

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

DÉBORA RAQUEL SOARES GUEDES TRIGUEIRO

DETERMINANTES INDIVIDUAIS: fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose

JOÃO PESSOA – PB
2011

DÉBORA RAQUEL SOARES GUEDES TRIGUEIRO

DETERMINANTES INDIVIDUAIS: fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose

Projeto de dissertação apresentado à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, para fins de apreciação e qualificação.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Saúde

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

DÉBORA RAQUEL SOARES GUEDES TRIGUEIRO

DETERMINANTES INDIVIDUAIS: fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose

Trabalho apresentado e submetido à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

APROVADO EM _____ DE _____ 2011

Prof.^a Dr.^a. Jordana de Almeida Nogueira - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof.^a. Dr.^a. Lenilde Duarte de Sá – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof.^a. Dr.^a. Aline Aparecida Monroe – Examinadora
(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP)

JOÃO PESSOA - PB

2011

DEDICATÓRIA

*Ao meu amado **Deus** que faz da sua fidelidade o meu abrigo, da sua graça o meu sustento e do seu cuidado o meu alento.*

*Aos meus preciosos pais, **Vera e Sérgio**, que me permitem o dom de viver e amar.*

*À minha mestre-mãe, **Jordana Nogueira**, por opção de amar, admirar e me espelhar.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

É com muito carinho que agradeço, em especial, a todos as pessoas que enfrentam a tuberculose e me permitiram adentrar ao seu universo tão singular. A vocês, o meu desejo de enxergar o próximo, lutar pelos que sofrem e cuidar de forma humanizada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da minha fé, por ser o sustentáculo da minha vida.

À minha base, os meus pais, pela motivação, força e amor constantes.

Ao meu irmão, André, pelo incentivo, apoio e cumplicidade no decorrer desses anos.

À minha família, pelo alicerce que se constituem na minha caminhada. Em especial a minha querida prima, Janaína, que tem nos ensinado sobre superação e fé nos momentos em que a vida nos reserva dor.

À minha mestre, Prof^a. Dr^a. Jordana, não só pelas contribuições dispensadas para a concretização deste trabalho, porque isso é mínimo diante da grandeza de me fazer entender que a sabedoria não vem de livros, mas de um coração humilde e sempre disposto a amar. Sua vida é um exemplo!

À amiga, Prof^a. Dr^a. Lenilde, a quem tenho um enorme carinho, pela generosidade com que me permitiu conhecê-la e, acima de tudo, por influenciar sabiamente a minha vida.

À Prof^a. Dr^a. Aline que prontamente aceitou o convite em participar da banca examinadora, tornando-se fundamental para o aprimoramento e conclusão deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Tite, pelo exemplo de liderança e de que somos mais fortes quando não estamos sozinhos, deixando o privilégio de sermos parte da família GEOTB.

Ao Prof. Dr. Ulisses, pela amizade e por suas contribuições estatísticas neste trabalho.

Ao Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose, por sonharmos e militarmos juntos.

Aos colegas do Grupo-TB da Paraíba, Rafaela, Rosa, Daiane, Cybelle, Luana e Hérika, pela amizade e companheirismo cultivados durante todo o percurso desta pesquisa.

À Lúcia Scatena e Rúbia Laine, pela disponibilidade em orientar a análise estatística deste trabalho.

À amiga Prof^a. Dr^a. Neusa Collet, a quem tenho muito estima e apreço, por me permitir andar ao seu lado e aprender tanto.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos momentos de reflexão e aprendizado.

Aos funcionários do Mestrado, por serem prestativos e atenciosos em todos os momentos em que deles precisei.

Ao G7, Adriana, Ana Cláudia, Annelissa, Elizabeth, Lara e Livia, pela maravilhosa convivência, através da amizade e união ao longo desta importante etapa de nossas vidas.

Aos colegas de turma, por todos os momentos compartilhados e por aprender com a vida de cada um. Em especial à Karelline, por estreitar os laços e ser o meu ombro amigo nas horas que mais precisei.

Aos meus grandes amigos, por dividir comigo suas vidas, compartilhando uma amizade sincera e um apoio incondicional.

Aos queridos alunos da graduação, pelo acolhimento e carinho dispensados durante a experiência de estágio docência que contribuiu decisivamente na convicção de ser um educador.

À Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, pela autorização e apoio concedido para o desenvolvimento dessa pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro recebido.

À Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado da Paraíba- FAPESQ.

Enfim, a todas as pessoas queridas que me ajudaram direta e indiretamente, meus si agradecimentos.

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto dura.

Cora Coralina

TRIGUEIRO, D. R. S. G. **Determinantes individuais:** fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

RESUMO

O retardo no diagnóstico da Tuberculose (TB) tem sido utilizado para refletir a qualidade e oportunidade do acesso dos doentes aos cuidados em saúde. Dentre os múltiplos aspectos que devem ser incorporados para avaliação do acesso, priorizou-se neste estudo identificar a influência dos determinantes individuais sobre o padrão de utilização de serviços na atenção ao diagnóstico da TB, respaldado pelo eixo teórico do modelo comportamental proposto por Aday e Andersen e da integralidade do cuidado. Foi considerado que o comportamento de procura por cuidados de saúde é determinado pelos componentes de predisposição, disponibilidade, necessidade e experiência prévia de utilização. A interação desses fatores é definidora do intervalo de tempo que o doente demora em buscar assistência em saúde para descobrir seu diagnóstico e pelo tipo de serviço procurado. Trata-se de pesquisa epidemiológica, seccional, avaliativa de abordagem quantitativa, desenvolvida no município de João Pessoa-PB, que envolveu 101 doentes em tratamento de TB. Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2009, utilizando-se um questionário estruturado, validado e adaptado para atenção à TB no Brasil. As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades, comparadas entre os diferentes serviços de saúde e submetidas a tratamento estatístico por meio de análise bivariada, teste de associação do qui-quadrado (χ^2), mediana e testes não-paramétricos de Mann Whitney e Kruskal Wallis. Constatou-se que 46,5% dos doentes de TB acessaram a Atenção Básica (AB) quando começaram a sentir os sinais e sintomas da doença, 36,6% optaram por Serviços Especializados (SE) e 16,8% procuraram o ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Verificou-se predominância do sexo masculino (72,3%), faixa etária de 18 a 40 anos (56,4%), cor parda (57,5%), baixo nível de escolaridade (79,2%). A gravidade dos sintomas desencadeou a busca por cuidados em 72,3% dos casos, 62,4% utilizaram previamente os serviços de saúde, entretanto apenas 21,8% o fazem para controle preventivo. Quanto à existência de associação entre os determinantes individuais e o primeiro serviço de saúde procurado, evidenciou-se que os doentes com as piores rendas utilizaram serviços de AB ($p=0,0191$) e a proximidade das unidades da AB aos domicílios do doente influenciou a utilização deste serviço ($p=0,0000$). Em relação ao intervalo de tempo de busca de cuidados, estimou-se um valor mediano de 20 dias para o atraso geral dos doentes, verificando-se que os indivíduos solteiros, com até 8 anos de estudo e desempregados, estudantes, afastados ou do lar foram os que mais demoraram a procurar um serviço de saúde (30 dias). O modelo teórico utilizado confirmou a presença de fatores predisponentes que favorecem as desigualdades na busca e obtenção de cuidados. Observa-se que os serviços da AB têm conquistado gradativamente abertura expressiva para entrada do doente ao sistema de saúde. No entanto demanda um esforço de reconhecimento e articulação de elementos do processo de produção do cuidado nos contextos em que transcorre a vida dos diferentes sujeitos. A inclusão da dimensão subjetiva na garantia de um cuidado integral pode contribuir para renovação das práticas e redução das iniquidades dos indivíduos acometidos pela TB.

Descritores: Tuberculose. Diagnóstico Tardio. Acesso aos Serviços de Saúde. Utilização. Individualidade.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. **Individual determinants:** predisposing factors to the utilization of health services in the attention to tuberculosis diagnostic. 2011. 100p. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing – Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2011.

ABSTRACT

The delay in diagnosing Tuberculosis (TB) has been used to reflect the quality and opportunity of access by patients to the health care. Among many aspects which must be incorporated to evaluate the access, the present study aims to identify the influence of individual determinants about the pattern of service utilization in the attention to TB diagnostic, supported by the theoretic axis of the behavioral model proposed by Aday and Andersen, and the integrality of caring. It was considered that the behavior of looking for health care is determined by the following components: predisposition, availability, necessities and previous utilization experience. The interaction of these factors is defining of the time interval in which the sick person postpones to search for health assistance and to know his diagnostic and by the type of service searched. This is an epidemiological, sectional and evaluative research, with quantitative approach, which was developed in João Pessoa – PB. The research involved 101 sick people under TB treatment. The data were collected from July to October, 2009, by means of a structured questionnaire, which was validated and adapted to the attention to TB in Brazil. The studied variables were categorized or dichotomized according to their specificities, which were compared between the different health services and submitted to statistical treatment by means of bivariate analysis, chi-square association test (χ^2), median and non-parametric tests of Mann Whitney and Kruskal Wallis. The research found that 46.5% of TB patients searched for Primary Care Services (PCS) when they started to feel the signals and symptoms of TB. 36.6% of them opted by the Specialized Services (SS), and 16.8% looked for the ambulatory of TB Control Program (TBCP). Moreover, the research verified predominance of male sex patients (72.3%), age group from 18 to 40 years (56.4%), brown skin (57.5%), and low level of education (79.2%). The seriousness of symptoms provoked the search for care in 72.3% of cases. In addition, 62.4% used the health services previously. However, only 21.8% of patients did them as preventive control. In relation to the existence of association between individual determinants and the health service searched first, it was evidenced that patients with lower income used PCS ($p= 0.0191$), and the proximity of PCS units in relation to patients home influenced the utilization of this service ($p= 0.0000$). In relation to the time interval of searching for care, it was estimated a median value of 20 days to the general delay of infected patients. Then, the research verified that unmarried patients with less than 8 years of study and unemployed, students, separated or household, were the ones who delayed more in looking for a health service (30 days). The theoretic model used confirmed the presence of predisposing factors which favored the inequalities in the searching and obtainment of care. It was observed that the PCS has gradually conquered expressive opening to the entrance of sick people into the health system. Nevertheless, it demands an effort of recognition and articulation of elements of the process of care production in contexts in which unfolds the life of different subjects. The inclusion of subjective dimension in guarantee of integral care can contribute to the renovation of practices and reduction of iniquities of individuals affected by TB.

