”, sendo este o foco de discussão de diversos trabalhos e autores (Leatt et al., 2000; Hartz e Contandriopoulos, 2004; Armitage et al., 2009; Frenk, 2009; Almeida et al., 2010, 2011; Mendes, 2010; Silva, 2011).

Entende-se que a integração entre os níveis assistenciais, também chamada de coordenação entre os níveis, define-se como a articulação entre os serviços de saúde e as ações em saúde de forma que estes estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Consiste em uma articulação durável das práticas clínicas destinadas a alguém ou a uma população que sofre um problema de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais (Armitage et al., 2009; Almeida et al., 2010).

Integração significa eliminar as barreiras de acesso aos diferentes níveis de atenção primando pelas ações de promoção, prevenção e recuperação que devem ser garantidas nos três níveis de complexidade, sempre com ênfase na abordagem integral dos indivíduos e famílias (Hartz e Contandriopoulos, 2004).

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a integração dos níveis assistenciais é o primeiro passo para a organização de um sistema de redes visando a cooperação, a coordenação e a interdependência dos atores e serviços de saúde provedores do cuidado para a criação de um autêntico sistema de saúde. Ainda para os autores, a integração assistencial pode ser dividida em 3 grupos, sendo eles:

1ª- Integração funcional: que é a integração clínica, se apoia em estratégias de gestão, do financiamento e da informação. Todos esses elementos assegurariam uma

coordenação comum, orientada por um sistema de informação ágil e flexível, uma vez que o déficit na comunicação dificulta a articulação entre serviços e ações;

2ª- Integração normativa: visa garantir coerência das diferentes modalidades entre os sistemas de representações e interface da integração clínica/funcional;

3ª-Integração sistêmica: é a coerência das diferentes modalidades integracionais em todos os níveis de atuação, muito além da integração de serviços e profissionais, sendo assim, muito mais ampla, envolvendo território, estado, organização, etc.

Porém, alcançar a integração da assistência nos serviços de saúde a fim de obter uma rede de atenção articulada, requer superar algumas dificuldades discutidas por Silva (2011), sendo elas:

- segmentação do sistema de saúde;
- descentralização que fragmenta os níveis de atenção;
- predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas;

- separação dos serviços de saúde da atenção à saúde das pessoas;
- modelo de atenção centrado apenas nas doenças;
- modelo de atenção centrado no atendimento aos casos agudos;
- ênfase na atenção hospitalar;
- debilidades na coordenação pela autoridade sanitária;
- insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração.

Para Leatt et al. (2000), para que haja, de fato, a integração assistencial entre os serviços de saúde, alguns pontos devem ser fundamentais, tais como:

- não precisar repetir sua história em cada atendimento;

- não precisar se submeter a repetições inúteis de exames;
- não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
- não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior);
- dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção básica;
- receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
- ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais;
- dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção;
- ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos;
- receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

A mudança do perfil epidemiológico das doenças na população com o aumento das condições crônicas exige mudanças em relação às demandas e necessidades da população (Almeida et al., 2010).

Para Almeida et al. (2010), fortalecer a AB no país tem como objetivo a tentativa de diminuir a segmentação, a fragmentação da assistência e conseqüentemente aprimorar a integração dos serviços e ações em saúde. Para as autoras, os princípios deste modelo de atenção, como a territorialização, a adscrição da clientela e atribuir a

este nível à organização e à regulação para os demais níveis assistenciais, facilitaria o processo de formação de redes articuladas.

A integração ou articulação entre os diferentes serviços e ações em saúde se sustenta com uma rede integrada de assistência e de prestadores de serviços, de forma contínua, adequada às necessidades de atenção à saúde e compatível com as expectativas pessoais (Almeida et al., 2011).

Para Armitage et al. (2009) a redução da procura por serviços de emergência e a diminuição das internações hospitalares dependem de uma integração entre níveis assistenciais bem estabelecida.

Muito embora, como foi dito acima, a AB seja a alternativa para a regularização do fluxo de atendimento e acesso aos especialistas nos níveis secundário e terciário, o déficit na capacidade de resolução deste nível de atenção ainda é item de destaque. Ampliar a integração da AB com serviços de apoio ao diagnóstico e medicamentos ainda é um desafio para o aumento da resolutividade (Mendes, 2010; Almeida et al., 2011).

A fim de potencializar a integração entre os níveis assistenciais, Almeida et al. (2010) propõem o favorecimento de quatro áreas essenciais para a concretização da continuidade do cuidado, sendo elas:

- 1- Utilização de tecnologias da informação: aprimorar a coleta de informações de pacientes e prestadores de serviços;
- 2- Mudanças na conduta e no processo de trabalho do primeiro nível assistencial para atender as demandas colocadas pelas doenças crônicas;
- 3- Revisões nos padrões de alocação de recursos ambulatoriais;
- 4- Eliminação das barreiras que dificultam o trânsito de informações no interior do sistema de saúde.

O déficit na integração entre os níveis assistenciais é um dos grandes problemas para o acompanhamento e continuidade do cuidado no que se refere às doenças crônicas (Almeida et al., 2010), o que inclui a TB. Tal dificuldade expõe, de alguma forma, o desempenho não só de uma rede assistencial em si, mas dos serviços de saúde, em seus respectivos níveis.

O fato do percurso do usuário pelo sistema de saúde “ser longo” e demorado, pode indicar a desarticulação entre os níveis assistenciais, entre as ações oferecidas pelos serviços e mesmo a inadequada utilização dos sistemas de informação que permitem rastrear a procura pelo atendimento por parte do usuário, acarretando em um desempenho desfavorável para determinado nível assistencial.

Assim, tais aspectos citados acima, também implicam na incorporação definitiva da TB como um dos focos prioritários dentre as áreas estratégicas de atuação dos serviços de saúde no nível primário, colaborando para que tanto a suspeição e o diagnóstico sejam efetivos, bem como, o aumento da confiança dos usuários na procura pela AB como porta de entrada no sistema de saúde.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Analisar o percurso do usuário e a oferta de ações nos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os serviços de saúde procurados pelo usuário mediante um problema de saúde identificado;
- Analisar as ações oferecidas nos serviços de saúde procurados pelo usuário para o acesso ao diagnóstico da tuberculose;
- Identificar o tempo transcorrido desde a primeira procura do usuário pelo serviço de saúde até o diagnóstico da tuberculose.

Materiais e Métodos

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo inquérito, de abordagem quantitativa.

Local do estudo

O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo e possuía em 2009 uma população estimada de 563.107 habitantes (Ministério da Saúde, 2009b). O sistema de saúde do município é dividido em cinco distritos sanitários, sendo que cada um deles dispõe de 1 unidade distrital de saúde que atua como referência a um determinado número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), oferecendo serviço de pronto-atendimento (PA) 24h/dia para toda população residente nas áreas de abrangência dessas unidades. A rede municipal de atenção à saúde é composta por 14 hospitais, 05 Unidades Distritais de Saúde (pronto-atendimento), 28 UBS e 13 USF. Ressalta-se que há uma maior concentração de UBS e USF nas regiões de maior vulnerabilidade social do município, em especial, nos distritos oeste e norte (Brunello, 2009).

A coleta de dados foi realizada nos cinco ambulatórios que compõem o Programa Municipal de Controle da Tuberculose. A atenção aos doentes de TB é prestada pelos referidos serviços em nível secundário, distribuídos nos cinco distritos de saúde do município, os quais operam com equipes especializadas e realizam, dentre outras atribuições, o diagnóstico de casos, notificação, seguimento de comunicantes, busca de sintomáticos respiratórios e o tratamento supervisionado dos casos. Embora a atenção aos doentes seja centralizada nestes cinco ambulatórios, as ações relacionadas

ao diagnóstico da doença podem ser realizadas pelas Unidades de Atenção Básica (UBS/PACS e USF), PA e outros serviços como hospitais.

Convém ressaltar que a rede de atenção aos doentes de TB ainda integra a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), sob responsabilidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Tal unidade situa-se no nível terciário e atende os usuários tanto em regime ambulatorial (consultas), quanto em regime de internação parcial (Hospital Dia) ou integral.

A escolha pela realização da coleta de dados nos cinco ambulatórios municipais que compõem o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) justifica-se pela possibilidade da amostra conter indivíduos provenientes de todas as regiões distritais de saúde, garantindo uma amostra com características geográficas para representar o município como um todo.

O município de Ribeirão Preto é considerado prioritário no Estado de São Paulo para o controle da TB e apresentou, no ano de 2009, 194 casos de TB, 19,6% de coinfeção TB/HIV. Em relação ao desfecho do tratamento, verificou-se: 67,5% de taxa de cura, 1,0% de óbito por TB, 7,7% óbito não TB, 2,6% abandono e 20,1% dos casos que ainda não haviam finalizado o tratamento (TB-WEB, 2010).

População do estudo

A população de estudo foi constituída por doentes de TB acompanhados nos cinco ambulatórios de referência para o tratamento da doença no período da coleta de dados (junho a dezembro de 2009).

Foram critérios de inclusão para este estudo: estar em tratamento para TB, ser residente no município de Ribeirão Preto, com idade igual ou superior a 18 anos, não pertencente ao sistema prisional.

No período da coleta de dados 113 doentes de TB estavam em tratamento nas cinco unidades de saúde com PCT e na UETDI. Destes, 2 não atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, 4 se recusaram a participar das entrevistas e 6 não foram localizados. Assim, foram entrevistados 101 doentes de TB, sendo que 1 foi excluído deste estudo pelo fato de ter sido atendido, primeiramente, fora do país, impedindo assim, a classificação da Unidade de Saúde procurada pela primeira vez, permanecendo como amostra para este estudo um total de 100 doentes.

Instrumentos e fontes de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

- *Primeira etapa:* utilizou-se fontes primárias de informação, a partir da realização de entrevistas com os doentes de TB por meio de um questionário estruturado (ANEXO A), que compreendeu um total de 19 questões, das quais 12 são relacionadas aos aspectos sócio-demográficos dos doentes entrevistados, três relacionadas às informações clínicas dos mesmos no momento da primeira procura pelo serviço de saúde para o diagnóstico, duas questões relacionadas à identificação do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, bem como do serviço responsável pelo diagnóstico do caso, uma relacionada ao número de vezes que procurou o serviço de saúde até o diagnóstico e uma que dizia respeito aos exames solicitados nos serviços de saúde procurado pela primeira vez. Ressalta-se que ao final da entrevista, os entrevistadores foram orientados a anotar algumas observações quanto à trajetória do

doente desde o início dos sintomas até o diagnóstico, tais como, serviços de saúde procurados, exames realizados, entre outras e essas informações também foram utilizadas a fim de complementar as informações do questionário e as secundárias.

- *Segunda etapa:* utilizou-se fontes de dados secundários (ANEXO B) junto aos seguintes sistemas de informação:

A.) *Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TB-WEB)*, implantado pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo através da Divisão de Controle de Tuberculose em 2006 e com acesso pela internet através de uma senha, o qual permite o armazenamento e acompanhamento de informações sobre os casos notificados no Estado. As informações constantes neste sistema de informação são oriundas da Ficha de notificação de TB. Ressalta-se que este sistema de informação e notificação da TB no município de estudo é centralizado em unidades de vigilância epidemiológica distritais e o acesso é permitido somente aos profissionais responsáveis pelo preenchimento dos dados e pelo coordenador do PCT. Além disso, o sistema não possui interface de integração ou interação com os demais sistemas de registros utilizados no município, tais como o Hygia-WEB (2009).

Foram coletadas do TB-WEB as seguintes informações: serviço de saúde responsável pelo diagnóstico do caso de TB, data do diagnóstico, forma clínica da TB, tipo de caso (novo/recidiva/retratamento/tratamento após abandono) e coinfeção pelo HIV (presença/ausência).