Descriptors: Tuberculosis. Delayed Diagnosis. Health Services Accessibility. Utilization. Individuality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1** Diagrama para o estudo do retardo no diagnóstico da tuberculose..... 30
- FIGURA 2** *Box Plot* da distribuição da mediana segundo a variável tempo em dias que demorou para procurar o serviço de saúde quando começou a se sentir doente. João Pessoa, 2009..... 54

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Taxa de detecção de casos de Tuberculose. Brasil, 2000-2008.....	18
QUADRO 2	Indicadores, variáveis e categorias de respostas elencadas para o presente estudo.....	41

LISTA DE TABELAS

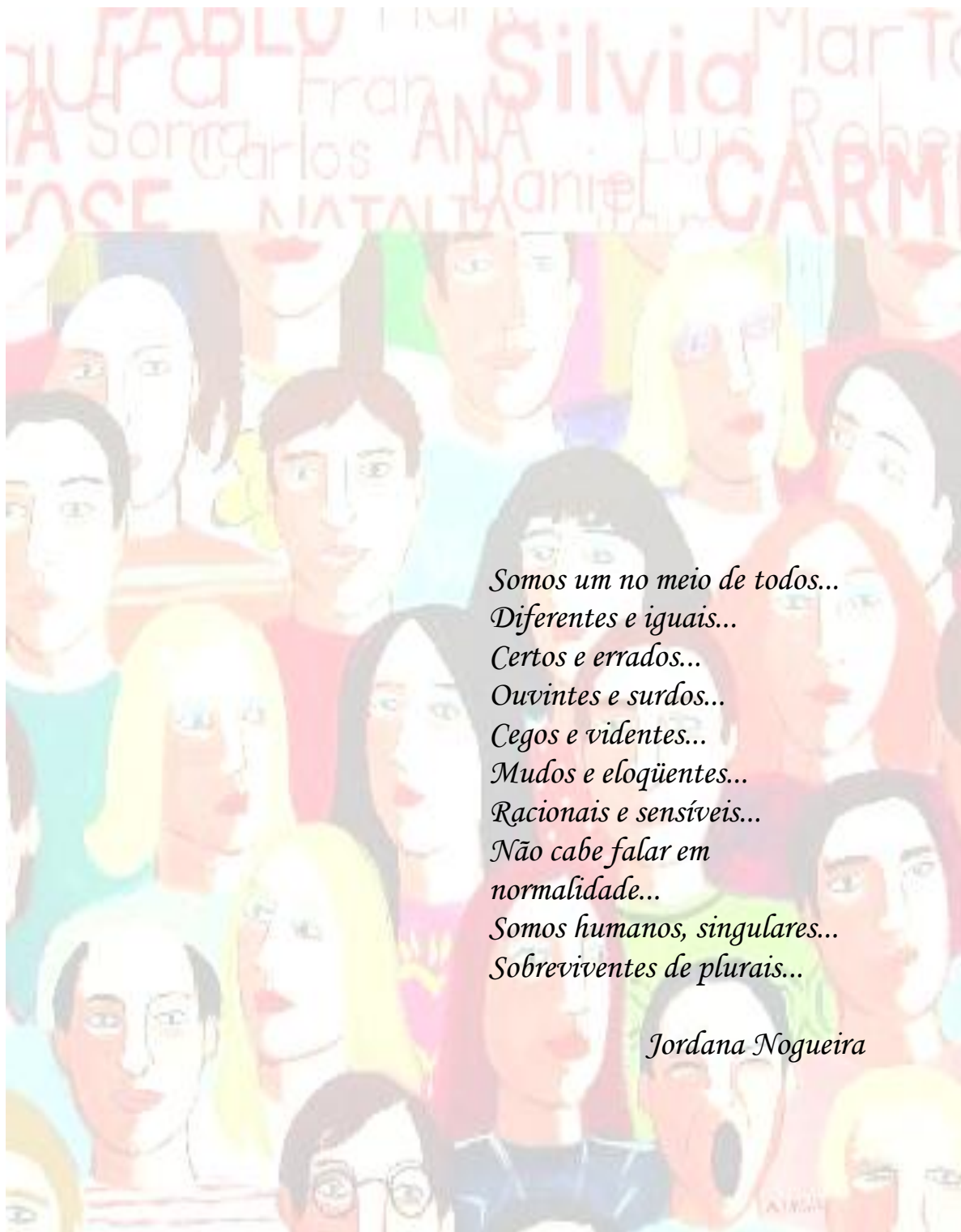
TABELA 1	Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “predisposição” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009.....	46
TABELA 2	Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “disponibilidade” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009.....	48
TABELA 3	Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “necessidade” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009	49
TABELA 4	Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “utilização prévia” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009.....	50
TABELA 5	Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “predisposição”. João Pessoa, 2009.....	51
TABELA 6	Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “disponibilidade”. João Pessoa, 2009.....	52
TABELA 7	Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “necessidade”. João Pessoa, 2009.....	53
TABELA 8	Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “utilização prévia”. João Pessoa, 2009.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CHCF	Complexo Hospitalar Clementino Fraga
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DOTS	<i>Directly Observed Therapy Short-course</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	Organização Mundial de Saúde
MDR	Multidrogas Resistentes
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SR	Sintomático Respiratório
TB	Tuberculose
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Apresentação da Temática.....	17
1.2 Objetivos.....	23
2 QUADRO TEÓRICO	24
2.1 Determinantes Individuais: fatores predisponentes ao acesso e utilização dos serviços de saúde.....	25
2.2 A Integralidade do Cuidado e os Modos de Ser do Doente de Tuberculose	37
3 MATERIAL E MÉTODOS	37
3.1 Caracterização do Estudo	38
3.2 Cenário da Investigação	38
3.2.1 Capacidade Instalada dos Serviços de Atenção Básica (USF) para Identificação e Investigação dos casos suspeitos de TB	38
3.2.2 Capacidade Instalada do ambulatório especializado (PCT)	39
3.3 População do Estudo	40
3.4 Instrumento de Coleta de Dados	40
3.5 Variáveis e Indicadores	41
3.6 Procedimento e Coleta de Dados	42
3.7 Banco de Dados e Análise dos Indicadores	43
3.8 Procedimentos Éticos	44
4 RESULTADOS	45
5 DISCUSSÃO	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	81
ANEXO 1 – Questionário	94
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
ANEXO 3 - Documento de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	100



*Somos um no meio de todos...
Diferentes e iguais...
Certos e errados...
Ouvintes e surdos...
Cegos e videntes...
Mudos e eloqüentes...
Racionais e sensíveis...
Não cabe falar em
normalidade...
Somos humanos, singulares...
Sobreviventes de plurais...*

Jordana Nogueira

1 INTRODUÇÃO

ENVOLVENDO-SE À TEMÁTICA

1.1 Apresentação da Temática

Por séculos, diversos esforços ao redor do mundo vêm sendo empreendidos na militância contra a TB. Atores de distintas áreas vêm sendo recrutados: políticos, gestores, profissionais, acadêmicos, setores sociais e sociedade civil unem-se progressivamente com a meta de reverter o quadro alarmante gerado, há tempos, pela enfermidade.

Políticas são deliberadas, ações são planejadas, medidas são implementadas, tecnologias são formuladas, pesquisas são realizadas, articulações com áreas afins são solicitadas em uma busca desenfreada de controle de um dos agravos mais persistentes e assoladores da história humana.

Sem minimizar ou anular os avanços conquistados, mas requerendo uma reflexão ampliada da problemática que não está restrita à doença e seus entornos, surge o intuito desta pesquisa que se deleitou em direcionar a atenção para o doente de TB, não na patologia em si, mas sob um enfoque integral e humanizado, considerar as características individuais de cada doente como determinantes e essenciais para apreensão do processo saúde-doença na vertente de um dos principais problemas a ser enfrentado: o diagnóstico tardio da TB.

Este estudo insere-se no projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N°. 034/2008), coordenado pela área de estudos operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDE-TB.

De acordo com o levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2008, foram notificados no mundo 9,4 milhões de casos novos de TB com incidência de 140 e prevalência de 170 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade neste período foi de 21 casos para 100.000 habitantes (WHO, 2010).

No ranking mundial dos 22 países que concentram 80% dos casos de TB, o Brasil ocupa a 19ª posição. Em 2010 foram notificados no país, 70.601 casos novos da doença, com taxas de incidência de 37,9 e mortalidade de 2,5 casos por 100 mil habitantes (BARREIRA, 2011). Em 2008, registrou detecção de 82% dos casos esperados, 73% dos casos foram curados e 8,3% abandonaram o tratamento (WHO, 2010).

Analisando o comportamento da taxa de detecção de casos do Brasil, verifica-se que a partir de 2004 esse indicador teve um importante aumento em relação aos anos anteriores, fato

justificado pela mudança da meta estabelecida pela OMS: superar a taxa de 80% para detecção de casos novos (BRASIL, 2009a).

Quadro 1 - Taxa de detecção de casos de TB. Brasil, 2000-2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taxa de Detecção dos casos (todos os casos novos)	74	72	80	81	89	84	83	82	82

Fonte: *World Health Organization*, 2010.

No entanto, deve ser ressaltado que às dimensões continentais do País, a assimetria na distribuição de recursos humanos e financeiros, o torna heterogêneo na dinâmica de enfrentamento da doença. Alguns estados brasileiros apresentam taxas de incidência muito superiores à nacional, tais como o Rio de Janeiro (71,8 por 100.000 habitantes), Amazonas (67,8), Pará (48,0) e Rio Grande do Sul (46,9). No outro extremo com menores taxas estão Distrito Federal (10,9), Goiás (14,6) e Tocantins (16,7) (BARREIRA, 2011).

O Estado da Paraíba notificou 1.002 casos de TB em 2008, com incidência de 36,9/100.000 habitantes por todas as formas clínicas. O percentual de cura alcançou 35,8% (abaixo da meta nacional que propõe 85%), abandono do tratamento 7,3% e óbito 2,2% (SINAN/NDE/SES/PB, 2008). Dos 223 municípios que compõe o Estado, foram eleitos onze municípios prioritários pelo PCT, são eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos, Cajazeiras, Cabedelo, Sapé, Sousa, Pombal e Guarabira (LIMA, 2010).

Eleito como o local de desenvolvimento deste estudo, o município de João Pessoa registrou 370 casos de TB em 2008 e 399 em 2009, apresentando incidências de 52,23 e 56,39/100.000 habitantes nos respectivos anos. Assim como a realidade estadual, a taxa de cura de 56% e abandono de 8,5% não atingiram o valor pactuado pela OMS (JOÃO PESSOA, 2010).

A falta de ferramentas adequadas para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno tem sido apontada como uma das razões para as elevadas taxas de incidência e óbito entre as doenças negligenciadas (PONTES, 2010). Tratando-se da TB, tanto o diagnóstico preciso como o tratamento rápido foram eleitos como ações prioritárias em uma nova estratégia delineada para reverter a tensão imposta pela doença na saúde pública global - *Directly Observed Therapy Short-course* (DOTS) - que vem sendo difundida pela OMS desde 1993 (RUFFINO-NETTO, 2002). Apresentada como efetivamente capaz de modificar o cenário

epidemiológico da TB no mundo, sustenta-se no cumprimento de seus cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios (SR) que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; e o compromisso político-governamental das autoridades (OPAS, 1997).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) com o propósito de tornar a TB prioridade entre as políticas públicas de saúde redefine suas diretrizes e fixa metas de enfrentamento da doença (BRASIL, 1997). Aliado às recomendações previstas para implantação da estratégia DOTS, o PNCT enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a expressão da APS no Brasil.

A ESF propõe uma nova dinâmica para a relação do serviço de saúde com a comunidade, na qual ambos trabalhem juntos na resolução dos problemas de saúde. O reconhecimento da saúde como direito de cidadania, gera indivíduos participativos no processo de promoção da qualidade de vida e intervenção sobre os fatores que a colocam em risco (SOUZA, 2008). É uma estratégia que considera a história e cultura locais e incorpora-se às peculiaridades dos doentes e à seus contextos, tendo nesses pressupostos a construção de sentidos sobre o universo de cada pessoa (BORGES, 2002).

Na Paraíba, adota-se a estratégia DOTS em 1999 e a mesma se estabelece no Estado na medida em que se reestrutura a rede de serviços de saúde em conformidade com a expansão da cobertura da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Transfere-se para os municípios a responsabilidade pelo planejamento e execução das ações de controle da doença, no que diz respeito à capacitação de profissionais para realização de diagnóstico e tratamento dos casos, coordenação dos dispositivos de referência e contra-referência entre as equipes de saúde e os serviços especializados, bem como a organização do sistema de informação (NOGUEIRA et al., 2009).

Embora seja notória a crescente visibilidade da estratégia DOTS, como precursora da horizontalização das ações de controle da TB para serviços de AB, observa-se no território brasileiro fragilidades no modo de gerenciar, organizar e disponibilizar recursos que facilitem o diagnóstico precoce da TB (RUFFINO NETTO; VILLA, 2006; MARCOLINO et al., 2009;

SCATENA et al., 2009; FIGUEIREDO et al., 2009; SÁ et al., 2011a; NOGUEIRA et al 2011; SÁ et al., 2011b).