B.) *Sistema de registros Hygia-WEB*, implantado pela Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto para automatizar um grande número de atividades administrativas relacionadas com o cadastramento de prontuários de pacientes, exames de saúde, programas de vacinação, programas de saúde, vigilância sanitária e

epidemiológica, faturas SUS, etc., que opera de forma centralizada, ou seja, com base em um único banco de dados, contendo os prontuários dos pacientes de toda a rede. Assim, qualquer unidade de saúde municipal pode ter acesso aos dados de um paciente, onde quer que ele seja atendido. O paciente é atendido uma única vez, e a ele são agregados todos os dados oriundos dos atendimentos nos postos e laboratórios. O registro das informações clínicas é feito através de um prontuário individual, fichas de atendimento ambulatorial, e uma ficha complementar, que pode ser definida de acordo com as necessidades da especialidade de saúde (odontologia, ginecologia, etc.). Outra ficha contém um resumo do prontuário, com os dados mais importantes. Enfatiza-se que o sistema em questão está instalado apenas em unidades de saúde sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, não interligando, por exemplo, hospitais filantrópicos, estaduais ou universitários.

Foram coletadas do Hygia-WEB as seguintes informações: serviços de saúde da rede municipal percorridos pelo doente desde o primeiro serviço de saúde procurado até o diagnóstico (tomando por base os serviços referidos pelo doente durante a entrevista, bem como o serviço de saúde que diagnosticou o caso informado no TB-WEB); número de vezes que precisou ir aos serviços de saúde até o diagnóstico; profissionais de saúde que atenderam o caso em cada tipo de serviço; número de profissionais que atenderam o suspeito até o diagnóstico; exames solicitados em cada tipo de serviço; tempo transcorrido desde a primeira procura pelo serviço de saúde até o diagnóstico.

Para o presente estudo os serviços de saúde percorridos pelo doente até o diagnóstico foram agrupados nas categorias: Unidades de Atenção Básica (UAB) (nível primário), Pronto-atendimento (PA) (nível de transição para todos os níveis de atenção)

e Serviços Especializados (nível secundário e terciário) uma vez que, a lógica de organização e atendimento apresentam algumas peculiaridades, tais como:

- *As Unidades de Atenção Básica (UAB):* compreendem as UBS e USF. Caracterizam-se por atender uma demanda espontânea e programada da população adscrita à unidade de saúde, têm um território a partir do qual fazem o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Este tipo de serviço desenvolve, principalmente, atividades ligadas à saúde da mulher, da criança e outros “programas especiais” como o de diabetes e hipertensão. Funciona em horário comercial, de segunda à sexta-feira, com equipe generalista que dispõe de recursos de baixa densidade tecnológica para o atendimento dos usuários. Algumas UBS possuem o Programa de Agentes Comunitários (PACS) responsáveis por uma micro área. Ressalta-se que estas unidades de saúde, em sua maioria, contam com algumas salas para pequenos procedimentos, tais como coleta de sangue, medicação, curativos e vacinação. Não contam, em sua estrutura física, com salas de Raio-X, por exemplo, sendo necessário, então, o encaminhamento dos usuários que necessitam deste tipo de exame para uma Unidade Distrital de Saúde, onde funcionam os Pronto-atendimentos (PA), ambulatórios de referência ou hospitais. No caso da coleta de material biológico (escarro), na maioria das vezes, o usuário é orientado a fazer a coleta em sua residência e retornar à Unidade para entrega do exame, muitas vezes, em dias e horários restritos.

- *Pronto-atendimento (PA):* caracteriza-se pelo atendimento de casos que procuram espontaneamente a unidade de saúde em situações agudas ou crônico-agudizadas. Atende a população adscrita de determinado distrito sanitário. Baseia sua lógica de atendimento na queixa-conduta, funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, atende com equipe emergencialista e dispõe de média densidade tecnológica para o atendimento aos usuários (Raio-X e laboratórios, por exemplo).

- *Serviços Especializados (SE):* compreendem os seguintes serviços de saúde: consultórios particulares, hospitais e ambulatórios de especialidades ou de referência e os Programas de Controle da TB (PCT). Estes serviços atendem uma demanda programada, ou seja, necessitam de agendamento e o usuário precisa ser encaminhado por meio de carta de referência (exceto, consultórios e hospitais particulares) a partir de alguma UAB ou PA. São serviços que dispõem de uma alta densidade tecnológica e equipes especializadas para oferecer ao usuário. O horário de funcionamento é comercial, de segunda a sexta-feira, exceto para os hospitais, que funcionam 24h por dia, todos os dias da semana.

Variáveis envolvidas no estudo:

Para atender os objetivos específicos do presente estudo, as variáveis foram selecionadas e classificadas em três blocos, a saber:

- *Aspectos sócio-demográficos e clínicos dos doentes entrevistados:* sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação empregatícia, renda familiar, número de pessoas que dependem da renda, local de moradia, área de moradia, sintomas relatados pelo doente, intensidade dos sintomas, data do diagnóstico da TB, forma clínica da TB, tipo de caso notificado, coinfeção pelo HIV. Estas variáveis permitiram analisar o perfil da população estudada.

- *Busca por assistência no sistema de saúde:* primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, tipo de serviço de saúde que diagnosticou o caso, tipos de serviços de saúde procurados até o diagnóstico da TB. Nesta seção, as variáveis permitiram analisar o percurso realizado pelo doente, quando ainda era suspeito, e o que

realizou desde o primeiro serviço de saúde procurado até a obtenção do diagnóstico da doença.

- *Aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde para o atendimento aos casos suspeitos de TB e a realização do diagnóstico:* primeira suspeita do profissional que o atendeu no primeiro serviço procurado, categorias profissionais que atenderam o caso em cada serviço procurado (Médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem), número de profissionais que atenderam o doente nos diferentes serviços a que este compareceu, exames solicitados em cada tipo de serviço de saúde procurado pelo doente até o diagnóstico, número de vezes que procurou os serviços de saúde até descobrir que tinha TB, tempo decorrido desde a primeira procura pelo serviço de saúde até o diagnóstico da TB (em dias). Esta seção permitiu analisar alguns aspectos relacionados à capacidade instalada e preparo dos profissionais/trabalhadores da saúde para suspeitar e atender os casos suspeitos de TB.

Indicadores do estudo

Alguns indicadores foram elaborados para a análise do desempenho dos diferentes tipos de serviços de saúde procurados pelo doente, quando ainda era suspeito de TB. Assim, o quadro abaixo apresenta as dimensões nas quais estão inseridas as categorias de análise e seus respectivos indicadores que possibilitaram a análise e discussão dos dados.

Quadro 1- Dimensão, categorias de análise e indicadores elaborados para a análise e discussão dos resultados do estudo

Dimensão	Categorias de análise	Indicadores
Desempenho dos serviços de saúde	Oferta de ações nos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - proporção de Raio-X solicitado no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de baciloscopia solicitada no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de outros exames solicitados no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de doentes atendidos por médicos no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de doentes atendidos por enfermeiros no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de doentes atendidos por auxiliares/técnicos de enfermagem no primeiro serviço de saúde procurado; - Proporção de doentes que tiveram Raio-X, baciloscopia e outros exames solicitados na UAB; - Proporção de doentes que tiveram Raio-X, baciloscopia e outros exames solicitados no PA; - Proporção de doentes que tiveram Raio-X, baciloscopia e outros exames solicitados no SE; - proporção de doentes atendidos por médicos, enfermeiros e auxiliar/técnico de enfermagem na UAB; - proporção de doentes atendidos por médicos, enfermeiros e auxiliar/técnico de enfermagem na PA; - proporção de doentes atendidos por médicos, enfermeiros e auxiliar/técnico de enfermagem na SE;
	Fluxo de atendimento desde a primeira visita a um serviço de saúde até o diagnóstico da TB	<ul style="list-style-type: none"> - proporção de doentes de TB que procuraram UAB; - proporção de doentes de TB que procuraram PA; - proporção de doentes de TB que procuraram SE; - proporção de doentes que passaram pelo menos uma vez por uma UAB; - proporção de doentes que passaram pelo menos uma vez por um PA; - proporção de doentes que passaram pelo menos uma vez por um SE;
	Resolubilidade dos casos nos três tipos de serviços de saúde considerados	<ul style="list-style-type: none"> - proporção de doentes que tiveram o diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de doentes que tiveram a TB como hipótese diagnóstica no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de doentes que tiveram solicitação de exames no primeiro serviço de saúde procurado; - proporção de doentes que procuraram uma UAB como primeiro serviço de saúde e tiveram a TB como hipótese diagnóstica; - proporção de doentes que procuraram o PA como primeiro serviço de saúde e tiveram a TB como hipótese diagnóstica; - proporção de doentes que procuraram o SE como primeiro serviço de saúde e tiveram a TB como hipótese diagnóstica; - proporção de doentes diagnosticados na UAB; - proporção de doentes diagnosticados no PA; - proporção de doentes diagnosticados no SE; - mediana do tempo decorrido entre a primeira visita ao serviço de saúde e o diagnóstico da TB entre os que procuraram os três tipos de serviços considerados no estudo; - mediana do número de vezes que o doente procurou por um serviço de saúde até conseguir o diagnóstico da TB.

Fonte: Adaptado de Facchini et al. (2008)

Procedimento para coleta de dados

Inicialmente, foram utilizados o TB-WEB e o livro de registro dos ambulatórios com PCT para o levantamento dos doentes de TB que foram entrevistados.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e também por alunos de Iniciação Científica treinados para tal atividade, os quais também estavam envolvidos no projeto multicêntrico no qual se insere o presente estudo.

Os entrevistados foram informados a respeito da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C).

As entrevistas ocorreram nos cinco ambulatórios onde os doentes realizavam o tratamento, em locais previamente acordados com as equipes de saúde e também, em alguns casos, no domicílio do doente, obedecendo a preferência do paciente.

Posteriormente às entrevistas, os dados de fontes secundárias foram levantados em uma Unidade Distrital de Saúde com autorização prévia do gerente da unidade e a colaboração de funcionários que detêm a senha do sistema.

Análise dos dados:

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados por meio do programa Statistica, versão 9.0 da Statsoft.

Os blocos “*Aspectos sócio-demográficos e clínicos dos doentes entrevistados*” e “*Aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde para o atendimento aos casos suspeitos de TB e para a realização do diagnóstico*” foram analisados a partir de técnicas estatísticas descritivas, como distribuição de frequência, médias e medianas.

Para análise do bloco “*Busca por assistência no sistema de saúde*”, foi elaborado um esquema do percurso do doente desde o primeiro serviço de saúde procurado até o diagnóstico, a fim de permitir uma melhor observação da trajetória realizada pelo doente de TB desde o primeiro serviço de saúde procurado até a obtenção do diagnóstico.

Aspectos Éticos:

Cumprindo a resolução 196/96, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, conforme protocolo nº 0984/2008 (ANEXO D).

Resultados

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos doentes de TB entrevistados:

A tabela 2 mostra algumas características relacionadas aos doentes de TB entrevistados.

Tabela 2. Características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas dos doentes de TB entrevistados, Ribeirão Preto-SP, 2009

VARIÁVEIS	N (N=100)	%
SEXO		
Masculino	69	69,0
Feminino	31	31,0
ESTADO CIVIL		
Casado/União Estável	41	41,0
Solteiro	38	38,0
Separado/divorciado	14	14,0
Viúvo	7	7,0
ESCOLARIDADE		
Sem Escolaridade ou ensino fundamental incompleto	64	64,0
Ensino fundamental completo ou mais	36	36,0
SITUAÇÃO DE EMPREGABILIDADE		
Com renda	63	63,0
Sem renda	37	37,0
RENDA FAMILIAR*		
sem rendimento	4	4,0
até dois SM	54	54,0
de 2 a 5 SM	33	33,0
de 5 a 10 SM	3	3,0
de 10 a 20 SM	3	3,0
Não soube informar	3	3,0
LOCAL DE MORADIA		
Casa	95	95,0
Instituição (asilo/abrigo)	3	3,0
Morador de rua	2	2,0
ÁREA DE MORADIA		
Urbana	96	96,0
Rural	4	4,0
TIPO DE CASO DE TB		
Novo	94	94,0
Recidiva	4	4,0
Retratamento	0	0,0
Tratamento pós abandono	2	2,0
FORMA CLÍNICA		
Pulmonar	79	79,0
Extra-pulmonar	16	16,0
Pulmonar + extra-pulmonar	5	5,0
VARIÁVEIS		
	N (N=100)	%
COINFEÇÃO HIV/TB		
Não	85	85,0
Sim	15	15,0
INTENSIDADE DOS SINTOMAS		

Fraco	12	12,0
Moderado	18	18,0
Forte	69	69,0
Não soube informar	1	1,0

Fonte: Questionário dos doentes e TB-WEB, 2009

Legenda: SM = salário mínimo

*SM considerado para o estudo R\$ 465,00

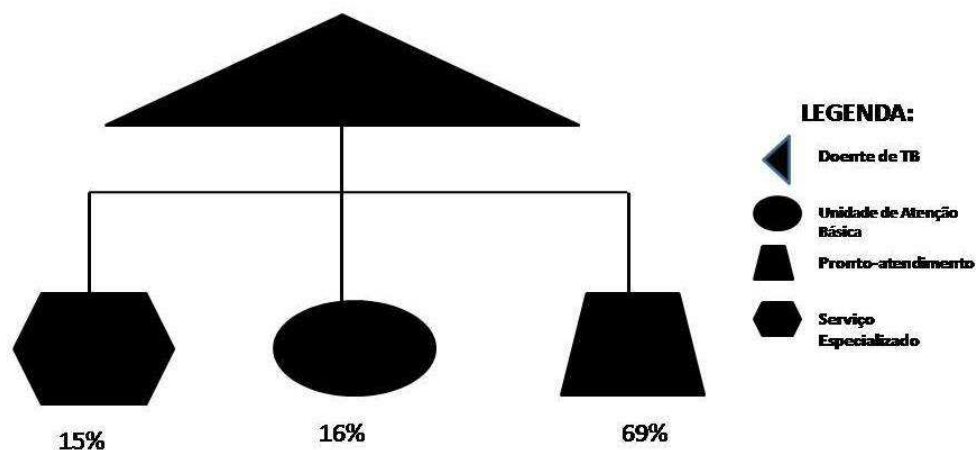
A idade média dos entrevistados foi de 41,6 [18-82] anos com desvio-padrão 15,5 anos.

Conforme mostra a tabela 2, as características dos entrevistados mostram que a maioria é do sexo masculino (69%), casado/união estável (41%), com escolaridade intermediária (71%), considerando ensino médio incompleto e completo, 63% tinham algum tipo de renda, apesar de 32% considerar-se desempregado. A maior parte refere ter renda familiar de até 2 SM (54%), em média 4 pessoas dependem da renda da família, 95% moravam em casa, sendo 96% em zona urbana.

Observa-se que a maioria dos casos foi notificada como novos (94%), predominando a forma clínica pulmonar (79%), 15% apresentavam a coinfeção HIV/TB e, além disso, consideravam a intensidade dos sintomas forte (69%) quando procuraram o primeiro serviço de saúde.

2. Busca por assistência e ações desenvolvidas pelo primeiro serviço de saúde procurado

A figura abaixo mostra que dentre os 100 doentes entrevistados, a grande maioria procurou como primeiro serviço de saúde frente a um problema detectado, o PA (69%), seguido de 16% que procuraram uma UAB e 15% que procuraram diretamente SE.



Fonte: Hygia WEB e questionário doente, 2009

Figura 1- Distribuição dos doentes de TB entrevistados segundo o PRIMEIRO tipo de serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto, 2009

Algumas variáveis analisadas no estudo referentes ao primeiro serviço de saúde procurado são expostas na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos doentes de TB entrevistados segundo a obtenção do diagnóstico, a suspeita de TB e a solicitação de exames no PRIMEIRO serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto, 2009

Variáveis	N(N=100)	%
Diagnóstico no primeiro Serviço de saúde procurado		
Não	88	88,0
Sim	12	12,0
Suspeita de TB no primeiro Serviço de saúde procurado		
Não	49	49,0
Sim	38	38,0
Não Informado	13	13,0
Solicitação de qualquer exame no primeiro serviço de saúde procurado		
Sim	58	58,0
Não	42	42,0

Fonte: Hygia WEB e questionário doente, 2009

Ressalta-se que dos 12 doentes que conseguiram diagnóstico no primeiro Serviço de saúde procurado, 07 foram diagnosticados em SE e 5 conseguiram em unidades de PA.

Dos doentes entrevistados, 62% não tiveram a TB como hipótese diagnóstica no *primeiro* serviço de saúde visitado ou então não foram informados sobre o que poderia ser a queixa apresentada.

Em 58% dos casos foi solicitado algum tipo exame no *primeiro* serviço de saúde procurado pelo doente, muito embora, este fator não tenha sido determinante para que o diagnóstico fosse elucidado já na primeira visita, uma vez que apenas 12% dos entrevistados tiveram o diagnóstico da TB no *primeiro* serviço procurado.

Com relação aos tipos de exames solicitados e a categoria profissional que atendeu o caso no *primeiro* serviço de saúde procurado, os resultados aparecem na tabela 4.

Tabela 4. Tipo de exames solicitados e profissionais de saúde que atenderam no PRIMEIRO serviço de saúde procurado, Ribeirão Preto-SP, 2009

Ações realizadas no primeiro Serviço de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de exame solicitado no primeiro serviço de saúde procurado						
Raio-X	34	34,0	66	66,0	100	100,0
Baciloscopia de escarro	5	5,0	95	95,0	100	100,0
Outros exames*	42	42,0	58	58,0	100	100,0
Profissionais que atenderam no primeiro serviço de saúde procurado?						
Médico	91	96,8	3	3,2	94**	100,0
Enfermeiro	10	10,6	84	89,4	94**	100,0
Auxiliar/técnico enfermagem	42	44,7	52	55,3	94**	100,0

*Outros exames incluem: sorologia HIV, amilase, hemograma completo, exames específicos para hepatites, endoscopias, tomografia, eletrocardiograma, biópsia, ressonância magnética, urina, fezes, broncoscopia, exames específicos para doenças sexualmente transmissíveis, PPD.

**foram excluídos 6 casos que foram atendidos apenas em serviços de saúde que não estão interligados ao sistema Hygia-WEB, portanto, esta variável não poderia ser complementada com informações do questionário. Em 27 casos, os usuários foram atendidos tanto em serviços de saúde interligados ao sistema quanto em serviços não interligados, sendo considerados, então, apenas os registros o Hygia-WEB.

Fonte: questionários dos doentes e Hygia-WEB, 2009

Considerando apenas o *primeiro* serviço de saúde procurado, nota-se que a solicitação de exame de RX, baciloscopia de escarro e outros exames não ocorreram para a maioria dos entrevistados o que pode evidenciar, talvez, uma inespecificidade por parte do doente (ainda suspeito) no relato dos sintomas aos profissionais de saúde ou, então, uma falta de atenção por parte dos profissionais aos sinais da doença e aos sintomas relatados pelo doente, mostrando que a primeira visita ao serviço de saúde não determinou o esclarecimento do diagnóstico e nem a solicitação de exames.

É possível observar que a grande maioria dos doentes foi atendida por médicos no primeiro serviço de saúde procurado, sendo que este profissional é o responsável pelo fechamento do diagnóstico. Além disso, nota-se uma baixa participação de enfermeiros no atendimento do suspeito de TB.

3. Percurso pelo sistema de saúde - desde o primeiro serviço de saúde procurado até o diagnóstico.

A tabela 5 mostra a distribuição dos doentes de TB entrevistados conforme o percurso pelo sistema de saúde, contabilizando os que compareceram, pelo menos uma vez, aos serviços considerados no estudo.

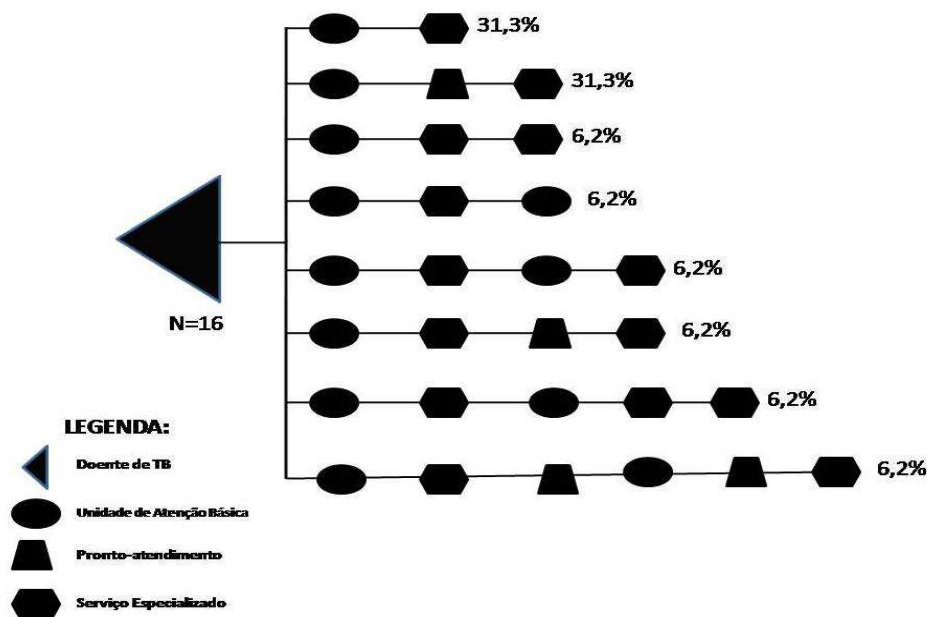
Tabela 5- Distribuição dos doentes de acordo com o percurso pelos tipos de serviços de saúde, Ribeirão Preto, 2009

Percurso pelos serviços de saúde	SIM	NÃO	TOTAL	
	N (%)	N(%)	N	%
Passou em uma Unidade de Atenção Básica (UAB) pelo menos uma vez?	38 (38,0)	62 (62,0)	100	100,0
Passou em um serviço de Pronto-atendimento (PA) pelo menos uma vez?	82 (82,0)	18 (18,0)	100	100,0
Passou em um Serviço Especializado (SE) pelo menos uma vez?	93 (93,0)	7 (7,0)	100	100,0

Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009.

Conforme tabela acima é possível observar que a UAB foi o serviço de saúde menos procurado, considerando toda a trajetória do doente de TB desde a primeira visita a uma unidade de saúde até o diagnóstico. Resultado bem diferente de quando se observa os dados referentes aos PA e aos SE, uma vez que 81% dos doentes passaram pelo menos uma vez por um destes serviços e 93% passaram por um SE.

A figura abaixo mostra o percurso do doente de TB que procurou como primeiro serviço de saúde uma UAB.



Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009

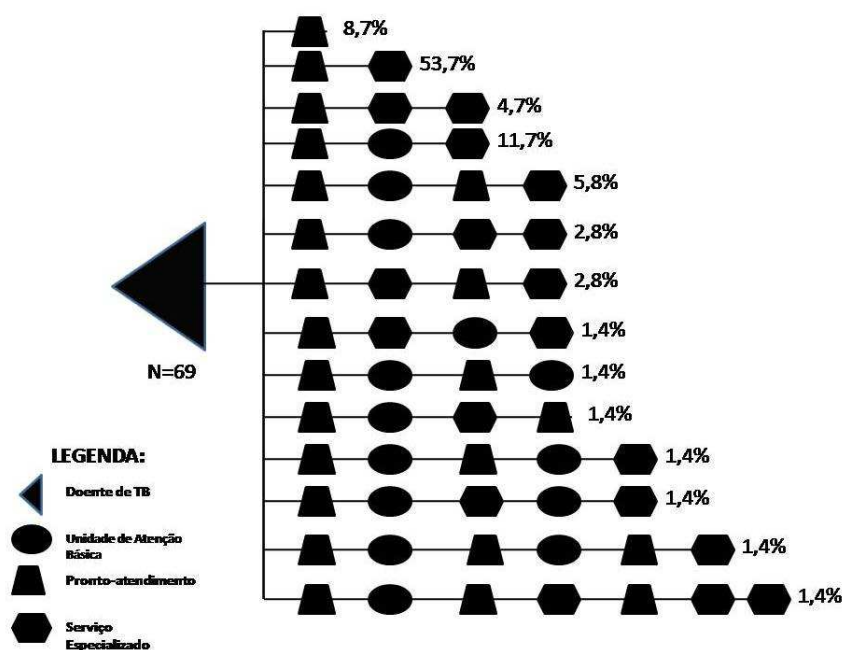
Figura 2- Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram Unidade de Atenção Básica como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009

Na figura acima é possível observar que 31,3% dos doentes de TB que procuraram uma UAB frente à identificação de um problema, no caso, sintomas de TB, foram encaminhados para um Serviço Especializado a fim de obter a elucidação do caso. O restante (68,7%), que procurou uma UAB como primeiro serviço de saúde, passou por 3 ou mais Serviços de Saúde para a obtenção do diagnóstico, dentre os quais estão as unidades de PA e SE, sendo este último o que mais frequentemente foi procurado, realizando a maior parte dos diagnósticos. Ressalta-se que em apenas 1 caso (6,2%) obteve o diagnóstico no mesmo tipo de Unidade de Saúde, embora tenha sido necessário passar por mais de um tipo de serviço de saúde até o diagnóstico.

Nota-se que quando o doente procurou a UAB como primeiro serviço de saúde, necessariamente procurou ou foi encaminhado para outro tipo de serviço de saúde, o

que faz suspeitar que a primeira visita a uma UAB não é suficiente para a obtenção do diagnóstico e a resolução dos problemas, no caso da TB.

O percurso dos doentes de TB que procuraram como primeiro serviço de saúde o PA está representado na figura 3.

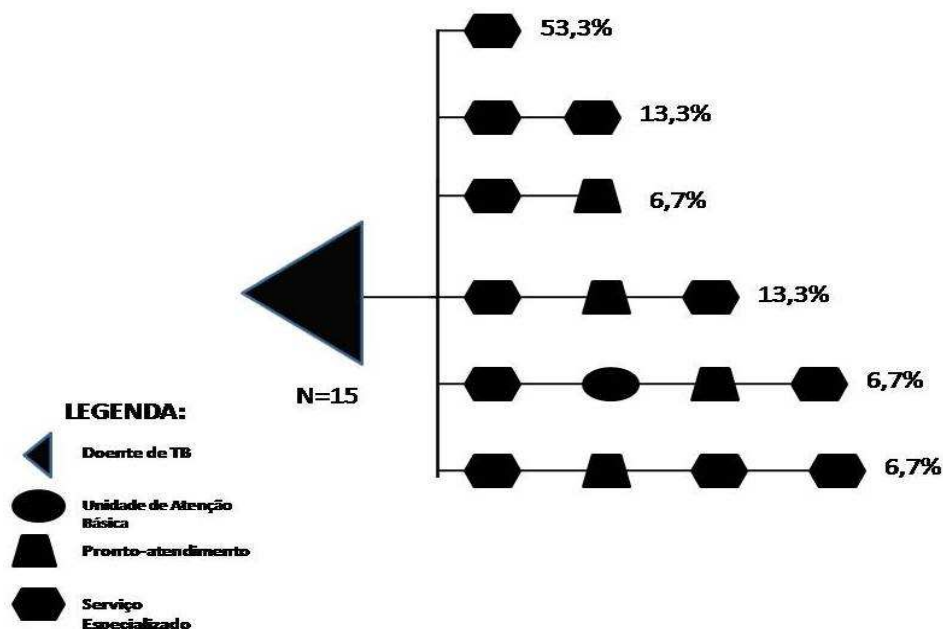


Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009

Figura 3- Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram uma unidade de Pronto-atendimento como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009

De acordo com a figura 3, nota-se que 37,6% dos doentes que procuraram o PA como primeiro serviço de saúde passaram por 3 ou mais serviços de saúde até obter o diagnóstico da TB que, geralmente, foi realizado em SE, o que indica o encaminhamento dos usuários para serviços de nível secundário e terciário de atenção. Dentre os que procuraram o PA, 8,7% conseguiram o diagnóstico da TB na primeira visita a este tipo de serviço de saúde e 1,4% conseguiu ser diagnosticado no PA, mas após passar tanto pela UAB quanto pelo SE.

A figura 4 mostra o percurso dos doentes de TB entrevistados que buscaram assistência primeiramente em SE.



Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009

Figura 4- Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram Serviço Especializado como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009

Conforme observado na figura acima, a maioria dos doentes entrevistados (53,3%) que procurou o serviço especializado como primeiro serviço de saúde obteve o diagnóstico já na primeira visita ao serviço de saúde. Entretanto, a ida a este tipo de serviço de saúde não garantiu o diagnóstico na primeira visita para 46,7%, sendo necessária a procura por outros serviços mais vezes para a elucidação dos casos. Ressalta-se que em 6,7% dos casos que buscaram por assistência em um SE obtiveram o diagnóstico em um serviço de PA, sendo o restante dos casos resolvidos em algum tipo de SE.

Observa-se também que, a primeira procura por um serviço especializado, ou então, o fato do doente de TB já estar inserido em um destes serviços, em razão de outras causas e tipos de seguimento (por exemplo, casos confirmados de HIV), não foi determinante para que estes fossem a apenas um serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico da TB.

4. Resolubilidade e oferta de ações para o diagnóstico da tuberculose: desempenho dos serviços de saúde

4.1. DESEMPENHO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA (UAB)

A tabela a seguir mostra algumas ações relativas ao atendimento dos suspeitos de TB realizadas nas UAB.

Tabela 6. Ações realizadas pelas Unidades de Atenção Básica (UAB) na primeira procura do doente e no decorrer do percurso de acordo com hipótese diagnóstica, oferta de serviços, tempo para diagnóstico e resolubilidade do caso, Ribeirão Preto, 2009

Ações realizadas nas Unidades de Atenção Básica (UAB)	Proporção
<i>Proporção de doentes entrevistados que tiveram a TB como hipótese diagnóstica quando procuraram a UAB como PRIMEIRO serviço de saúde</i>	56,3% (N=16)
<i>Proporção de doentes entrevistados que tiveram os seguintes exames solicitados na UAB, dentre os que procuraram este tipo de Serviço de saúde <u>pelo menos uma vez ao longo do percurso:</u></i>	
Raio-X	15,8% (N=38)
Baciloscopia de Escarro	18,4% (N=38)
Outros exames*	7,9% (N=38)
<i>Proporção de doentes entrevistados que foram atendidos pelos seguintes profissionais na UAB, dentre os que procuraram este tipo de Serviço de Saúde <u>pelo menos uma vez ao longo do percurso:</u></i>	
Médico	73,7% (N=38)
Enfermeiro	34,2% (N=38)
Auxiliar/técnico em enfermagem	68,4% (N=38)
<i>Proporção de diagnósticos de TB realizados em UAB, dentre os que procuraram este tipo de serviço de saúde como <u>primeira opção</u></i>	6,25% (N=16)
<i>Proporção de diagnóstico realizado em UAB, dentre TODOS os doentes de TB entrevistados</i>	2% (N=100)

*Outros exames incluem: sorologia HIV, amilase, hemograma completo, exames específicos para hepatites, endoscopias, tomografia, eletrocardiograma, biópsia, ressonância magnética, urina, fezes, broncoscopia, exames específicos para doenças sexualmente transmissíveis, teste tuberculínico.

Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009.

As medianas de tempo (em dias) decorrido e o número de vezes que o doente procurou uma UAB (primeiro serviço de saúde) até o diagnóstico da TB estão expostas na tabela 7.

Tabela 7- Mediana do tempo decorrido e número de vezes que o doente procurou o primeiro serviço de saúde (Unidade de Atenção Básica) até o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto-SP, 2009

<i>Indicador</i>	Mediana	Amplitude de variação
<i>Tempo (em dias) decorrido desde a primeira visita a um serviço de saúde (UAB) até o diagnóstico da TB</i>	33,5 (N=16)	[23-59]
<i>Número de vezes que o doente procurou por serviços de saúde (primeira visita até o diagnóstico)</i>	5,5 (N=16)	[4,5-8]

Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009.

A mediana do tempo decorrido desde a primeira visita a uma UAB até o diagnóstico da TB dentre os que procuraram este tipo de serviço como primeira opção foi 33,5 [23-59] dias e a mediana do número de vezes que os doentes tiveram que procurar por um serviço de saúde foi de 5,5 [4,5-8].

Conforme referência do próprio doente de TB entrevistado nota-se que dentre os que procuraram a UAB como primeiro serviço de saúde (16%), em 56,3% dos casos a TB foi considerada a primeira suspeita, o que não foi determinante para que o diagnóstico fosse realizado no mesmo serviço de saúde, visto que, apenas 2% dos doentes obtiveram o diagnóstico neste tipo de serviço. Este fato leva a considerar a probabilidade dos casos que chegam a este tipo de serviço de saúde serem, na maioria das vezes, encaminhados para serviços especializados, realidade que pode ser observada na figura 2. Com relação aos exames solicitados nas UAB aos casos suspeitos de TB, nota-se uma proporção menor de 20% para cada exame mencionado (Raio-X, baciloscopia de escarro e outros) o que pode evidenciar as dificuldades deste tipo de serviço de saúde quanto à retaguarda laboratorial e a baixa densidade tecnológica, características destas unidades de saúde.

Dos usuários que procuraram a UAB pelo menos uma vez, desde a primeira visita a um serviço de saúde até o diagnóstico da TB, observa-se que mais de 73% foram atendidos por médicos, profissionais a quem cabe a solução do caso. Em menor proporção, mas com uma porcentagem significativa de mais de 68%, encontram-se os auxiliares e técnicos em enfermagem, seguidos dos enfermeiros, em proporção bem inferior (34,2%). Embora o atendimento realizado pelo profissional enfermeiro tenha sido em porcentagem menor, é possível observar, considerando as tabelas subsequentes (7 e 9) que foi nas UAB que estes profissionais mais atuaram no atendimento aos usuários suspeitos de TB que buscaram por assistência nos serviços de nível primário.

Pouco mais de 6% dos doentes entrevistados que procuraram a UAB como primeiro serviço de saúde, foram diagnosticados neste tipo de serviço, ressaltando que a elucidação do diagnóstico não foi realizada na primeira visita, sendo necessária mais de uma procura aos diferentes serviços de saúde por parte do doente.

Quando se considera todos os doentes de TB entrevistados, percebe-se ainda mais a baixa participação das UAB na resolução do caso, sendo as unidades de atendimento primário responsáveis por 2% dos diagnósticos.

4.2 DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO (PA)

A tabela 8 mostra algumas ações relativas ao atendimento dos suspeitos de TB realizadas nas unidades de PA.