Estudos realizados em municípios prioritários para o controle da TB na Paraíba, com alto percentual de cobertura de equipes de saúde da família, mostraram que o procedimento de coleta de escarro para o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB permanecem centralizados em unidades especializadas (FIGUEIREDO et al., 2009; MARCOLINO et al., 2009; SÁ et al., 2011b). Algumas equipes entregam a medicação, mas não fazem o acompanhamento da dose supervisionada (SÁ et al., 2011b). A visita domiciliar não se constitui amplamente como ferramenta de trabalho das equipes de saúde da família enquanto oportunidade para identificação de sintomáticos respiratórios (NOGUEIRA et al., 2011)

Diagnosticar um doente de TB em tempo oportuno e cuidar adequadamente, levando-o a cura, resulta na eliminação de uma fonte de infecção e conseqüente impacto na morbimortalidade da doença. Em localidades com elevada carga bacteriológica da TB, a busca ativa de SR caracteriza-se como ação prioritária, uma vez que a probabilidade de ser um bacilífero e infectar contatos próximos é alta. O esperado é que todo SR seja submetido ao exame direto de escarro para identificação do bacilo álcool ácido resistente (BAAR), levando-se em consideração que pelo menos 1 a 5% da população seja SR e que 4% destes apresentem baciloscopia positiva (BRASIL, 2002; CAMPOS, 2006).

Apesar da baciloscopia (exame prioritário para diagnosticar a TB) ser um método rápido, seguro e de baixo custo, estudiosos concluem que a detecção de casos é "o calcanhar de Aquiles" para a estratégia DOTS, e afirmam que, nos países em desenvolvimento, as desigualdades em saúde e a falta de acesso à rede de serviços corroboram com o fato de que o diagnóstico da TB ainda é tardio e as falhas nesta atribuição são persistentes (CAVALCANTI et al., 2006; JAMAL; MOHERDAUI, 2006).

O retardo no diagnóstico, portanto, tem sido utilizado para refletir na qualidade e oportunidade do acesso dos doentes aos cuidados em saúde, no qual podem estar vinculados dois tipos de atraso: o "atraso do doente", que se refere à duração entre o início dos sintomas até a primeira visita a um serviço de saúde, e o "atraso do sistema de saúde" relacionado ao tempo decorrido entre o primeiro contato com uma unidade de cuidados e a confirmação do diagnóstico de TB (GOLUB et al., 2005; WANG et al., 2007; DIÉZ et al., 2005; YEMER; BJUNE; ALENE, 2005; HABIBULLAH et al., 2004; SALANIPONI et al., 2000). Outros estudos trazem uma terceira perspectiva de atraso: o "atraso total" definido como o número de

dias compreendido entre o aparecimento dos sintomas até o diagnóstico/início da terapêutica (GOLUB et al., 2006; SANTOS et al., 2005; SREERAMAREDDY et al., 2009).

Em pesquisa desenvolvida na China para descrever o acesso ao diagnóstico da TB e identificar fatores associados ao atraso na identificação dos casos entre 222 pacientes recém diagnosticados, verificou-se que a mediana do tempo de demora do doente foi de 21 dias, sendo que um quarto dos pacientes apresentou atraso superior a 42 dias, enquanto que o atraso dos serviços de saúde girou em torno de 8 dias. Constatou-se ainda que a mediana de atraso do doente foi menor do que a demora de 4, 7, ou 8 semanas indicadas em outras pesquisas de países asiáticos e africanos, porém maior quando comparado às medianas de 10 ou 12,5 dias registradas em zonas rurais da China. A análise dos fatores de risco mostrou que quanto menor a renda dos doentes com TB, maior a chance de atrasos; e a presença de hemoptise entre os sintomas reduz o tempo de busca de auxílio médico, visto que baixa renda ou sintomas sem gravidade perceptível tornam os pacientes relutantes em procurar cuidados de saúde ou os induz a utilizar ambientes inadequados para atender suas necessidades de saúde por opções mais baratas e viáveis (WANG et al., 2007).

Já um estudo de coorte prospectivo realizado em Maryland, estado americano com grande concentração de imigrantes, que se propôs a determinar o grau de retardo no diagnóstico dentro desta população de risco e os fatores associados, apresentou mediana de 32 dias para o atraso do doente, sendo os principais determinantes de retardo: a raça não-branca e escolaridade inferior a 12 anos de estudo (GOLUB et al., 2005).

Ressalta-se ainda que 45% do total de 158 pacientes de TB em Maryland permaneceram sem diagnóstico durante 30 dias após o primeiro contato com o serviço de saúde e 16% por 90 dias após a sua primeira consulta médica. De todos os entrevistados, a média de idas aos serviços de saúde para obtenção de diagnóstico foi de 2,6 vezes e do total de 398 visitas de saúde realizadas por pacientes sintomáticos nesta coorte, apenas 40% resultaram no diagnóstico da TB, sinalizando a necessidade de melhoria nos procedimentos para o diagnóstico (GOLUB et al., 2005).

Em Nazimabad, cidade do Paquistão que também avaliou o atraso no diagnóstico e suas conseqüências por meio de um estudo transversal, averiguou-se que a duração do atraso total entre o início dos sintomas ao diagnóstico inicial e tratamento foi de 120 dias. Quanto a essa demora, apurou-se que o atraso dos serviços de saúde foi responsável em 64% dos casos, o processo de investigação em 53% e a demora do paciente em 27%. A pesquisa também mostrou que o diagnóstico e o tratamento tardio foram responsáveis pelo desenvolvimento de

complicações em pacientes, como perda de peso em 40%, hemoptise em 21%, anorexia em 17% e impossibilidade de realizar a rotina de trabalho em 12% das ocorrências (HABIBULLAH et al., 2004).

Outros estudos desenvolvidos ao redor do mundo têm apontado períodos prolongados e variados de atrasos totais. As medianas oscilaram entre 4,9 dias no Gâmbia (LIENHARDT et al., 2001) a 162 dias na Tânzania (WANDWALO; MORKVE, 2000), de 7 dias na Itália (FARAH et al., 2006) a 34,5 dias no Reino Unido (MORI et al., 2002). A média da demora dos doentes em países periféricos girou em torno de 31,7 dias (SREERAMAREDDY et al., 2009). No continente africano, Ghana (LAWN; AFFUL; ACHEAMPONG, 1998) e Botswana (STEEN; MAZONDE, 1998) registraram uma mediana de 3 a 4 meses entre os sintomas iniciais e o diagnóstico da TB, e Malawi (SALANIPONI et al., 2000), uma mediana de 8 semanas.

Logo, torna-se perceptível que não há possibilidades de estimar um valor exato em número de dias que sirva como parâmetro absoluto para determinar se há ou não um retardo no diagnóstico da TB. Com base nos estudos apresentados, não existe um conceito unânime do que poderia se constituir em "demora do diagnóstico" indicando que um atraso "aceitável" depende dos serviços de saúde, do perfil da comunidade e da situação epidemiológica local (WARD; SISKIND; KONSTANTINOS, 2001). Nesta perspectiva, compreende-se que as causas do retardo ao diagnóstico da TB diferem de acordo com a realidade de cada localidade, mas não podem ser atribuídas exclusivamente às barreiras impostas pelos serviços de saúde. Os achados destacaram as "características individuais" das pessoas com TB, como importante marcador de risco e determinante do retardo ao diagnóstico.

Portanto, a busca e utilização dos serviços da APS na atenção ao diagnóstico da TB podem ser influenciadas pelas peculiaridades associadas aos doentes. É preciso atentar para os fatores sociais (perfil sócio-demográfico do doente e família, envolvendo aspectos como gênero, faixa etária, escolaridade e renda), culturais (entendimento do processo saúde-doença, comportamentos, crenças e valores) e clínicos (surgimento e agravamento dos sinais e sintomas) (THORSON; JOHANSSON, 2004; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; SENGUPTA et al., 2006). Compreender esses fatores e os modos de vida das pessoas pode vir a contribuir para a construção de uma nova prática em saúde.

Espera-se que as equipes de saúde não restrinjam sua prática à simples oferta de procedimentos. Dentre as várias necessidades que emergem na promoção do cuidado aos

doentes de TB é imprescindível resgatar a noção de subjetividade, pois cada ser humano é singular e isso, inevitavelmente, se reflete nos elementos do processo saúde-doença.

O reconhecimento de que a situação de saúde e a utilização de serviços variam significativamente dependendo do contexto e das singularidades de cada indivíduo, lança luz sobre a importância da acessibilidade enquanto instrumento capaz de conferir direcionalidade à formulação de estratégias eficazes no combate à doença e ocasionar mudanças na prática de cuidados pelas equipes de saúde da família.

Deste modo, partindo da reflexão de que as distintas características da população podem determinar a possibilidade de ingressar ou não no sistema de serviços de saúde, questiona-se: Como os determinantes individuais dos doentes de TB influenciam a utilização de serviços de saúde tanto na perspectiva do tipo de serviço procurado como no tempo de busca?

1.2 Objetivos

Geral:

Analisar os determinantes individuais que influenciam a busca e a utilização dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB no município de João Pessoa-PB.

Específico:

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos doentes de TB;
- Analisar a associação entre as características sócio-demográficas e econômicas ao primeiro serviço de saúde procurado;
- Analisar os antecedentes progressos ao diagnóstico de TB no que tange ao conhecimento e utilização dos serviços de saúde;
- Identificar o tipo de serviço de saúde procurado por ocasião do aparecimento dos sinais e sintomas da doença;
- Analisar o tempo decorrido entre o aparecimento dos sinais e sintomas da TB e a procura pelo primeiro serviço de saúde de acordo com o perfil sociodemográfico, econômico e cultural dos doentes.



2 QUADRO TEÓRICO

EU SOU O QUE VEJO DE MIM EM SUA FACE. EU SOU PORQUE VOCÊ É. (PROVÉRBO DA TRADIÇÃO ZULU)

2.1 Determinantes Individuais: fatores predisponentes ao acesso e utilização dos serviços de saúde

A desigualdade no estado de saúde de diversas populações do mundo, particularmente entre os países em desenvolvimento, tem sido alvo de permanente preocupação, principalmente no que se refere à garantia do **acesso** e **utilização** de serviços de saúde (THIEDE; McINTYRE, 2008). A complexidade de delineamento, conceituação e diferenciação destes termos culminaram em diferentes interpretações, sendo muitas vezes empregados de forma imprecisa (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O conceito de acesso é pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde e está longe de se constituir uma unanimidade. Alguns autores o definem como a possibilidade de utilização de cuidados de saúde e outros não estabelecem qualquer distinção entre acesso e utilização (O'DONNELL, 2007). Para Vellozo e Souza (1993), acesso envolve o atendimento planejado de acordo com os níveis hierárquicos do sistema de serviços de saúde, e articulação de serviços segundo a proximidade entre eles. Já para Donabedian (1984), o termo compreende a interação entre prestadores do serviço e os clientes e indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde.

Para Travassos e Viacava (2007) o acesso reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços de saúde pela população. Centra-se no grau de ajuste entre as características do sistema de saúde e do usuário, no processo de busca e obtenção de assistência quando necessário (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; FERREIRA, 2004; UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). Dentre os fatores dos serviços e dos recursos de saúde que limitam seu uso pelos usuários, a barreira de acesso eleita como a mais importante, na maioria dos casos, é a indisponibilidade ou ausência física de serviços e recursos humanos, que sinaliza falta de condição indispensável para utilização. Todavia, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, culturais, entre outras, propagam características da oferta que, individualmente ou em conjunto, atuam promovendo ou interrompendo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços para atender suas necessidades de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Numa compreensão mais ampliada, o acesso não deve se limitar às etapas de procura e entrada no serviço, mas abranger também a qualidade do cuidado que envolve o processo de produzir o cuidar, bem como seus resultados (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Por sua vez a utilização dos serviços de saúde representa o “centro do funcionamento dos sistemas de saúde e compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços”. É produto da interação do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema. O acesso vai muito além do “uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades e saúde dos pacientes” de forma a garantir não só a entrada como a continuidade nos serviços e a satisfação de uma necessidade de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.190-191).

Para Mendoza-Sassi, Béria e Barros (2003) a utilização dos serviços de saúde é resultado da interação de uma série de fatores. Além da disponibilidade de serviços, as razões que levam as pessoas a buscarem por cuidados de saúde, derivam da interação de fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, e dos perfis de morbidade, sendo que os efeitos e a importância relativa de cada fator são afetados pela bagagem cultural, pelas políticas de saúde vigentes e as características do sistema de saúde.