Tabela 8. Ações realizadas pelas Unidades de Pronto-atendimento (PA) na primeira procura do doente e no decorrer do percurso de acordo com hipótese diagnóstica, oferta de serviços, tempo para diagnóstico e resolubilidade do caso, Ribeirão Preto, 2009

Ações realizadas nas Unidades de Pronto-atendimento(PA)	Proporção
<i>Proporção de doentes entrevistados que tiveram a TB como hipótese diagnóstica quando procuraram o PA como PRIMEIRO serviço de Saúde</i>	28,9% (N=69)
<i>Proporção de doentes entrevistados que tiveram os seguintes exames solicitados no PA, dentre os que procuraram este tipo de Serviço de saúde <u>pele menos uma vez ao longo do percurso</u>:</i>	
Raio-X	8,5% (N=82)
Baciloscopia de Escarro	42,7% (N=82)
Outros exames*	47,6% (N=82)
<i>Proporção de doentes entrevistados que foram atendidos pelos seguintes profissionais no PA, dentre os que procuraram este tipo de Serviço de Saúde <u>pele menos uma vez ao longo do percurso</u>:</i>	
Médico	98,8% (N=82)
Enfermeiro	2,4% (N=82)
Auxiliar/técnico em enfermagem	34,1% (N=82)
<i>Proporção de diagnósticos de TB realizados em unidade de PA, dentre os que procuraram este tipo de serviço de saúde como <u>primeira opção</u></i>	10,1% (N=69)
<i>Proporção de diagnóstico realizado no PA, dentre TODOS os doentes de TB entrevistados</i>	8% (N=100)

*Outros exames incluem: sorologia HIV, amilase, hemograma completo, exames específicos para hepatites, endoscopias, tomografia, eletrocardiograma, biópsia, ressonância magnética, urina, fezes, broncoscopia, exames específicos para doenças sexualmente transmissíveis, Teste tuberculínico.

Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009

As medianas relacionadas ao tempo decorrido da primeira visita ao PA (primeiro serviço procurado) até o diagnóstico da doença e o número de vezes que o doente procurou por atendimento em um serviço de saúde são mostradas na tabela 9.

Tabela 9 Mediana do tempo decorrido e número de vezes que o doente procurou um serviço de saúde (Pronto-atendimento) até o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto-SP, 2009

<i>Indicador</i>	<i>Mediana</i>	<i>Amplitude de variação</i>
<i>Tempo (em dias) decorrido desde a primeira visita a um serviço de saúde (PA) até o diagnóstico da TB</i>	33,0 (N=69)	[8-105]
<i>Número de vezes que o doente procurou por serviços de saúde (primeira visita até o diagnóstico)</i>	4,0 (N=69)	[3-10]

Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009

O tempo decorrido desde a primeira visita a uma Unidade de PA até o diagnóstico, dentre os que procuraram este serviço como primeira opção, foi de 33 [8-105] dias, pouco menor se comparado aos que procuraram a UAB. Quanto ao número de vezes, a mediana calculada foi de 4,0 [3-10] vezes.

Os resultados obtidos evidenciam que o PA é o serviço de saúde mais procurado frente à identificação de um problema, sendo que, dos 100 doentes entrevistados, 69% procuraram o PA como primeira opção. Dentre estes, 28,9% não tiveram a TB como a principal hipótese diagnóstica, demonstrando assim que, possivelmente, outras condutas foram tomadas ou o diagnóstico comunicado foi outro.

Observa-se também que dentre os três tipos de serviços de saúde considerados no estudo, o PA é onde os profissionais mais solicitam exames, chamando atenção a proporção de pedidos de outros exames (47,6%), muitas vezes, não relacionados ao problema da TB, principalmente, a forma clínica pulmonar que mais comumente se apresenta. Quase 99% dos doentes foram atendidos por médicos e em frequência bem menor por auxiliares/técnicos em enfermagem e enfermeiros, sendo esta última categoria profissional a que menos participou dos atendimentos em serviços de PA.

Mesmo sendo o tipo de serviço de saúde mais procurado pelos doentes entrevistados, o PA foi responsável por 10,1% dos diagnósticos dos casos que o procuraram como primeiro serviço e 8% dos diagnósticos dentre todos os doentes entrevistados. Vale ressaltar que na maioria dos casos foi necessária a ida em mais de um serviço de saúde, incluindo o próprio PA e SE.

4.3 DESEMPENHO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (SE)

A tabela 10 mostra algumas ações relativas ao atendimento dos suspeitos de TB realizadas nos SE.

Tabela 10. Ações realizadas pelos Serviços Especializados (SE) na primeira procura do doente e no decorrer do percurso de acordo com hipótese diagnóstica, oferta de serviços, tempo para diagnóstico e resolubilidade do caso, Ribeirão Preto, 2009

Ações realizadas nos Serviços Especializados (SE)	Proporção
<i>Proporção de doentes entrevistados que tiveram a TB como hipótese diagnóstica quando procuraram o SE como <u>PRIMEIRO</u> serviço de saúde</i>	60,0% (N=15)
<i>Proporção de doentes entrevistados que tiveram os seguintes exames solicitados no SE, dentre os que procuraram este tipo de Serviço de saúde <u>pelo menos uma vez ao longo do percurso</u>:</i>	
Raio-X	11,8% (N=93)
Baciloscopia de Escarro	55,9% (N=93)
Outros exames*	15,0% (N=93)
<i>Proporção de doentes entrevistados que foram atendidos pelos seguintes profissionais no SE, dentre os que procuraram este tipo de Serviço de Saúde <u>pelo menos uma vez ao longo do percurso</u>:</i>	
Médico	65,2% (N=89)**
Enfermeiro	6,7% (N=89)**
Auxiliar/técnico em enfermagem	69,7% (N=89)**
<i>Proporção de diagnósticos de TB realizados em SE, dentre os que procuraram este tipo de serviço de saúde como <u>primeira opção</u></i>	93,3% (N=15)
<i>Proporção de diagnóstico realizado no SE, dentre <u>TODOS</u> os doentes de TB entrevistados</i>	90% (N=100)

*Outros exames incluem: sorologia HIV, amilase, hemograma completo, exames específicos para hepatites, endoscopias, tomografia, eletrocardiograma, biópsia, ressonância magnética, urina, fezes, broncoscopia, exames específicos para doenças sexualmente transmissíveis, Teste tuberculínico.

**para o cálculo desta proporção foram excluídos 4 casos que tiveram atendimento apenas em serviços não interligados pelo Sistema Hygia-WEB. Em 27 casos, consideraram-se apenas os registros dos serviços interligados pelo sistema.

Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009

As medianas relacionadas ao tempo decorrido da primeira visita ao SE (primeiro serviço procurado) até o diagnóstico da doença e o número de vezes que o doente procurou por atendimento em um serviço de saúde são mostradas na tabela 11.

Tabela 11. Mediana do tempo decorrido e número de vezes que o doente procurou um serviço de saúde (Serviço Especializado) até o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto-SP, 2009

<i>Indicadores</i>	<i>Mediana</i>	<i>Amplitude de variação</i>
<i>Tempo (em dias) decorrido desde a primeira visita a um serviço de saúde (SE) até o diagnóstico da TB</i>	64,0 (N=15)	[2-195]
<i>Número de vezes que o doente procurou por serviços de saúde (primeira visita até o diagnóstico)</i>	3,0 (N=15)	[2-6]

Fonte: questionário dos doentes e Hygia-WEB, 2009.

O tempo decorrido desde a primeira visita a um SE até o diagnóstico, dentre os que procuraram este serviço como primeira opção, observou-se que o intervalo em dias, considerando a mediana do tempo, foi de 64 [2-195] dias, maior que os outros dois tipos de serviços de saúde. Este resultado pode ter sido influenciado pelo fato dos co-infectados pelo vírus HIV estarem inseridos em serviços do nível secundário e terciário de atenção e buscarem por assistência neste tipo de serviço. Este resultado de certa forma surpreende, uma vez que os serviços de saúde classificados apresentam certo grau de retaguarda laboratorial e acesso um pouco mais facilitado aos exames que poderiam agilizar o diagnóstico da TB.

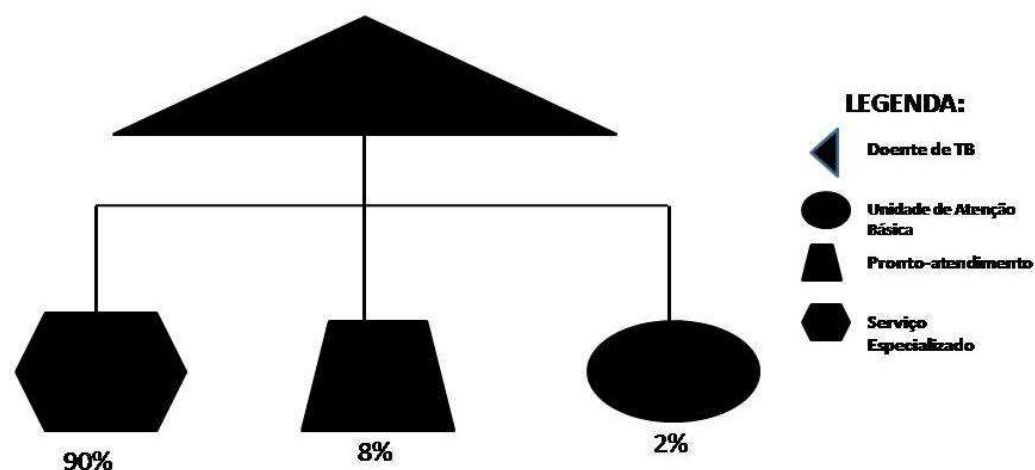
Dos que procuraram serviços especializados como primeiro serviço de saúde (15%), 60% referiram que tiveram a TB como principal hipótese diagnóstica. Os pedidos de baciloscopia de escarro foram maiores nos SE (55,9%), lembrando que esse tipo de serviço inclui o PCT, o que torna o direcionamento mais específico ao diagnóstico da TB.

Chama a atenção a porcentagem de atendimentos realizados por auxiliares/técnicos em enfermagem (69,7%), sendo esta maior que o atendimento por médicos (65,2%), resultado que também pode ter sido influenciado pelo fato do PCT estar incluído nos SE, pois, neste serviço de saúde nota-se uma maior autonomia dos auxiliares/técnicos em enfermagem em relação à solicitação de exames, como a baciloscopia e até mesmo iniciar o tratamento da doença frente ao caso confirmado. Ressalta-se que, no município, apenas 2 PCT têm enfermeiras atuando no Programa, o que explica a autonomia dos outros profissionais de enfermagem e mesmo a baixa porcentagem de atendimento dos profissionais enfermeiros.

Quanto à demora em conseguir o diagnóstico da TB, nota-se que dentre os que procuraram a UAB e o PA como primeiro serviço, pouca diferença entre o número de

dias e vezes foram observados. Resultado interessante foi obtido em relação aos SE. Apesar do tempo (em dias) para o diagnóstico da TB ter sido obtido, notou-se que a mediana do número de vezes que o usuário procurou por algum serviço de saúde foi menor. Este fato pode refletir a gravidade maior dos casos que procuraram os SE, porém, a melhor capacidade de resolução do problema em termos de oferecimento de exames mais específicos, entretanto, com exigência maior de tempo para o resultado.

Dos casos que procuraram inicialmente os SE, estes realizaram 93,3% dos diagnósticos e dentre todos os doentes entrevistados, considerando as outras portas de entrada, 90% dos casos foram resolvidos nos níveis secundário e terciário de atenção.



Fonte: Hygia WEB e questionário doente, 2009

Figura 5. Distribuição dos doentes segundo tipo de serviço de saúde que realizou o diagnóstico da TB, Ribeirão Preto, 2009

A figura mostra que a maior parte dos diagnósticos da TB foi realizada em serviços especializados (90%), correspondendo apenas a 10% dos diagnósticos aos serviços de atenção básica e pronto-atendimento. Este fato se contrapõe aos dados antes apresentados em relação ao primeiro serviço procurado e ao percurso do doente, uma vez que, mesmo o pronto-atendimento sendo o mais procurado pelos doentes de TB,

ainda quando são suspeitos da doença, detecta apenas 8 % dos casos que o procuram. Dentre os serviços especializados responsáveis pela maior parte da detecção dos casos, está o PCT, responsável por 64% dos casos diagnosticados.

Discussão

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que o perfil socioeconômico e clínico-epidemiológico dos doentes entrevistados condiz com outras pesquisas realizadas que apontam, principalmente, como vulneráveis à TB, homens adultos jovens, baixa renda e escolaridade, casos concentrados na zona urbana, forma clínica pulmonar, classificados como “caso novo” (Brunello et al., 2009, 2011; Villa et al., 2011). Chama atenção o resultado obtido quanto aos coinfectados pelo HIV, uma vez que a porcentagem de coinfectados apresentou-se abaixo do esperado, em comparação com outros estudos realizados no município (Muniz et al., 2006; Brunello et al., 2011), em que a proporção de doentes de TB portadores do vírus HIV atingia pouco mais de 30% dos casos notificados.