Apesar das discordâncias nas terminologias e nas abrangências dos conceitos, a interpretação do acesso como uma oportunidade de uso dos serviços de saúde, ou uma pré-condição para a utilização tem sido amplamente aceita (THIEDE; MCINTYRE, 2008), por considerá-la uma expressão positiva do acesso (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Para Andersen (1995) a relação direta entre acesso e utilização de serviços de saúde pode ser mais amplamente esclarecida por meio da revisão conceitual do modelo de comportamento no qual são apresentadas novas dimensões de acesso.

A primeira dimensão é denominada de “acesso potencial” que se traduz pelas etapas de procura e entrada no serviço de saúde, ligada a definição antiga e restrita de acesso ou acessibilidade. A segunda é o “acesso realizado” que se refere à própria utilização de serviços. O “acesso efetivo” é a terceira dimensão relacionada ao processo de cuidado que permite a melhora do quadro e da satisfação dos usuários com a oferta prestada. Por último, o “acesso eficiente” percebido pelas alterações nas condições de saúde e no contentamento das pessoas levando-se em consideração os serviços disponibilizados durante o seu percurso (ANDERSEN, 1995).

De qualquer modo, predomina a concepção de que a utilização de serviços de saúde pode ser uma medida do acesso, contudo não se esclarece exclusivamente por ele. O uso efetivo dos serviços de saúde esta sujeito à uma multiplicidade de fatores que podem ser esquematicamente divididos em “determinantes da oferta e determinantes da demanda”.

Quanto aos determinantes da oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos mesmos, a oferta é modulada por aspectos relativos às acessibilidades geográfica (localização, vias de acesso, transporte público), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em se tratando da demanda, o principal determinante de uso dos serviços é o estado ou necessidade de saúde. A identificação de um problema pelo usuário constitui-se como principal mediador da demanda, sobrepondo-se, normalmente, a outras considerações de ordem demográfica e social. A característica demográfica mais importante na determinação do consumo de ações de saúde é o fator “idade”, intimamente relacionado ao estado de saúde, enquanto que, entre os aspectos sociais podem ser citadas as questões de gênero, etnia, escolaridade, renda e classe social. Todos esses fatores influenciam o modo e a quantidade de consumo de serviços de saúde (BARATA et al., 2007).

Assim, nesta perspectiva, pode-se ressaltar que fatores internos e externos aos serviços de saúde caracterizam-se como condicionantes da utilização. O consumo de serviços de saúde relaciona-se tanto à forma como está estruturada a oferta, quanto às características e comportamento dos indivíduos perante a doença, na atitude de procurar auxílio, obter acesso e se beneficiar com os cuidados recebidos. Adicionalmente, as preferências e escolhas dos sujeitos também são decisivas no que diz respeito ao padrão de uso de serviços, “uma vez que, nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas” (PINHEIRO et al., 2002, p.689).

Existem diversos modelos teóricos que demonstram como estes fatores afetam o uso e o acesso aos serviços de saúde (ROSENSTOCK, 1990; ANDERSEN; NEWMAN, 1973; ADAY; ANDERSEN, 1974; DUTTON, 1986; EVANS; STTODART, 1994), sendo mais utilizado o modelo proposto por Aday e Andersen, 1974. Este último cuja origem é o trabalho de Andersen (1968) traz em seu arcabouço o conceito ampliado do acesso, não restritivo aos meios para se chegar a um serviço de saúde, mas englobando toda a experiência do indivíduo que transita no sistema de saúde para obter atenção especial ao seu caso e finalização do processo com suas necessidades satisfeitas. Nesta vertente, a utilização dos serviços é produto da interação entre as políticas de saúde, determinantes individuais, características do sistema

de serviços de saúde, satisfação dos usuários e experiência passada de utilização dos serviços (BALDANI, 2010).

Dentre as múltiplas considerações que devem ser incorporadas para compreensão deste fenômeno, priorizou-se neste estudo o “acesso potencial” como dimensão norteadora para identificar a influência dos determinantes individuais sobre o padrão de utilização de serviços na atenção ao diagnóstico da TB. Foi considerado que o comportamento de procura por cuidados de saúde é determinado pelos componentes de predisposição, disponibilidade, necessidades e experiência prévia de utilização.

O componente - “predisposição”- é formado pelas características que correspondem à propensão que os indivíduos têm para procurar o serviço de saúde. Precedem o episódio da doença, estão intrinsecamente ligadas ao sujeito e incluem fatores como idade, sexo, raça/cor, religião/crença, escolaridade, valores a respeito da saúde e doença, entre outros (ADAY; ANDERSEN, 1974). Segundo os autores existem características que são imutáveis como idade, sexo, e outras que são passíveis de transformações (mutáveis) a partir da educação em saúde, como a credibilidade nos serviços de saúde, valores e nível de conhecimento do processo saúde e doença.

O componente – “disponibilidade” - relaciona-se com os meios ou ferramentas que as pessoas possuem para utilizar o serviço de saúde. Estes recursos podem ser específicos do indivíduo ou da família como a renda e seguridade social, além dos atributos da comunidade na qual o indivíduo vive (região urbana/ região rural). Indivíduos domiciliados em áreas rurais, cujas regiões são mais distantes e apresentam menos infra-estrutura, terão maior dificuldade de acesso do que aqueles que residem em área urbana (ADAY; ANDERSEN, 1974).

A “necessidade” representa o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde. Refere-se ao nível de percepção de problemas de saúde ou de estado de saúde insatisfatório que se constitui razão mais imediata para busca de cuidados (demanda espontânea). A necessidade de saúde pode “ser percebida” em âmbito individual (*behavior seeking*) ou ser induzida pela detecção técnica de problemas que não eram sentidos como tais pelos próprios indivíduos (demanda induzida/ busca ativa na comunidade). (BRANCH, 2000; ADAY; ANDERSEN, 1974). Se por um lado a percepção de uma necessidade de saúde move o indivíduo a desejar obter cuidado, por outro, as ações são pensadas e disponibilizadas pelo serviço mediante a necessidade de saúde (AZEVEDO, 2007).

Apesar de ser uma expressão usual, a “necessidade de saúde” se constitui uma reflexão complexa em virtude da diversidade imposta por seus diferentes determinantes, esmiuçada por um conjunto de significados de ordem social, político, ético e singular. Torna-se mais facilmente compreendida como parte de um conjunto de necessidades sociais mais vastas. Esta ótica social empregada para compreender as necessidades de saúde enfatiza a dialética racionalizadora dos modelos de atenção à saúde, nos quais prevalecem programas e políticas voltadas apenas para a busca de solução dessas necessidades, e não para o nível no qual elas são produzidas, sem considerar as peculiaridades de cada indivíduo que se expressa de forma única e circundada por um contexto só seu. (AZEVEDO, 2007). Incorre-se no grave problema colocado por Pinheiro (2001, p.73) como “medicalização dos problemas de vida da população”.

Logo numa compreensão ampliada, a utilização dos serviços de saúde é produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim do sistema de saúde e do contexto social, da interação entre esses fatores e da experiência passada de utilização dos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

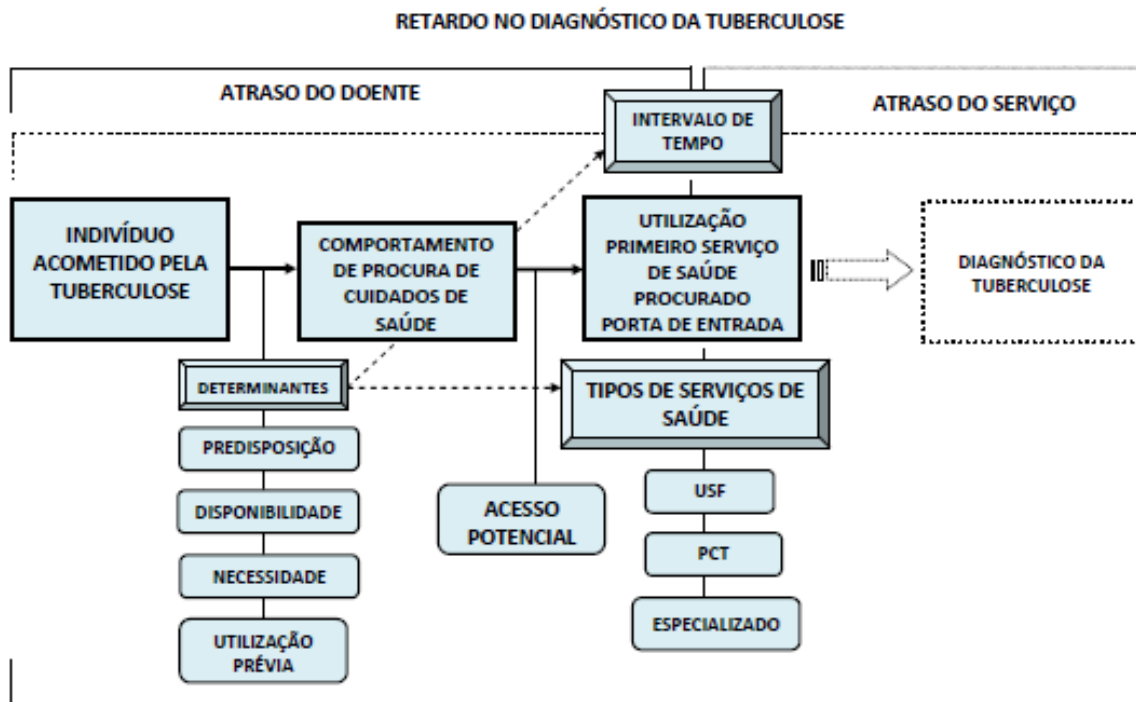
A utilização prévia de serviços de saúde permite a compreensão dos padrões de uso da população e inclui desde o modo como se organiza a rede para atender a demanda até as respostas da comunidade com a assistência obtida. A escolha e busca por cuidados de saúde podem variar segundo:

Tipo e Local onde atenção é recebida: relaciona-se a quem o oferece (dentista, médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde) e onde é oferecida (consultório médico, pronto atendimento/ sala de emergência, hospital, serviços de atenção primária à saúde).

Finalidade: diz respeito aos diferentes objetivos que podem ser traçados para efetuar uma ação em saúde – visita para cuidados preventivos; controle preventivo por meio de imunizações e educação em saúde; atenção às condições agudas e crônicas; tratamento profilático ou medicamentoso.

Intervalo de tempo: pode ser expresso pelo contato, volume ou nível da continuidade - o contato aponta se uma pessoa ingressou ou não no sistema em um dado período de tempo; o volume indica a quantidade de contatos e revisitas em um dado intervalo de tempo, mostrando a frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde.

Considera-se, portanto, que a interação dos componentes de “predisposição”, “disponibilidade”, “necessidade” e “utilização prévia” influenciam a escolha do tipo de serviço e repercute no atraso do doente em buscar cuidados de saúde (Figura 1).



PCT- Ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose
 USF- Unidade de Saúde da Família

Figura 1- Diagrama de estudo do retardo ao diagnóstico da Tuberculose.

A reflexão do acesso e uso de serviços de saúde recai sobre os cuidados indispensáveis a um doente de TB que precisa ingressar na rede de serviços o mais precocemente possível para dela ter acesso aos exames diagnósticos e tratamentos eficazes. Em um raciocínio diretamente proporcional, chega-se a uma mesma conclusão: quanto maior a demora por assistência em saúde, mais graves serão as consequências de existir um enfermo de TB, tanto no plano individual como no coletivo. Portanto, faz-se necessário estimular a integralidade nas práticas vigentes para construção de novos caminhos que propiciem um cuidado fundamentado no modo de ser de cada indivíduo.

2.2 A Integralidade do Cuidado e os Modos de Ser do Doente de Tuberculose

A integralidade é uma denominação plural originada do “*hólos*” grego, cujo significado gera o sentido de completude, totalidade, inteireza ou unidade (XAVIER; GUIMARÃES, 2004). Usualmente, a integralidade tem sido empregada como uma diretriz básica do Sistema Único de Saúde (SUS), quando na realidade a Constituição de 1988 utiliza

a idéia de “atendimento integral” ao cidadão. Mais do que um princípio, a integralidade é colocada na arena política como “imagem objetivo” para designar uma situação desejável que se almeja construir (MATTOS, 2006).

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde [...] (MACHADO et al., 2007, p. 336)

Como um ideal de transformações sociais que movimentava a reforma sanitária, esta imagem objetivo nunca apresentou limites precisos de configuração, mas sempre abarcou leituras distintas e sentidos diversos para indicar as possibilidades de como a realidade deveria ser no sentido de tornar o sistema e as práticas de saúde mais justas e igualitárias, o que justifica a ausência de definição unívoca para o termo integralidade. Assim sendo, cabe refletir sobre as diferentes noções de integralidade provenientes dos debates e críticas acerca do cuidado, das práticas, das instituições e da organização do sistema de saúde (MATTOS, 2006).

O movimento da medicina integral imprimiu um dos sentidos da integralidade voltado a superar a atitude médica fragmentária e reducionista que ressaltava os recortes das dimensões especificamente biológicas para tratar o paciente, sem considerar as necessidades mais abrangentes de ordem individuais, sociais ou psicológicas. Nessa conjuntura, a integralidade condiz a uma mudança de atitude dos profissionais de saúde que seria desejável, a partir de reformas curriculares que incorporassem o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes e suas necessidades, impulsionando às mudanças nas relações de trabalho para produzir uma postura mais integral em detrimento a medicina anátomo-patológica e a racionalidade médica (MATTOS, 2006).

Este primeiro sentido de integralidade incide sobre as práticas dos profissionais de saúde que já direciona a outra noção de integralidade vinculada à organização do trabalho nos serviços de saúde. Esta, por sua vez, surgiu a partir das críticas ao antigo Sistema Nacional de Saúde que firmou a divisão entre saúde pública e assistência médica. O que se pretendia era a abolição da estrutura dicotomizada do sistema e a unificação entre as políticas dos dois âmbitos (instituída formalmente na criação do SUS), visto que a medicina médico hospitalar se sobressaia à saúde pública, pois contava com os ricos recursos da máquina previdenciária, enquanto a saúde pública era mantida pelo escasso Tesouro Nacional (MATTOS, 2006; CAMPOS, 2003).

Não poderia ser sustentado o arranjo vigente de serviços de saúde centrado no médico e em práticas curativas, onde predominava a doença e a falta de humanização devido ao uso exacerbado de tecnologias e as frágeis relações estabelecidas entre profissionais e usuários. A busca se dava por uma proposta de reorganização no sentido de articular a assistência e as práticas de saúde pública, conferindo a esta nova noção de integralidade a horizontalização dos programas tidos como verticais até o momento, onde as ações e serviços de saúde precisavam produzir impacto positivo sobre a saúde da população, o qual não seria característico apenas da assistência médica. A epidemiologia, então, passa a subsidiar as propostas inovadoras para organizar os serviços de saúde de modo a responder mais adequadamente as reais demandas da população com destaque para promoção e prevenção da saúde (FONTOURA; MAYER, 2006; MATTOS, 2006).

Ora como uma atitude dos profissionais de saúde, ora como um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, a integralidade também denota outro sentido relevante nas políticas especiais. No espaço de certas políticas específicas formuladas em prol de um determinado problema de saúde ou de um dado grupo populacional, se estabelecem críticas no que diz respeito às formas reducionistas de reflexão dos problemas de saúde (MATTOS, 2006).

Poderia se pensar no termo “programa”, mas optar por políticas especiais favorece e estimula a reflexão das respostas governamentais viabilizadas a certos problemas públicos que se reduzem a objetos descontextualizados sobre os quais são elaboradas estratégias sem apropriação dos contextos culturais e outras dimensões que conferem especificidades ao adoecimento (MATTOS, 2006).

Diante dessas críticas emerge o ideal de se construir políticas voltadas para uma assistência integral que amplie os horizontes nos quais os problemas estão imersos a fim de abranger os múltiplos grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades, e estipular intervenções pensadas de forma que em conjunto, mas não isoladamente, responda as necessidades da população, combinando atividades preventivas e curativas (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 200; CAMPOS, 2003; MATTOS, 2006).

Ainda explorando a integralidade, Campos (2003) aborda esse pilar de sustentação do sistema de saúde como uma nova forma de encarar a pessoa como sujeito central do processo de produção em saúde, sem separá-lo por dimensões, possibilitando que a atenção totalizadora do indivíduo seja uma prioridade nas gestões municipais, estaduais e federais, aproximando-se das diferentes concepções mencionadas.

De acordo com Silva e Sena (2006), a idéia de integralidade transporta em sua matriz um forte gradiente ideológico e cultural que perpassa pela determinação histórico-social do processo saúde-doença e apresenta como alvo do trabalho em saúde o ser cuidador ou passível de ser cuidado, tendo como pressuposto que a integralidade permite o desenvolvimento de múltiplas possibilidades do cuidado.

Sob a ótica de Cecílio (2001) acresce-se que a integralidade se desenha em espaços distintos: em um micro espaço de uma unidade de saúde com “integralidade focalizada”, onde se desenvolve o esforço das equipes de cada serviço para compreender as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade; e em um macro espaço delineado por uma complexa rede capaz de articular serviços de saúde com outros setores sociais para solucionar problemas de qualquer ordem, nos quais os aspectos objetivos e subjetivos são considerados.

Dado ao seu caráter polissêmico, Mattos (2006) aponta que a integralidade converge em ser o princípio orientador das práticas, da organização do trabalho e das políticas, porém não deve ser entendida apenas como uma diretriz, mas, acima de tudo, como uma bandeira de luta hasteada permanentemente no mastro da saúde que expressa um conjunto de valores pelos quais se deve instaurar uma militância contra o reducionismo na atenção, a fragmentação e a objetivação do sujeito.

Embora se reconheça no contexto atual conquistas relativas aos anseios das diversas vertentes da integralidade, nuances de ceticismo ainda permanecem na possibilidade de produzir socialmente atitudes transformadoras das políticas, dos serviços e das práticas de saúde. Todavia, é inaceitável conceber que todo o sujeito que busca auxílio em saúde está restrito a um sistema biológico com lesões ou disfunções e utilizando-se o aporte tecnológico em disponibilidade nos serviços será suficiente para silenciar apenas o problema em questão. Negar-se a ir além para apreender e responder adequadamente ao paciente, detendo-se exclusivamente ao sofrimento manifesto, consiste em obscurecer uma das expressões concretas da integralidade que almeja uma visão abrangente das necessidades dos indivíduos tratados no sistema de saúde (MATTOS, 2006).

Para Ayres (2005), as tecnociências biomédicas são norteadas por um horizonte normativo que restringe o que se quer entender por saúde e onde estão baseadas as práticas, dos quais decorrem movimentos que tem por objetivo o alargamento das compreensões e abordagens do processo saúde-doença, como a integralidade e a humanização.

Parte-se da tese de que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com valores e pressupostos que orientam as principais propostas de renovação de conceitos e práticas de saúde na

atualidade. Defende-se o caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, contra o caráter individualista, apriorístico e objetificado prevalente nas práticas do setor (AYRES, 2001, p. 63).

Portanto, ressalta-se que há necessidade de reflexão e conscientização sobre os alcances e limites da integralidade por parte dos profissionais de saúde em suas práticas cotidianas, nas quais só é possível assimilar este princípio por meio de uma compreensão atenta e contextualizada das reais necessidades da população que possibilite um cuidado pautado na totalidade do indivíduo, sem reduzi-lo a doença (FONTOURA; MAYER, 2006).

Essa sucinta reflexão acerca da integralidade remete automaticamente a valorização do cuidado centrado no usuário, recaindo sobre a dimensão ontológica que imputa ao termo cuidado um fator inerente a constituição do ser humano. O indivíduo não só apreende o cuidado quando age com desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção ou bom trato (significados diretos) para com o outro, mas o cuidado é um modo de ser que o permite navegar pela realidade, interagir com todos os componentes que o rodeiam, se estruturar e se realizar no mundo, construindo o próprio ser, a autoconsciência e a sua identidade. Mais do que um ato singular ou uma virtude, deixamos de ser humanos sem o cuidado (BOFF, 2005).

Por isso, a atitude de cuidar em saúde não pode ser entendida apenas por uma pequena e submissa tarefa parcelar das práticas de saúde, nem, muito menos, por construir um objeto e intervir sobre ele. Cuidar “é querer, é fazer projetos, é moldar a argila, é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser”, transcendendo as competências e tarefas técnicas que se restringem ao tratar, curar ou controlar um agravo (AYRES; 2001, p. 71).

A lógica do cuidado e da integralidade da saúde configura processos de trabalho nos quais os profissionais e as equipes não operam apenas na modalidade do agir instrumental e estratégico para os quais o êxito a alcançar, o resultado, está determinado *a priori*, desde antes e independentemente das vicissitudes do transcorrer da intervenção e da interação profissional-usuário e entre os profissionais (PEDUZZI, 2007, p. 10).

Permeando o cuidado, a integralidade deve se estabelecer enquanto práticas e relações de trabalho que incorporam as dimensões coletivas e individuais que englobam os diferentes modos de ser do doente (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Destaca-se, neste momento, o reconhecimento da subjetividade e esta como o ato ou estado de ser sujeito sob a perspectiva da ‘identidade’ que denota “o ser autêntico, dotado de

necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular”, e sob o ângulo do ‘ser passível de transformações’ – “o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir”, sem perder de vista a intersubjetividade explanada pelo “caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente do ser e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2001, p. 65).

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem. Mas se compõem. Limitam-se mutuamente e, ao mesmo tempo, complementam-se. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado ligada à objetividade e por outro à subjetividade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra, e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo ser humano (BOFF, 2005, p. 32).

O que se requer para um cuidado integral é a relação ativa dos aspectos técnicos aos aspectos humanistas da atenção à saúde. A crise nas práticas de saúde contemporânea se concentra exatamente na possibilidade de se surpreender com a insuficiência de sentido nas ações e relações em saúde exercidas mecanicamente sob uma racionalidade clínico-preventivista que não confere sentido a nada além dos fatos. Um retorno a valorização do sujeito implicaria na busca da totalidade existencial para dar significados e sentidos não especificamente à saúde, mas a todo o processo experiencial da dialética saúde-doença, incluindo significação para os diagnósticos, exames, medicações, controle, riscos e sinais ou sintomas (AYRES, 2004).

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente (CANGUILHEM, 2002, p. 145).

É natural, portanto, conceber para cada doente de TB um modo diferente de compreender e enfrentar a doença. Punição ou castigo; incapacidade ou dependência; ausência de saúde; desequilíbrio; impotência funcional, indisposição ou apatia; práticas insalubres; alteração do ritmo de vida; condições financeiras precárias; não estar bem consigo, com o outro e com o mundo; e a presença de agente agressores externos e/ou internos são possibilidades de expressão populares que fornecem um leque de significados, auxiliando-nos quanto à percepção do doente (POLAK et al, 1996).

Este pensar no modo de ser dos humanos que extrapola conceitos e técnicas reitera a necessidade de se abordar elementos, a exemplo de determinantes, capazes de demonstrar

mais claramente as interfaces do significado de procedimentos de cuidado e auto-cuidado, podendo seguir critérios mais singularizados que contrapõe-se aos padrões convencionais. Se por meio da singularização da abordagem diagnóstica, frequentemente esquecida, houver um aperfeiçoamento do manejo das particularidades do adoecimento de quem é cuidado no sistema de saúde, então a abertura e a sensibilidade à interferência do não-técnico estará contribuindo na direção humanizadora e integral do cuidado (AYRES, 2004).



3 MATERIAL E MÉTODOS

TRILHANDO O PERCURSO DA PESQUISA

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de pesquisa epidemiológica, seccional, avaliativa de abordagem quantitativa. Tais investigações produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base em avaliação individual, tendo grande utilidade para realização de diagnósticos comunitários (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

A escolha deste enfoque metodológico se deu em virtude da mesma dispor de recursos que permitem quantificar se uma ação prescrita está sendo de fato alcançada. De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2006) a epidemiologia descritiva consiste no estudo da distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, objetivando a construção de problemas precisos ou à pesquisa de eventos, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico com a finalidade de promover a saúde.