Quanto à percepção dos sintomas, o fato da maioria considerar a intensidade “forte” também pode vir a influenciar na procura por determinados serviços de saúde, os quais podem oferecer atenção mais imediata, intervenções e procedimentos de maneira mais ágil como discutido por Souza (2010) em estudo que caracterizou a procura por determinado serviços de urgência no município de Ribeirão Preto.

Os dados obtidos em relação à busca por assistência para o diagnóstico da TB permitem algumas observações quanto ao tipo de serviço de saúde mais procurado e as ações desenvolvidas pelos que prestaram assistência aos ainda suspeitos de TB.

Nota-se que há uma preferência por parte dos usuários na procura pelo serviço de PA no município de Ribeirão Preto. Ao identificarem os sintomas, os usuários, em sua maioria, procuraram este tipo de serviço, em detrimento das UAB e SE. A procura preferencial por esta modalidade de atenção tem várias hipóteses levantadas por diferentes estudos (Pires et al., 2010; Souza, 2010).

O PA tem como objetivo o atendimento de urgências e emergências, baseia seus procedimentos e processo de trabalho na “queixa-conduta”, atende 24 horas por dia, todos os dias da semana, não tendo como objetivo, por exemplo, ampliar conhecimento acerca das famílias e comunidade nas quais os que o procuram estão inseridos. A facilidade de acesso geográfico e as ações oferecidas (consultas, exames e procedimentos) pelos serviços de urgência e emergência, além do horário estendido de funcionamento (24 horas), atraem os usuários que buscam uma resolução ou alívio imediato para seu caso (Oliveira et al., 2009b; Pires et al., 2010).

Este resultado faz questionar a política instituída no país, que busca colocar as UAB como porta de entrada preferencial para os serviços de saúde em outros níveis (Ministério da Saúde, 2007).

Ao analisar os resultados referentes ao diagnóstico, suspeita da TB e a solicitação de exames no primeiro serviço de saúde procurado, nota-se a ineficiência considerável na resolubilidade do caso na primeira visita ao serviço. Este dado talvez reflita o que é trazido por alguns autores que referem que a inespecificidade na queixa e relato dos sintomas por parte do usuário influencie substancialmente na tomada de decisão da equipe que o atende (Starfield, 2002; Zerbini et al., 2008). Assim, entende-se que esse aspecto, pouco específico em relação às queixas relatadas, possa dificultar o diagnóstico imediato da TB já na primeira procura pelo serviço de saúde.

A solicitação de exames laboratoriais e de Raio-X na primeira visita ao serviço de saúde pode ter sido favorecida pelo fato da maioria dos usuários com suspeita de TB terem procurado pelo PA que possui o equipamento instalado em sua estrutura, colaborando na realização do procedimento, sem a necessidade do usuário ser encaminhado para outro local. Um estudo realizado por Souza (2010) no mesmo município do presente estudo identificou que a procura pelo PA pode estar relacionada à

questão do usuário entender que o serviço de urgência e emergência é mais disponível no sentido de oferecimento de exames e condutas medicamentosas.

Majoritariamente, os usuários foram atendidos por profissionais médicos no primeiro serviço de saúde, o que também reforça a visão que os usuários têm da resolução do caso estar nas mãos desta categoria profissional (Turrini et al., 2008), cabendo à equipe de enfermagem, geralmente, apenas a triagem, pré-consulta e a realização de alguns procedimentos.

No que cabe aos resultados expostos com relação ao percurso do usuário, ainda com a suspeita da doença, nota-se que as UAB são as que menos foram procuradas ao longo de todo o percurso analisado, resultado que pode transparecer a descrença atribuída por muitos à AB para o atendimento das necessidades de saúde da população (Conill, 2008; Almeida et al., 2010, 2011).

O percurso delineado pelos usuários que primeiramente procuraram a UAB mostra que a maioria teve que procurar ou foi encaminhado para outro nível assistencial, sendo os SE os que mais frequentemente receberam os encaminhamentos. Tais resultados trazem à tona a dificuldade dos serviços de AB em dar continuidade ao cuidado do usuário que busca assistência, seja pelas barreiras operacionais ou pela inadequada capacitação dos profissionais que atuam neste nível assistencial, como mostram outros estudos (Escorel et al., 2007; Wahyuni et al., 2007; Almeida et al., 2010, 2011). Características semelhantes são observadas em estudo realizado em três capitais brasileiras por Campos et al. (2012), uma vez que observa-se como prática comum o ato de encaminhar o caso para serviços especializados e não resolvê-los no nível primário de atenção.

Outro aspecto citado por Campos e Domitti (2007) e que pode influenciar na baixa resolubilidade da AB identificada no presente estudo é o fato da gestão do

trabalho em saúde ser, hoje em dia, ainda bastante hierarquizada e vertical, o que implica, inclusive no repasse da responsabilidade para com o usuário que procura a AB, a partir do momento que há o encaminhamento do caso de um nível para outro. Talvez, em Ribeirão Preto, o fato de alguns profissionais da UAB terem o conhecimento da existência de um ambulatório de referência que faz o acompanhamento dos casos de TB, propicie que esses profissionais não se sintam responsáveis pelo caso e por isso ocorre o encaminhamento para outro nível assistencial.

Além disso, a ineficiência nas ações de prevenção e promoção que deveriam ser promovidas pela AB, uma vez que estas são suas principais vertentes, pode refletir na baixa procura por este nível de atenção (Onocko-Campos et al., 2011; Campos et al., 2012), uma vez que os usuários não conhecem e não se aproximam de tais serviços. Outra barreira para o fluxo de atendimento na AB, segundo Campos e Domitti (2007), é falta de estrutura e a dificuldade de articulação do nível primário e os demais níveis de assistência, o que faz com que as UAB funcionem como pronto-atendimento, o que não alivia o número de encaminhamentos aos especialistas.

Entende-se que a falha que é observada na integração da AB com os demais níveis assistenciais dificulta a mudança no processo de trabalho e intensifica a visão pouco resolutiva que os usuários têm dos serviços primários. A dificuldade de acesso aos especialistas, articulação de instrumentos gerenciais na porta de entrada não favorecem a mudança de paradigma do processo de atenção às condições crônicas (Giovanella et al., 2009; Mendes, 2012), como é o caso da TB. Para Giovanella et al. (2009), a integração de ações e serviços na AB poderia ser favorecida se, de fato, houvesse a atuação intersetorial com a atenção centrada no usuário e a articulação adequada da rede de serviços de saúde, como por exemplo, a regulação e os mecanismos de referência e contra-referência.

Escorel et al. (2007) apontam ainda que a coordenação ou continuidade da atenção é um dos atributos pouco desenvolvido pela AB, que tem um sistema de referência pouco estruturado, o que dificulta a integração com os demais níveis assistenciais. Outro ponto citado em alguns estudos é a questão que a AB ainda trabalha com uma oferta organizada, voltada, na maioria das vezes, para grupos de risco (gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças), o que confronta a demanda individual que se estabelece no dia-a-dia de trabalho (Escorel et al., 2007; Tomasi et al., 2011).

A procura pelo PA evidenciou uma prática comum entre os usuários do sistema de saúde, porém, ao analisar a figura 3, observou-se que a primeira procura pelo serviço de emergência também não foi resolutiva para a maioria dos casos, provocando, muitas vezes, o retorno do usuário ao mesmo tipo de serviço, bem como, a referência ou a contra-referência tanto para os especialistas quanto para a UAB. O fato de estar preparado para atender casos agudos e de intervenção imediata, pode representar uma barreira para que o diagnóstico da TB seja realizado neste nível assistencial, posto que a doença se impõe como sendo de evolução crônica, o que exigiria outra postura no desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde atuante no PA. O modo como a equipe se organiza no PA proporciona a rapidez no atendimento e procedimentos a serem tomados, entretanto, não favorece ao profissional que nele atua o conhecimento acerca da epidemiologia das doenças locais, o estabelecimento do vínculo com o usuário, família e comunidade, muito menos a continuidade da assistência (Brunello et al., 2009; Carret et al., 2011; Campos et al., 2012) aspectos que podem tornar-se impeditivos para o diagnóstico adequado da TB, que ainda se mostra como uma doença social, com fortes raízes nas condições de vida da população (Brunello et al., 2011).

A primeira procura pelo SE propiciou uma menor “peregrinação” pelo sistema de saúde, no que diz respeito aos tipos de serviços procurados, uma vez que a maioria conseguiu o diagnóstico já na primeira consulta ou então se mantiveram inseridos em algum SE. Um maior aporte tecnológico, o respaldo de uma rede de apoio ao diagnóstico, bem como a especialização de alguns profissionais ou a existência de profissionais de referência para o atendimento do caso facilita e pode agilizar o diagnóstico da doença (Bothamley et al., 2001; Campos e Domitti, 2007; Asbroek et al., 2008).

Em Ribeirão Preto, a utilização do Hygia-WEB para acompanhar o percurso do usuário pelo sistema e verificação dos procedimentos que foram realizados, poderia colaborar para otimizar o fluxo de atendimento. A informatização dos serviços de saúde fortalece a integração de ações realizadas, evitando, por exemplo, que exames e procedimentos sejam repetidos sem necessidade, evidenciando a fragmentação da assistência em saúde (Giovannella et al., 2009; Almeida et al., 2010). Apesar desta informatização estar instalada na rede de saúde de Ribeirão Preto e em processo de expansão, por meio dos resultados do presente estudo pode-se perceber que o percurso do usuário com suspeita de TB não foi analisado pelos profissionais de saúde, uma vez que muitos usuários procuraram repetidas vezes o mesmo serviço e por diversas vezes tiveram que repetir exames que já haviam sido realizados.

Nota-se que o percurso e os processos pelos quais o usuário suspeito de TB é submetido ao longo de sua trajetória pelo sistema são pouco analisados pelos profissionais de saúde que o atendem, pois, o que é priorizado é a conduta clínica imediata, valorizando pouco a história pregressa da busca por assistência e procedimentos realizados (Campos et al., 2012).

Frente aos resultados observados neste estudo, entende-se que a informatização das histórias clínicas e a satisfatória utilização dos sistemas de informação disponíveis podem ser ferramentas colaborativas para a concretização de uma rede de saúde integrada, de forma a favorecer ações de continuidade da assistência e evitando a fragmentação do cuidado (Almeida et al., 2010), principalmente pela mudança no perfil epidemiológico das doenças no Brasil, com considerável aumento dos casos crônicos (Almeida et al., 2010; Mendes, 2012), incluindo-se a TB.

Ainda quanto ao percurso estabelecido pelo usuário com suspeita de TB em sua jornada na busca pelo cuidado e a decisão em procurar, preferencialmente, pelos serviços de urgência, entende-se que esta demanda ocorre em virtude de não haver, de fato, a definição de fluxos formais de atendimento, o que se coloca como barreira para a assistência integral do paciente (Almeida et al., 2010).

Quanto ao desempenho dos três tipos de serviços para o diagnóstico da TB, várias considerações devem ser feitas. Para Mendes (2012) um dos grandes problemas da estruturação e fortalecimento das ações fornecidas na AB no Brasil, é a fragilidade dos sistemas de apoio ao diagnóstico, principalmente em UBS e USF. As UAB foram as que menos solicitaram exames, sobretudo o Raio-X. Segundo Mendes (2012), este fato pode ser explicado pela baixa densidade tecnológica e muitas vezes a banalização da AB como nível de assistência capaz de resolver casos e não apenas encaminhá-los para outros níveis de atenção. A debilidade de retaguarda laboratorial é evidente pelo baixo acesso e qualidade dos serviços prestados pelos laboratórios aos serviços públicos de saúde, que por inúmeras vezes demoram a liberar os resultados de exames, retardando a tomada de decisão adequada.