3.2 Cenário da Investigação

Elegeram-se como cenário desta investigação a capital do estado da Paraíba – João Pessoa, por pertencer ao grupo dos onze municípios prioritários dessa unidade federativa e apresentar percentuais de cura e abandono abaixo da média preconizada pelo PNCT.

O município de João Pessoa-PB, com 702.234 habitantes, organiza a atenção à saúde de forma regionalizada, em cinco Distritos Sanitários com 180 Unidades de Saúde da Família (USF), perfazendo uma cobertura de 84% (IBGE, 2010). Para os casos de TB co-existem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

3.2.1 Capacidade Instalada dos Serviços de Atenção Básica para Identificação e Investigação dos casos suspeitos de TB

As USF, gerenciadas pelo município, contam com insumos necessários para realização da coleta de material de escarro e solicitação de exames complementares para diagnóstico de TB. Entretanto nem sempre realizam o procedimento de coleta nas dependências da unidade, por não contarem com recursos disponíveis para armazenamento do

material coletado (geladeira ou isopor). Nestes casos orientam o usuário para que proceda a coleta em jejum e entreguem o material no início da manhã. A equipe de saúde entra em contato com o respectivo Distrito, que é responsável por acionar o motoboy que irá conduzir o material até o laboratório. Cabe lembrar que este serviço é oferecido até as 10 horas da manhã. Caso o usuário entregue o material após este horário, o armazenamento fica condicionado à capacidade estrutural da unidade. Se não tiver como acondicionar, o material é desprezado e solicitado nova coleta. Para processamento e análise do material existem dois laboratórios municipais credenciados, a saber: Centro de Referência de Mandacará e Centro de Atenção Integral à Saúde de Jaguaribe (CAIS).

A análise do material é realizada em até 24 horas. O motoboy fica responsável pela entrega dos resultados à equipe de saúde, cujo retorno pode demorar de 8-15 dias. Os laboratórios estão orientados a informar, por telefone, dentro de 24h às USFs quando o resultado para TB for positivo, agilizando dessa forma o início do tratamento.

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

3.2.2 Capacidade Instalada do ambulatório especializado (PCT)

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

preenche a notificação, dispensa medicação para o prazo de 30 dias, e orienta o usuário a procurar a USF mais próxima de sua residência para dar continuidade ao tratamento.

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

3.3 População do Estudo

A população do estudo foi constituída pelos doentes de TB (em tratamento, maiores de 18 anos, residentes no município de estudo, não pertencente ao sistema prisional), vinculados aos diversos serviços de saúde existentes na cidade de João Pessoa-PB. O tamanho da amostra estimada foi calculada através do programa *Statistic* (usando os comandos *Several means*, *ANOVA*, *1-Way*). Considerando os parâmetros: probabilidade $\alpha= 0,05$; probabilidade $\beta= 0,20$; variação devido ao erro = 0,2, e prevendo-se uma taxa de não resposta de aproximadamente 20%, identificou-se a necessidade de inclusão de 70 doentes (HILL, LEWICKI, 2006). Na perspectiva de utilizar métodos de análise de dados não inferenciais multivariados que empregam um número mínimo de 50 observações (informantes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100 (HAIR et al., 2005), optou-se por um acréscimo de 31 doentes, totalizando 101 informantes.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados através de fontes primárias (entrevistas com doentes). O questionário utilizado foi adaptado e validado por Villa, Ruffino Netto (2009) contendo indicadores de avaliação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária a Saúde (Anexo 1). Contempla 74 questões, segundo escalas variadas de respostas como dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e escala tipo *Likert*, dividido em seis seções: A- informações sócio-demográficas; B- porta de entrada; C- acesso ao diagnóstico; D- elenco de serviços para o diagnóstico; E- tratamento; F- diagnóstico na família e comunidade.

3.5 Variáveis e Indicadores

Para este estudo elegeu-se 20 variáveis (correspondentes às seções A e B), selecionadas a partir do eixo de determinantes individuais do acesso proposto por Aday e Andersen (1974) e que se adequavam aos indicadores de “predisposição”, “disponibilidade”, “necessidade”, “utilização prévia”, “intervalo de tempo” (Quadro 2).

Quadro 2 – Indicadores, variáveis e categorias de respostas elencadas para o presente estudo.

DETERMINANTES INDIVIDUAIS			
Indicadores	Variáveis		Categorias de respostas
Predisposição	V2	Sexo	1-Feminino 2-Masculino
	V3	Idade	1-Até 40 anos 2-Maior que 40 e menor que 60 3-60 ou mais
	V5	Raça/Cor	1-Branco 2-Negro 3-Pardo 4-Outros
	V6	Estado civil	1-Solteiro 2-Casado/União estável 3-Separado/Divorciado/ Viúvo
	V7	Crença/ religião	1-Sem religião 2-Católica 3-Evangélica 4-Outros
	V8	Anos de estudo	1- Sem escolaridade 2- Até 8 anos de estudo 3- Mais de 8 anos de estudo
Disponibilidade	V9	Ocupação	1- Desempregado 2-Empregado/Autônomo 3-Aposentado 4-Outros
	V10	Renda familiar	1-Até 0,5 SM 2-De 0,5 a 1,0 SM 3-Acima de 1,0 SM
	V11	Número de pessoas que dependem da renda	1-Até 3 pessoas 2-De 4 a 6 pessoas 3-Mais de 7 pessoas
Necessidade	V19	Acesso propagandas/campanhas/ trabalhos educativos sobre a TB antes da doença	1-Nunca 2-Às vezes 3-Sempre
	V22	Tratamento progressivo para TB em familiares	1-Sim 2-Não 3-Não sabe
	V24	Conhecimento prévio sobre TB	1-Ruim 2- Regular 3- Bom

	V26	Intensidade dos sintomas	1-Fraco 2-Moderado 3-Forte
Utilização previa	V14	Primeiro local procurado quando ficava doente	1-Serviços de Saúde 2-Outros
	V15	Frequência em que procurava serviços de saúde para controle preventivo	1-Nunca 2-Às vezes 3-Sempre
	V16	Serviços procuravam para consulta de rotina	1-UBS 2- Ambulatórios de Referencia 3-Outros
	V17	Frequência em que procurava serviços de saúde mais próximo do seu domicílio	1-Nunca 2-Às vezes 3-Sempre
	V28	Quando começou a ficar doente, procurou o serviço de saúde mais perto de sua casa	1-Sim 2-Não
	V29	Serviço de saúde procurado quando começou a perceber que estava doente	1-UBS 2-PCT 3-Outros
Intervalo de tempo	V27	Quando se percebeu doente, quantos dias demorou para procurar o primeiro serviço de saúde	Número absoluto

Fonte: Questionário do retardo no diagnóstico da tuberculose. João Pessoa, 2009.

3.6 Procedimento e Coleta de Dados

Inicialmente, foi efetuado contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para formalização da pesquisa no município. Mediante autorização, realizou-se visita aos cinco Distritos e com auxílio dos profissionais responsáveis pelo apoio técnico, foram disponibilizados os nomes dos doentes de TB em tratamento. De posse da listagem nominal, foram destacados os doentes que obedeciam aos critérios da amostra e identificadas as USF responsáveis pelo acompanhamento dos casos. Por meio de contato telefônico, averiguou-se a disponibilidade dos profissionais do serviço na intermediação do contato e agendamento prévio das entrevistas.

O agente comunitário de saúde (ACS) responsabilizou-se pelo agendamento, horário e local da entrevista, segundo a preferência do doente. Alguns optaram pelo domicílio e outros pelas unidades de saúde. Cada entrevistado recebeu informações sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como a permissão para participação mediante assinatura do consentimento informado (Anexo 2). As entrevistas foram realizadas durante quatro meses (julho a outubro de 2009) e tiveram duração média de 40 minutos.

Dificuldades encontradas para o trabalho de campo:

- Morosidade para obtenção de permissões oficiais, atrasando o início da pesquisa;
- Sistema de informação desatualizado, dificultando a identificação dos casos em tratamento;
- Incompatibilidade e inconsistência dos dados fornecidos pela SMS com as USFs; situação de encerramento desconhecida, transferências, dados incompletos, erros de diagnósticos;
- Os doentes não compareciam à unidade para entrevista pré-agendada demandando assim um novo agendamento;
- Difícil acesso aos domicílios (distância, áreas violentas);
- Recusa do doente em participar da pesquisa.

Facilidades encontradas na coleta de dados:

- Bom relacionamento e cooperação da equipe do ambulatório do PCT no CHCF;
- Colaboração dos agentes comunitários para realização das visitas;
- Disponibilidade e disposição do doente em responder o questionário.

3.7 Banco de Dados e Análise dos Indicadores

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003*, para posterior transferência para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistica 11.0* da *Statsoft*. As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades, comparadas entre os diferentes serviços de saúde: Serviços de Atenção Básica (AB) que compreendem as USF; Programa de Controle da Tuberculose (PCT)- Referência Ambulatorial especializada para TB e Serviços Especializados (SE), categoria que agrupou Hospitais Gerais/ Privados, Policlínicas, Consultórios Médicos Particulares.

Os indicadores selecionados foram analisados utilizando-se tratamento estatístico diferenciado de forma a atender os objetivos estipulados, sendo definidos com números relativos e absolutos e apresentados sob a forma de tabelas e gráfico.

Para analisar a influência dos determinantes individuais dos doentes no tipo de serviço de saúde utilizado como porta de entrada para o diagnóstico da TB, optou-se pela análise bivariada e teste de associação do qui-quadrado (χ^2) pelo qual é possível verificar uma

hipótese, permitindo tomar a decisão entre duas alternativas mutuamente exclusivas. Parte-se, comumente, de uma hipótese nula, na qual se afirma que não há diferenças entre os grupos, mas caso esta proposição não seja confirmada pelo teste, se aceita automaticamente a hipótese alternativa que se refere à presença de diferenças entre os grupos comparados. Os resultados encontrados são traduzidos em termos de probabilidade (P) que são transformadas em afirmações do tipo “ $p > 0,05$ – não há diferenças estatísticas significativas entre os grupos” ou “ $p < \text{ou} = 0,05$ – há diferença estatisticamente significativa entre os grupos”, levando-se em consideração que o nível de significância (alfa) é de 5% (PEREIRA, 1995).

A análise estatística para calcular o tempo em dias decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da TB e a busca do doente pelo primeiro serviço de saúde foi feita com base em uma medida de tendência central: a mediana. Segundo Moretin (2000), a mediana (Md) ou valor mediano é uma medida de posição, definida como o número que se encontra no centro de uma série de números, estando estes dispostos, segundo uma ordem, o que, em outras palavras, é a mediana de um conjunto de valores, ordenados segundo uma ordem de grandeza.

Para acusar uma associação estatisticamente significativa entre os valores medianos e os determinantes individuais, foram aplicados testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis que usa postos de dados amostrais de três ou mais populações independentes e Mann-Whitney que utiliza dados amostrais com apenas duas populações independentes. Tais testes são utilizados para provar a hipótese nula de que as amostras independentes apresentam populações com medianas iguais ou a hipótese alternativa que afirma que as populações não têm as mesmas medianas, o que implicaria em afirmar que um grupo apresenta maior atraso em procurar assistência para o seu problema de saúde do que o outro (TRIOLA, 2008).

Conforme as exigências dos testes empregados, todos os subgrupos independentes da amostra precisam de no mínimo cinco observações (TRIOLA, 2008), o que justifica a retirada das categorias das variáveis em estudo que não apresentaram a quantidade necessária de informantes.

3.8 Procedimentos Éticos

Atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi enviado ao comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sendo aprovado em 17 de dezembro de 2008, sob o nº 0589 (Anexo 3). O sigilo das informações coletadas será garantido, assim como o anonimato da identidade dos que participarem da pesquisa.