Os resultados relacionados às ofertas de ações e desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da doença chamam a atenção por algumas disparidades também observadas em outros estudos científicos.

O fato do PA ser o tipo de serviço que mais solicita exames, principalmente, a categoria “outros exames” pode ser explicado, como já foi dito, não só pela inespecificidade das queixas que chegam aos profissionais, mas também pelo despreparo e falta de capacitação dos mesmos em identificar a TB, o que também pode ser percebido na AB (Wahyuni et al., 2007; Pires et al., 2010; Serapioni e Silva, 2011). A incapacidade de realizar um bom exame clínico é agravado pela alta demanda, o que exige um menor tempo de consulta com o médico, faz com que estes profissionais pautem a tomada de decisão e o diagnóstico apenas em exames laboratoriais (Carret et al., 2011), muitas vezes, pouco específicos para o problema a ser solucionado, como mostra os resultados deste estudo.

Para Campos et al. (2012) outro fator conflitante ao atendimento adequado nos serviços de saúde procurados pelos usuários presuntivos de TB é o aparecimento de doenças sazonais que acabam desviando o foco dos profissionais de saúde no cotidiano do trabalho, o que faz, muitas vezes, o usuário ser submetido a outros procedimentos, exames e medicamentos que nada contribuem para a identificação e cura da doença.

A presença de aparelhos para realização de Raios-X em PA e serviços de saúde de nível secundário e terciário podem explicar o número maior deste tipo de exame solicitado nestes serviços em detrimento das UAB, que por vezes, devem encaminhar os pedidos para outros níveis de atenção que possuam essa disponibilidade para realizar o exame (Oliveira et al., 2009a; Andrade, 2012). Embora seja uma importante ferramenta para colaborar na elucidação do caso de TB, para Wu et al. (2009), o exame

radiográfico pode não ser decisivo para que o diagnóstico da doença seja concluído, exigindo assim, outros exames complementares.

A proporção de baciloscopias de escarro solicitadas pelos SE, pode ter sido favorecida em virtude dos PCT estarem inclusos nesta categoria de serviço de saúde. Estudos realizados no Reino Unido e Indonésia mostraram que os profissionais inseridos em programas de TB e especialistas na doença tendem a ser mais fundamentados para diagnosticar e acompanhar os casos da doença, diferentes dos generalistas, que devem estar atentos em uma gama maior de doenças e agravos em saúde (Bothamley et al., 2001; Wahyuni et al., 2007). Estudo realizado em três capitais (Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador), mostrou que a baixa solicitação de baciloscopias também foi um resultado que chamou atenção (Campos et al., 2012), principalmente pelo fato do exame ser de baixo custo e determinante para o diagnóstico dos casos pulmonares de TB, que é o mais comum.

No presente estudo, observou-se a baixa participação de enfermeiros no atendimento aos casos suspeitos de TB, principalmente nos serviços de PA. De acordo com Oliveira et al. (2009b), em um estudo qualitativo a respeito da utilização de serviços de média e alta complexidade em uma cidade do sudeste do Brasil, com relação aos profissionais procurados pelos usuários para a resolução dos problemas, o principal ainda é o médico. Prioriza-se o atendimento médico em detrimento à atuação multiprofissional, o que favorece a fragmentação da assistência (Campos et al., 2012). Além disso, em um levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Ministério da Saúde, 2009a) e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2009) a respeito do número de profissionais de saúde atuantes nos três tipos de serviços de saúde estudados em 2009, foi possível observar que a categoria enfermeiro correspondia a apenas 14,5%

dos profissionais de saúde que atuavam em UAB, PA e SE. Entende-se que este seja um baixo número para atender a demanda que se coloca para atendimento nos serviços, ficando a cargo dos auxiliares e técnicos de enfermagem alguns cuidados que cabem ao seguimento.

Questiona-se a baixa participação do profissional enfermeiro no atendimento aos usuários em geral, pois o enfermeiro pode ser um profissional de referência para algumas decisões e atividades; no caso da TB, por exemplo, pode ser fundamental para a solicitação de exames, anamnese, história clínica e familiar da demanda. Estudo realizado no Reino Unido mostrou que o enfermeiro capacitado possibilita um acompanhamento mais eficaz dos casos de TB e suas famílias, diminuindo as “taxas de perda” destes pacientes ao longo do processo que envolve a detecção e tratamento da doença (Bothamley et al., 2001). Além disso, o profissional de enfermagem pode figurar como um elo na fragmentação que se impõe na gestão do cuidado em saúde (Campos e Domitti, 2007).

Estudos mostram que a causa no atraso no diagnóstico da TB pode estar relacionadas aos doentes ou aos serviços de saúde (Macq et al., 2004; Mfinanga et al., 2008; Zerbini et al., 2008; Wysocki, 2011; Beraldo, 2012; Ponce, 2012; Silva-Sobrinho, 2012). Muito embora o tempo para o diagnóstico da TB tenha sido bastante superior nos SE em relação à UAB e PA, notou-se que houve a necessidade de menos visitas aos serviços de saúde, dentre os que procuraram primeiramente os SE. Este resultado pode ter sido influenciado pelo fato dos usuários que foram diagnosticados neste serviço apresentarem casos atípicos e menos comuns de TB (Gupta et al. 2005; Senent et al., 2008) além de apresentarem casos mais graves, o que exige maior número de exames ou intervenções.

Em estudo publicado em 2011 a respeito da Saúde dos Brasileiros, por Barreto et al. (2011), observou-se que o tempo entre o início dos sintomas e tratamento entre os casos de TB difere entre as regiões do Brasil, uma vez que a forma de organização do sistema de saúde influencia diretamente na agilidade para o diagnóstico da doença. Há pouco consenso em alguns estudos realizados em relação ao “tempo ideal” para o diagnóstico da TB devido aos vários fatores que podem influenciar no solucionamento do caso, sejam eles os culturais, sociais, biológicos ou operacionais relacionados aos serviços de saúde (Opara et al., 2007; Zerbini et al., 2008; Sreeramareddy et al., 2009).

O modo de organização da assistência, muitas vezes, voltados para grupos específicos apenas, acaba refletindo no desempenho dos serviços de saúde para, no caso, o diagnóstico da TB. Conhecer os espaços territoriais e as necessidades da população nele inserida pode ser uma ferramenta útil para a logística e controle do fluxo de usuários pelo sistema. Para isso, são necessárias equipes generalistas bem capacitadas e formadas, que conheçam a área de atuação e compreendem as reais necessidades da demanda atendida (Silva, 2011).

Como limitações do presente estudo, podemos apontar o possível viés de memória que pode ocorrer em pesquisas desenvolvidas a partir de entrevistas com os usuários, incluindo possíveis conflitos entre o que o paciente refere como primeiro serviço procurado e o que estava registrado no Hygia-WEB. Além disso, o fato do sistema de informação Hygia-WEB utilizado neste estudo não estar interligado a consultórios particulares, hospitais públicos, particulares e filantrópicos, pode oferecer algumas lacunas no delineamento do percurso do suspeito de TB, além de não contar com os registros de exames realizados. Assim, entende-se que os resultados não podem ser estendidos para a população em geral e nem extrapolar o cenário estudado.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo mostraram que a TB ainda não é uma doença priorizada nos serviços de saúde, em especial, em serviços não especializados (UAB e PA). Observou-se ainda que, apesar de haver uma diretriz nacional que busca estabelecer e ordenar o acesso ao sistema de saúde, colocando a AB como principal porta de entrada, o fluxo de atendimento idealizado pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde é pouco conhecido pelo usuário e pouco organizado em termos de ordenamento das ações em níveis de assistência e serviços complementares prestados.

Percebe-se que, apesar de ser um agravo prioritário na política de AB, a TB ainda é negligenciada e não é vista como responsabilidade no nível primário de atenção, o qual, muitas vezes, não possui em sua capacidade instalada, condições para atender os casos suspeitos e dar o devido encaminhamento ao mesmo.

Entende-se que a porta de entrada do sistema de saúde ocorre em diferentes níveis assistenciais e por isso todas as equipes dos serviços devem estar capacitadas a atender, oferecendo o acesso e acolhimento adequado, a fim de ser resolutivo aos problemas.

O conhecimento a respeito do fato dos serviços de PA serem constantemente os mais procurados pelos usuários presuntivos de TB, faz com que haja uma reflexão a respeito da capacitação dos profissionais que atuam neste seguimento assistencial a fim de oferecer a resolução satisfatória do problema que levou à procura do serviço de saúde, fazendo com que esses profissionais também estejam preparados para resolvê-lo de forma que se sintam responsáveis pelo caso, seja para resolvê-lo ou dar o encaminhamento necessário e adequado. Isso pressupõe um ordenamento do sistema de

saúde local, com retaguarda e equipe preparada que determine o menor tempo possível para o diagnóstico da doença.

Há que se pensar em novas maneiras de realizar capacitações de profissionais, haja vista que, a “capacitação no formato escolar”, sem a devida e constante avaliação, tem mostrado esgotamento e poucos resultados, no que diz respeito, por exemplo, ao tempo e protocolos que devem ser seguidos para o diagnóstico ágil da TB.

Incorporar nestas capacitações a avaliação dos serviços de saúde, nos quais os profissionais atuam, incluindo como indicadores de desempenho, por exemplo, o percurso delineado pelos usuários, o número de baciloscopias de escarro e diagnósticos de TB realizados, podem contribuir para a melhoria dos serviços, bem como favorecer a compreensão da importância dos sistemas de registros no cotidiano do trabalho em saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):286-98.

Almeida, PF, Fausto, MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 2011 set 23];29(2):84-95. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003&lng=en&nrm=iso

Andrade RLP. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009 [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012.

Armitage GD, Oekel D, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* [Internet]. 2009 [cited 2011 ago 28];9:2009. Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/316>

Asbroek AHA, Bijlsma MW, Bijlsma PM, Shrestha B, Delnoij DMJ. The road to tuberculosis treatment in rural Nepal: a qualitative assessment of 26 journeys. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [cited 2009 set];8:7. Available from: www.biomedcentral.com/1472-6963/8/7

Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet- série Saúde dos Brasileiros* [Internet]. Maio 2009 [citado 2011 set 23]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>

Beraldo AA. Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionado ao doente, Ribeirão Preto - SP, 2009 [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012.

Bothamley GH, Krultshaar ME, Kunst H, Woltmann G, Cotton M, Saralaya D, et al. Tuberculosis in UK cities: workload and effectiveness of tuberculosis control programmes. *BMC Public Health*. 2001;11:896.

Brunello MEF. Distribuição espacial e áreas de risco para a co-infecção HIV/TB no município de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.

Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Cardozo Gonzales RI, Villa TCS, et al. Health care professional - patient bond in the tuberculosis patient care. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176-82.

Brunello MEF, Chiaravalotti-Neto F, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção hiv-aids/tb em Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):556-63.

Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde de três capitais brasileiras: que lições os profissionais podem tirar? *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):188-94.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.

Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda de serviço de emergência no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 supl 1:1069-79.

Chan-Yeung M, Yen AGO, Tam CM, Kam KM, Leung CC, Yew WW, et al. Socio-demographic and geographic indicators and distribution of tuberculosis in Hong Kong: a spatial analysis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9(12):1320-6.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a APS: desafios para a organização dos serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 supl 1:S7-S27.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 [acesso 2009 set];21(2). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 supl 1:S159-S172.

Frenk J. The Concept and Measurement of Accessibility. In White K.L., Frenk J., Ordonez C., Paganini J.M., Starfield B., editors. , eds., *Health Services Research: An Anthology* (pp. 842-55). PAHO Scientific Publication No. 534. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1992. P 842-55.

Frenk J. Reinventing primary health care: the needs for systems integration. *Lancet* [Internet]. 2009 [cited 2011 Ago 28];374(9684):170-3. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60693-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60693-0/fulltext)

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral da atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):783-94.

Gupta R, Bienenstock H, Morano P, Gupta A. Tuberculosis of sacroiliac joint na unusual presentation. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 2005 [cited 2011 Ago 28];98(8):1174-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2576001/pdf/jnma00189-0128.pdf>

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema “sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 supl 2:S331-S336.

Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Santos CB. Padrões espaciais da tuberculose associados a um indicador adaptado de condição de vida no município de

Ribeirão Preto. In: Villa TCS, Ruffino-Netto A, organizadores. Tuberculose: pesquisas operacionais. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2009. p. 84-90.

Hygia-WEB. Sistema de informação de prontuários eletrônicos de Ribeirão Preto, 2009.

Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian models of integrated Health Care. Health Care Papers [Internet]. 2000 [cited 2011 Sep 06];14-35. Available from: <http://www.mendeley.com/research/towards-canadian-model-integrated-healthcare/#page-1>

Macq J, Solis A, Ibarra M, Martiny P, Dujardin B. The cost of medical care and people's health-seeking behavior before being suspected of tuberculosis in three local health systems, Nicaragua. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8(11):1330-6.

Meintjes G, Schoeman H, Morroni C, Wilson D, Maartens G. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: Across-sectional study. BMC Infectious Diseases [Internet]. 2008 [cited 2011 sep]; 8:72. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/8/72>

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Mendes EV. Redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Mfinanga SG, Mutayoba B, Kahwa A, Kimaro G, Mtandu R, Ngadaya E, et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar ES Salaam, Tanzania. BMC Health Serv Res [Internet]. 2008 [cited 2011 Sep 06];8(158). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/158>

Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. (Séries Pactos pela Saúde; 4).

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006b. (Série A. Normas e Manuais técnicos).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Consulta. 2009a [citado 2009 jan]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de saúde, 2009b [citado 2009 set]. Disponível em: www.datasus.gov.br

Muniz JN, Ruffino Netto A, Villa TCS, Yamamura M, Arcêncio, RA, Cardozo Gonzales RI. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):529-34.

Oliveira MF, Villa TCS, Arcêncio RA, Scatena LM, Ruffino-Netto A. O acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto-SP (2007). In: Villa TCS, Ruffino-Netto A, organizadores. *Tuberculose: pesquisas operacionais*. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2009a. p. 36-42.

Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais do contexto de um processo de reorientação de um modelo assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009b;14(5):1929-38.

Onocko-Campos RT, Campos CWS, Ferrer AL, Correa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2012 Jun 16];46(1):43-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>

Opara TN, Gupte CM, Liyanage SH, Poole S, Beverly MC. Tuberculosis arthritis of the knee with Staphylococcus superinfection. *J Bone Joint Surg* [Internet]. 2007 [cited 2009 Sep];89-B:664-6. Available from: <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/89-B/5/664.full.pdf+html>

Pires MRGM, Gottens LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com a atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 supl 1:1009-19.

Ponce MAZ. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto – SP [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Gerenciamento de Pessoal. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal; 2009 [citado 2009 Jan]. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/rh/i16indice.php>

Rintiswati N, Mahendradhata Y, Suharna, Susilawati, Purwanta, Subronto Y, et al. Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Jogjakarta, Indonesia. *BMC Public Health* 2009, [cited 2011 sep]; 9:158. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/158>

Scatena LM, Villa TCS, Rufino-Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em cinco municípios do Brasil – análise multivariada. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):389-97.

Senent C, Betlloch I, Chiner E, Llombart M, Moragón M. Tuberculosis empyema necessitates. A rare cause of cutaneous abscess in the XXI century. *Dermatol Online J* [Internet]. 2008 [cited 2009 Sep];14(3):11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18627713>

Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4315-26.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.

Silva-Sobrinho RA. Avaliação da efetividade dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, PR - Tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012.

Souza MF. A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.

Souza WV, Ximenes R, Albuquerque MFM, Lapa TM, Portugal JL, Lima MLC, et al. The use of socioeconomic factors in mapping TB risk areas in city of northeastern Brazil. *Pan Am J Public Health*. 2000;8(6):403-10.

Sreeramareddy CT, Panduru KV, Menten J, Van den Ende J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infectious Dis* [Internet]. 2009 [cited 2011 Sep 06];9(91). Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2334-9-91.pdf>

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.

TB-WEB. Sistema de notificação de Tuberculose do Estado de São Paulo, 2010.

Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4395-404.

Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):663-74.

Villa TCS, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Andrade RLP, Brunello MEF, Nogueira JA, et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* (Internet). 2011 [cited 2012 Jan 12];11(241). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/241>

Wahyuni CU, Budiono, Rahariyani LD, Sulistyowati M, Rachmawati T, Djuwari, et al. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007 [cited 2009 Sep];7(135). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/135>

Wang WB, Jiang QW, Chen Y, Xu B. Pathways from first health care seeking to diagnosis: obstacles to tuberculosis care in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11(4):386–391.

Wei XL, Liang XY, Walley JD, Liu FY, Dong BQ. Analysis of care-seeking pathways of tuberculosis patients in Guangxi, China, with and without decentralized tuberculosis services. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(4):514-20.

World Health Organization. *Implementing the STOP TB strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes.* Geneva: WHO; 2008.

Wu JY, Ku SC, Sau CC, Fan JY, Chen HY, Chen YC et al. The role chest radiography in the suspicion for and diagnosis of pulmonary tuberculosis in intensive care units. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(11):1380-6.

Wysocki AD. *Tuberculose: tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelos serviços de saúde em São José do Rio Preto-SP (2009) [dissertação].* Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.

Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B, Amigot B, Estrada S, Algorry G. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(1):63-8.

Anexos

ANEXO A

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Número do questionário: _____		Município: _____						
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____						
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____	Local da coleta: _____						
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____						
Recusa da entrevista Sim Não Justificar: _____								
1. Iniciais: _____								
2. Nº SINAN ou TB-WEB: _____		3. Prontuário: _____						
4. Sexo: 1- Feminino 2- Masculino								
5. Idade: _____								
6.	Estado civil	Solteiro 1	Casado/ União Estável 2	Separado / Divorciado 3	Viúvo 4	Outro _____ 5		
7.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou?	Sem escolaridade 1	1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2	1ª fase do ensino fundamental (completo) 3	2ª fase do ensino fundamental(incompl.); 4	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5		
		Ensino Médio (incompleto) 6		Ensino médio (completo) 7	Ensino superior (incompleto) 8	Ensino superior (completo) 9		
8.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	Desempregado(a) 1	Empregado(a) 2	Autônomo 3	Do lar 4	Estudante 5	Aposentado 6	Afastado 7
9.	Qual renda mensal da família? _____			10.	Número de pessoas que dependem dessa renda: _____			
11.	O local onde o(a) Sr(a) vive é:		1 Casa	2 Instituição (asilar/ abrigo)	3 Morador de rua			
12.	Zona	Urbana 1 Rural 2						
13.	O que o(a) Sr(a) sentia (sintomas) quando começou a ficar doente de tuberculose?							
14.	Estes sintomas que o(a) Sr(a) sentia eram?			1 - Muito fraco; 2 - Fraco; 3 - Moderado; 4 - Forte; 5 - Muito forte				
15.	Qual foi o primeiro serviço de saúde (postinho, PÁ...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a perceber que estava doente?							
	15.a. Nome: _____							
	15.b. Tipo: 1- UBS; 2- USF; 3- Ambulatório de Referência; 4- Programa de Controle da Tuberculose; 5- Pronto Atendimento; 6- Consultório Particular; 7- Hospital; 9- Outros Especificar _____ 0- Não sabe							
16.	O que o profissional de saúde que o atendeu na primeira vez em que foi até o serviço de saúde falou que o(a) Sr(a) tinha? _____							
17.	Qual foi o serviço de saúde que descobriu que o(a) Sr.(a) estava doente de TB?							
	17.a. Nome: _____							
	17.b. Endereço: _____							
	(preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)							
	17.b. Tipo: 1- UBS; 2- USF; 3- Ambulatório de Referência; 4- Programa de Controle da Tuberculose; 5- Pronto Atendimento; 6- Consultório Particular; 7- Hospital; 9- Outros Especificar _____ 0- Não sabe							

ANEXO B**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS**

Número do questionário: _____			
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Digitador: _____		Data da digitação: ____/____/____	
FONTES DE COLETA DE DADOS: TB-Web			
1.	Serviço responsável pelo diagnóstico Nome: _____		
2.	Data do diagnóstico: _____		
3.	Forma Clínica da TB	3.a. Pulmonar Sim Não	3.b. Extrapulmonar: _____ Sim Não
4.	Tipo de caso	4.a. Caso novo Sim Não	
		4.b. Recidiva Sim Não	
		4.c. Retratamento Sim Não	
		4.d. Tratamento após abandono Sim Não	
5.	Co-infecção pelo HIV	Sim Não	
FONTES DE COLETA DE DADOS: HYGIA			
6.	Tipos de serviços de saúde da rede municipal passou desde o primeiro serviço de saúde procurado até o serviço que diagnosticou o caso* 1- UBS; 2- USF; 3- Ambulatório de Referência; 4- Programa de Controle da Tuberculose; 5- Pronto Atendimento; 6- Consultório Particular; 7- Hospital; 9- Outros Especificar _____ 0- Não sabe		
* esses serviços foram informados pelo doente na entrevista ou TB-Web ATENÇÃO – MAIS DE UM ITEM PODE SER PREENCHIDO			
7.	Número de vezes que precisou procurar os serviços de saúde até o diagnóstico: _____ vezes		
8.	Profissionais que atenderam em cada tipo de serviço		
	8.a UBS 1- Enfermeiro; 2- Médico; 3- Auxiliar de Enfermagem; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica		
	8.b USF 1- Enfermeiro; 2- Médico; 3- Auxiliar de Enfermagem; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica		
	8.c Ambulatório de Referência 1- Enfermeiro; 2- Médico; 3- Auxiliar de Enfermagem; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica		
	8.d Programa de Controle da Tuberculose 1- Enfermeiro; 2- Médico; 3- Auxiliar de Enfermagem; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica		
8.e Pronto Atendimento 1- Enfermeiro; 2- Médico; 3- Auxiliar de Enfermagem; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica			
9.	Número de profissionais que atenderam o doente até o diagnóstico: _____ vezes		
10.	Exames solicitados em cada tipo de serviço		
	10.a UBS 1- Baciloscopia; 2- Raio-x; 3- Hemograma; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica		

	<p>10.b USF 1- Baciloscopia; 2- Raio-x; 3- Hemograma; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica</p> <p>10.c Ambulatório de Referência 1- Baciloscopia; 2- Raio-x; 3- Hemograma; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica</p> <p>10.d Programa de Controle da Tuberculose 1- Baciloscopia; 2- Raio-x; 3- Hemograma; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica</p> <p>10.e Pronto Atendimento 1- Baciloscopia; 2- Raio-x; 3- Hemograma; 4- Outros Especificar _____ 99- Não se aplica</p>	
11.	Tempo transcorrido desde a primeira procura pelo serviço de saúde até o diagnóstico: _____ dias	

ANEXO C-
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ . Ela tem como objetivo avaliar a causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa

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

ANEXO D-
COMITÊ DE ÉTICA

		
<p>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem</p> <p>Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14060-992 - São Paulo - Brasil FAX: (55) - 16 - 3633-3371 / TELEFONE: (55) - 16 - 3662-3383</p>		
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP		
Of. CEP-EERP/USP – 012/2009		
Ribeirão Preto, 05 de fevereiro de 2009		
Prezada Senhora,		
<p>Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado APROVADO AD REFERENDUM pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de fevereiro de 2009.</p>		
Protocolo:	nº 0984/2008	
Projeto:	RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.	
Pesquisador:	Tereza Cristina Scatena Villa	
<p>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.</p>		
Atenciosamente,		
 Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento Coordenadora do CEP-EERP/USP		