4 RESULTADOS

DESVELANDO O OBJETO DE ESTUDO

Indicador 1 – Predisposição

Entre o total de casos diagnosticados (n=101), 47(46,5%) acessaram a AB quando começaram a sentir os sinais e sintomas da doença, 37(36,6%) optaram por SE e 17(16,8%) procuraram o PCT (Tabela 1). Na análise sócio-demográfica verificou-se que 73 casos (72,3%) eram do sexo masculino e 28 (27,3%) do sexo feminino. A média de idade foi de 41,2 anos (dp=14,92), 65 (64,4%) com até 8 anos de estudo, 50 (49,5%) casados ou em união estável, 52 (53,6%) católicos e 56 (57,7%) pardos.

Tabela 1: Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “predisposição” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	Total n (%)	
Sexo					
Feminino	15 (53,6%)	3 (10,7%)	10 (35,7%)	28 (27,7%)	0,5266
Masculino	32 (43,8%)	14 (19,2%)	27 (37,0%)	73(72,3%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Idade					
Até 40 anos	27 (47,4%)	10 (17,5%)	20 (35,1%)	57 (56,4%)	0,6979
Maior que 40 e menor que 60	13 (41,9%)	4 (12,9%)	14 (45,2%)	31 (30,7%)	
60 anos ou mais	7 (53,8%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	13 (12,9%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Raça/Cor (n=97)*					
Branco	8 (36,4%)	3 (13,6%)	11 (50,0%)	22 (22,7%)	0,4750
Negro	9 (47,4%)	2 (10,5%)	8 (42,1%)	19 (19,6%)	
Pardos	27 (48,2%)	12 (21,4%)	17 (30,4%)	56 (57,7%)	
TOTAL	44 (45,4%)	17 (17,5%)	36 (37,1%)	97 (100,0%)	
Estado Civil					
Solteiro	22 (48,9%)	9 (20,0%)	14 (31,1%)	45 (44,6%)	0,5579
Casado/União estável	23 (46,0%)	6 (12,0%)	21 (42,0%)	50 (49,5%)	
Separado/Divorciado/Viúvo	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	6 (5,9%)	
Total	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100%)	
Crença ou religião (n=97)*					
Sem religião	12 (63,2%)	1 (5,3%)	6 (31,6%)	19 (19,6%)	0,2759
Católica	21 (40,4%)	12 (23,1%)	19 (36,5%)	52 (53,6%)	
Evangélica	12 (46,2%)	3 (11,5%)	11 (42,3%)	26 (26,8%)	
Total	45 (46,4%)	16 (16,5%)	36 (37,1%)	97 (100,0%)	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	33 (50,8%)	11 (16,9%)	21 (32,3%)	65 (64,4%)	0,0760
Mais de 8 anos de estudo	5 (23,8%)	3 (14,3%)	13 (61,9%)	21 (20,8%)	
Sem escolaridade	9 (60,0%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)	15 (14,8%)	
Total	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	

AB- Serviços de Atenção Básica – USF/ PCT- Referência Ambulatorial para TB/ SE- Serviços Especializados

*Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (n<5).

Em ambos os sexos, a procura pelos serviços da AB foi predominante, como também entre os indivíduos até 40 anos (47,4%) e acima de 60 (53,8%) pardos e negros, sem escolaridade e com até 8 anos de estudo. Observa-se que entre os indivíduos maiores de 40 e menores de 60 anos (53,8%), houve maior procura pelos SE, assim como para os indivíduos de raça branca, e com mais de 8 anos de estudo.

Assim como as demais variáveis, “estado civil” e “crença/religião” não influenciaram diferenças de escolha na utilização de serviço de saúde, sendo a AB predominantemente o serviço mais procurado. No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a semelhança de proporções e a não existência de associação entre as variáveis que caracterizam o perfil sócio-demográfico (sexo, idade, raça, estado civil, crença, escolaridade) e o tipo de serviço de saúde procurado.

Indicador 2 - Disponibilidade

A Tabela 2 mostra a associação entre as variáveis que compõem o indicador de “disponibilidade” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente quando apresentou os sinais e sintomas da doença. Entre os casos investigados, os serviços de AB foram preferencialmente acessados pelos doentes em situação de desemprego (39,4%), aposentados (58,8%) e por aqueles em situação de vulnerabilidade econômica (52,9%). Entre os doentes inseridos na categoria empregados/autônomos, 16 (47,1%), procuraram por SE, que engloba principalmente assistência paga para obtenção de consultas particulares ou atendimento em hospitais privados.

O valor mediano do rendimento familiar dos doentes de TB foi de R\$ 465,00, 51 (50,5%) declararam viver com menos de um (1) salário mínimo, sendo 4,4 o número médio de pessoas dependentes dessa renda. Doentes com as menores rendas e com famílias mais numerosas, a AB foi eleita como serviço de primeira escolha.

O teste de associação do qui-quadrado mostrou que, entre as variáveis relacionadas ao indicador “disponibilidade”, apenas a variável "renda mensal familiar" foi estatisticamente significativa ($p=0,0191$).

Tabela 2: Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “disponibilidade” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	Total n (%)	
Situação empregatícia					
Desempregado	13 (39,4%)	10 (30,3%)	10 (30,3%)	33 (32,7%)	0,1853
Empregado/Autônomo	15 (44,1%)	3 (8,8%)	16 (47,1%)	34 (33,7%)	
Aposentado	10 (58,8%)	1 (5,9%)	6 (35,3%)	17 (16,8%)	
Outros*	9 (52,9%)	3 (17,6%)	5 (29,4%)	17 (16,8%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Renda mensal familiar**					
Até 0,5 salário mínimo	6 (50,0%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	12 (11,9%)	0,0191
De 0,5 a 1 salário mínimo	14 (35,9%)	8 (20,5%)	17 (43,6%)	39 (38,6%)	
Acima de 1 salário mínimo	27 (54,0%)	4 (8,0%)	19 (38,0%)	50 (49,5%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Número de pessoas que dependem da renda					
Até 3 pessoas	14 (40,0%)	6 (17,1%)	15 (42,9%)	35 (34,6%)	0,7348
De 4 a 6 pessoas	25 (47,2%)	9 (17,0%)	19 (35,8%)	53 (52,5%)	
Mais de 7 pessoas	8 (61,5%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	13 (12,9%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	

AB- Serviços de Atenção Básica – USF/ PCT- Referencia Ambulatorial para TB/ SE- Serviços Especializados

*Categoria "outros" corresponde aos estudantes, afastados ou do lar.

** Salário mínimo: R\$ 465,00.

Indicador 3 – Necessidade

A Tabela 3 mostra a associação entre as variáveis que compõem o indicador de “necessidade” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente quando apresentou os sinais e sintomas da doença. Os resultados mostram que os SE foram preferencialmente acionados entre os doentes que não tiveram acesso à propagandas/campanhas/trabalhos educativos. Inversamente, a AB foi o serviço eleito entre aqueles que manifestaram conhecimento prévio sobre a doença.

Ainda na perspectiva do conhecimento acerca da TB, a experiência de conviver com um membro da família acometido pela enfermidade pressupõe tornar-se ciente da causa. Entre os doentes que assinalaram contato prévio com familiares acometido pela mesma enfermidade, 47,2% procuraram a AB, 33,3% recorreram aos SE e apenas 19,4% o PCT. Entre os que afirmaram não possuir familiares com história pregressa de tratamento para TB, a utilização de serviços assemelhou-se ao anterior: 46,7% a AB, 40,0% SE e 13,3% o PCT.

Tais achados corroboram com o resultado insatisfatório de avaliação do doente sobre o seu conhecimento da TB antes do episódio da doença. Observa-se, portanto, que quase a

totalidade dos doentes aponta como "ruim" ou "regular" seu entendimento geral acerca da TB e em ambos os casos o serviço mais procurado como porta de entrada foi a AB.

Reafirmando o exposto, torna-se perceptível que na ausência da noção do problema e da forma como ele se manifesta, o agravamento dos sintomas determina a necessidade pela busca de cuidados de saúde. Entre os casos estudados (n=101), 73 (72,7%) procuraram o serviço de saúde apenas quando se perceberam com “fortes” sintomas da doença. No entanto, cabe destacar que independente da intensidade dos sintomas apresentados, os serviços de AB foram os mais procurados.

No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a semelhança de proporções e a não existência de associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “necessidade” e o tipo de serviço de saúde procurado.

Tabela 3: Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “necessidade” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	Total n (%)	
Acesso Propagandas//trabalhos educativos					
Nunca	19 (39,6%)	8 (16,7%)	21 (43,7%)	48 (47,5%)	0,6266
Às vezes	18 (56,3%)	5 (15,6%)	9 (28,1%)	32 (31,7%)	
Sempre	10 (47,6%)	4 (19,1%)	7 (33,3%)	21 (20,8%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Tratamento progresso para TB em familiares					
Sim	17 (47,2%)	7 (19,5%)	12 (33,3%)	36 (35,6%)	0,5752
Não	28 (46,7%)	8 (13,3%)	24 (40,0%)	60 (59,4%)	
Não sabe	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5 (5,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Conhecimento prévio sobre TB (n=97)*					
Ruim	38 (47,5%)	13 (16,2%)	29 (36,2%)	80 (82,5%)	0,8716
Regular	8 (47,0%)	2 (11,8%)	7 (41,2%)	17 (17,5%)	
TOTAL	46 (47,4%)	15 (15,5%)	36 (37,1%)	97 (100,0%)	
Intensidade dos sintomas					
Fraco	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8 (7,9%)	0,4363
Moderado	10 (50,0%)	3 (15,0%)	7 (35,0%)	20 (19,8%)	
Forte	33 (45,2%)	11 (15,1%)	29 (39,7%)	73 (72,3%)	
Total	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	

AB- Serviços de Atenção Básica – USF/ PCT- Referência Ambulatorial para TB/ SE- Serviços Especializados
*Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (n<5).

Indicador 4 – Utilização dos Serviços de Saúde

Ao investigar se existe uma prática de utilização dos serviços de saúde, constatou-se que 28 (27,7%) dos doentes nunca recorreram a qualquer tipo de serviço antes de adoecer por

TB. Entre aqueles que habitualmente utilizam algum serviço de saúde (62,4%), os SE foram os mais procurados. Observa-se ainda que 10 (9,9%) dos doentes recorreram às práticas populares (religiosos, benzedadeiras) e farmácia (Tabela 4).

A utilização prévia dos serviços de saúde para ações preventivas é satisfatória para apenas 23 (22,8%), sendo que 21(20,8%) o fazem regularmente e 57 (56,4) nunca o fazem. A busca por cuidados e/ou exames de rotina em serviços próximos ao domicílio, é uma prática frequente para 22 (21,8%) dos casos, eventual para 16 (15,8%), e incomum para 63 (62,4%). Entre aqueles que utilizaram previamente os serviços de saúde, seja para controle preventivo, consultas/exames de rotina, os serviços da AB foram os mais procurados.

Tabela 4: Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador “utilização prévia” e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	TOTAL n (%)	
Primeiro local procurado nos episódios anteriores de adoecimento					
Serviços de saúde	27 (42,9%)	6 (9,5%)	30 (47,6%)	63 (62,4%)	0,0049
Outros*	6 (60,0%)	1 (10,0%)	3 (30,0%)	10 (9,9%)	
Nenhum	14 (50,0%)	10 (35,7%)	4 (14,29%)	28 (27,7%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Procura por SS para controle preventivo					
Sempre	12 (52,2%)	1 (4,3%)	10 (43,5%)	23 (22,8%)	0,2654
Às vezes	12 (57,1%)	3 (14,3%)	6 (28,6%)	21 (20,8%)	
Nunca	23 (40,4%)	13 (22,8%)	21 (36,8%)	57 (56,4%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Procura por SS próximo a residência para consulta/exame de rotina					
Sempre	14 (63,6%)	1 (4,5%)	7 (31,8%)	22 (21,8%)	0,1027
Às vezes	9 (56,2%)	1 (6,2%)	6 (37,5%)	16 (15,8%)	
Nunca	24 (38,1%)	15 (23,8%)	24 (38,1%)	63 (62,4%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	
Procurou pelo SS mais perto da residência quando adoeceu					
Sim	47 (90,4%)	1 (1,9%)	4 (7,7%)	52 (51,5%)	0,0000
Não	0 (0,0%)	16 (32,7%)	33(67,3%)	49 (48,5%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,6%)	101 (100,0%)	

AB- Serviços de Atenção Básica – USF/ PCT- Referência Ambulatorial para TB/ SE- Serviços Especializados
SS- Serviços de Saúde

*A categoria “outros” refere-se a locais religiosos, benzedadeiras ou farmácia.

Quanto à busca por serviços de saúde por ocasião do adoecimento, 52 (51,5%) optaram pelos serviços mais próximos de sua residência, preferencialmente as unidades da AB. Entre aqueles que não consideraram a “proximidade” como requisito para a utilização-49(48,5%), os SE foram eleitos como porta de entrada.

Encontrou-se evidencia de associação entre o primeiro serviço procurado pelo doente e as variáveis “primeiro local procurado nos episódios anteriores de adoecimento” e

“procurou pelo serviço de saúde mais próxima da residência por ocasião do adoecimento” com valores de $p=0,0049$ e $0,0000$ respectivamente.

Indicador 5 – Intervalo de tempo

Ao analisar o tempo em dias decorridos entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde segundo o perfil sócio-demográfico dos doentes de TB, constata-se evidência suficiente para rejeitar a afirmativa de que as variáveis “estado civil” e “escolaridade” possuem categorias de resposta com medianas iguais (valores de $p=0,0083$ e $0,0385$, respectivamente) e, conseqüentemente, pelo menos uma das medianas parece ser diferente (Tabela 5).

Tabela 5: Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “predisposição”. João Pessoa, 2009.

Variáveis sócio-demográficas dos doentes de TB	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	p
Sexo					
Feminino	28	27,7	25,5	[7,5; 52,5]	0,7772
Masculino	73	72,3	20,0	[7,0; 60,0]	
TOTAL	101	100,0			
Faixa Etária					
Até 40 anos	57	56,4	30,0	[8,0; 60,0]	0,1599
Maior que 40 e menor que 60	31	30,7	20,0	[7,0; 40,0]	
60 anos ou mais	13	12,9	8,0	[7,0; 30]	
TOTAL	101	100,0			
Raça/Cor (n=97)*					
Branco	22	22,7	15,0	[7,0; 30,0]	0,5928
Negro	19	19,6	20,0	[7,0; 40,0]	
Pardo	56	57,7	30,0	[8,0; 60,0]	
TOTAL	97	100,0			
Estado Civil					
Solteiro	45	44,6	30,0	[15,0; 90,0]	0,0083
Casado/União estável	50	49,5	15,0	[7,0; 30,0]	
Separado/Divorciado/Viúvo	6	5,9	6,5	[3,0; 8,0]	
TOTAL	101	100,0			
Crença ou religião (n=97)*					
Sem religião	19	19,6	15,0	[7,0; 45,0]	0,7158
Católica	52	53,6	25,0	[8,0; 60,0]	
Evangélica	26	26,8	17,5	[7,0; 60,0]	
TOTAL	97	100,0			
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	65	64,4	30,0	[14,0; 60,0]	0,0385
Mais de 8 anos de estudo	21	20,8	14,0	[5,0; 30,0]	
Sem escolaridade	15	14,8	8,0	[5,0; 30,0]	
TOTAL	101	100,0			

*Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo ($n<5$).

Verifica-se, portanto, que os indivíduos solteiros e com até 8 anos de estudo foram os que mais demoraram a procurar um serviço de saúde quando se perceberam doentes, apresentando valor mediano de 30 dias em ambos os casos.

Quanto ao perfil econômico influenciar o intervalo de tempo entre a percepção da doença e a busca por cuidados médicos, identifica-se diferença estatisticamente significativa nos valores das medianas apenas da variável “situação empregatícia” ($p=0,0232$) (Tabela 6).

Observa-se que os doentes desempregados, afastados ou do lar apresentam um atraso maior de 30 dias para procurar uma porta de entrada ao sistema de saúde quando comparados aos empregados, autônomos ou aposentados.

Tabela 6: Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “disponibilidade”. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis econômicas dos doentes de TB	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	p
Situação empregatícia					
Desempregado	33	32,7	30,0	[15,0; 90,0]	
Empregado/Autônomo	34	33,7	15,0	[8,0; 30,0]	0,0232
Aposentado	17	16,8	8,0	[5,0; 15,0]	
Outros*	17	16,8	30,0	[14,0; 60,0]	
TOTAL	101	100,0			
Renda mensal da família**					
Até 0,5 salário mínimo	12	11,9	35,0	[17,5; 105,0]	
De 0,5 a 1 salário mínimo	39	38,6	20,0	[8,0; 60,0]	0,2171
Acima de 1 salário mínimo	50	49,5	15,0	[7,0; 30,0]	
TOTAL	101	100,0			
Número de pessoas que dependem da renda					
Até 3 pessoas	35	34,6	30,0	[8,0; 45,0]	
De 4 a 6 pessoas	53	52,5	15,0	[7,0; 45,0]	0,1795
Mais de 7 pessoas	13	12,9	30,0	[15,0; 150,0]	
TOTAL	101	100,0			

*A categoria "outros" corresponde aos estudantes, afastados ou do lar.

** Salário mínimo: R\$ 465,00

Já avaliando a relação entre ter informações sobre a doença e o período para buscar atendimento de saúde, os resultados mostram que o perfil de conhecimento não determina precocidade ou demora no tempo de busca entre os doentes de TB, pois todas as variáveis apresentam medianas equivalentes ($p > 0,05$) (Tabela 7).

Tabela 7: Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “necessidade”. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis de conhecimento dos doentes de TB	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	p
Acesso propagandas/trabalhos educativos					
Nunca	48	47,5	15,0	[7,0; 60,0]	0,7185
Às vezes	32	31,7	30,0	[8,0; 60,0]	
Sempre	21	20,8	30,0	[8,0; 30,0]	
TOTAL	101	100,0			
Tratamento progressivo para TB em familiares					
Sim	36	35,6	20,5	[7,5; 60,0]	0,9182
Não	60	59,4	20,0	[7,0; 52,5]	
Não sabe	5	5,0	20,0	[8,0; 30,0]	
TOTAL	101	100,0			
Conhecimento prévio sobre TB (n=97)*					
Ruim	80	82,5	20,0	[7,5; 52,5]	0,5691
Regular	17	17,5	30,0	[7,0; 60,0]	
TOTAL	97	100,0			
Intensidade dos sintomas					
Fraco	8	7,9	32,5	[8,5; 60,0]	0,5649
Moderado	20	19,8	30,0	[9,0; 90,0]	
Forte	73	72,3	20,0	[7,0; 40,0]	
TOTAL	101	100,0			

*Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (n<5).

O mesmo ocorre quando analisado o intervalo de tempo em relação à utilização prévia do sistema de saúde por parte dos doentes de TB. Fazer uso ou não de uma unidade de saúde antes do episódio da doença não influencia disparidades entre o número de dias de cada variável deste indicador, evidenciando-se que as medianas são proporcionais (p> 0,05).

Tabela 8: Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “utilização prévia”. João Pessoa, 2009 (n=101).

Variáveis de utilização prévia de serviços de saúde	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	p
Primeiro local procurado nos episódios anteriores de adoecimento					
Serviços de saúde	63	62,4	20,0	[7,0; 40,0]	0,2090
Outros*	10	9,9	15,0	[8,0; 20,0]	
Nenhum	28	27,7	32,5	[7,5; 120,0]	
TOTAL	101	100,0			
Procura por SS para controle preventivo					
Sempre	23	22,8	30,0	[14,0; 60,0]	0,7749
Às vezes	21	20,8	21,0	[14,0; 45,0]	
Nunca	57	56,4	15,0	[7,0; 60,0]	
TOTAL	101	100,0			
Frequência da procura por SS próximo a residência para consulta/exame de rotina					
Sempre	22	21,8	25,5	[8,0; 30,0]	0,6354
Às vezes	16	15,8	17,5	[7,0; 30,0]	
Nunca	63	62,4	20,0	[8,0; 60,0]	
TOTAL	101	100,0			
Procurou pelo SS mais perto da residência quando adoeceu					
Sim	52	51,5	20,5	[7,0; 60,0]	0,9757
Não	49	48,5	15,0	[8,0; 60,0]	
TOTAL	101	100,0			

*A categoria “outros” refere-se a locais religiosos, benzedeiros ou farmácia.

Em relação ao tempo decorrido entre o início dos sintomas de TB e a primeira procura por um serviço de saúde (Figura 4), observa-se valor mediano igual a 20, primeiro quartil igual a 7 e terceiro quartil de 60 dias. Valores extremos foram observados, identificando demora de até um ano na procura por assistência médica.

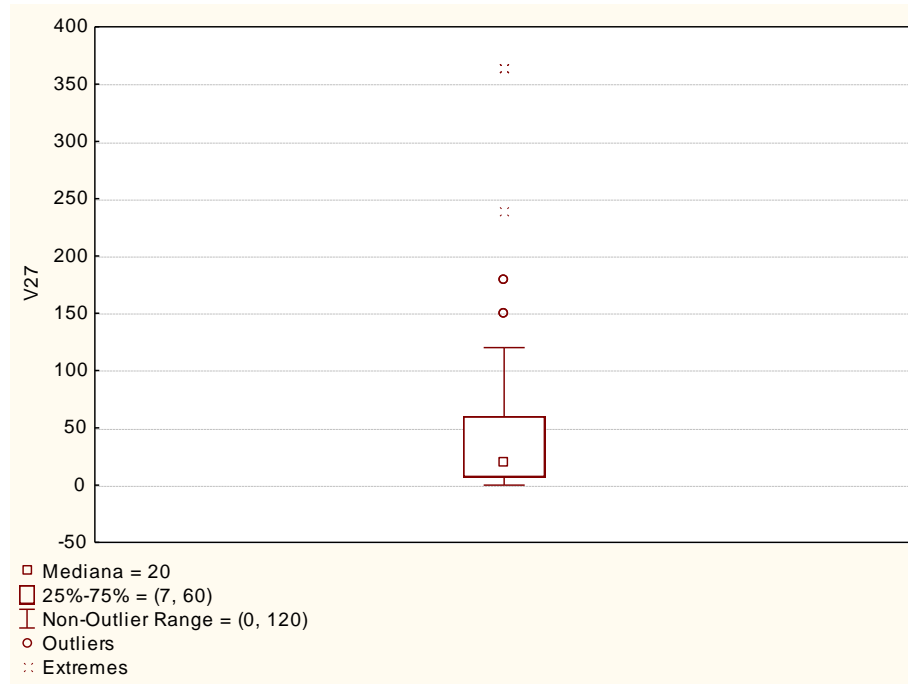


Figura 2 - *Box Plot* da distribuição da mediana segundo a variável tempo em dias que demorou para procurar o serviço de saúde quando começou a se sentir doente. João Pessoa, 2009 (n=101).



5 DISCUSSÃO

“POBRES SÃO OS QUE TÊM A PORTA FECHADA”

Catalina Álvarez

Tratando-se da utilização de serviços de saúde, a discussão se inicia repensando o delineamento traçado pela nova conjuntura da reforma sanitária brasileira que trouxe ao cenário da saúde mudanças tecnoassistenciais-organizativas. Pretendeu-se que um novo modelo de atenção instituisse as USF como a porta de entrada ao sistema local no primeiro nível de atenção (SCOREL et al., 2007).

A promissora ESF carregava um excepcional arsenal de propostas para o setor de saúde, supondo conter nas USF um espaço privilegiado para conhecer as famílias do seu território de alcance; identificar os problemas de saúde e as situações de risco presentes na comunidade; formular um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença; planejar e realizar ações educativas e intersetoriais vinculadas aos problemas de saúde elencados em seu território de abrangência e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no domínio da AB (SCOREL et al., 2007).

Diante de tantas possibilidades para melhorar a garantia do acesso a toda a população, era de se esperar a expansão da ESF no país sob o forte incentivo do Ministério da Saúde (MS), que alcançou, em junho de 2010, 95% dos municípios brasileiros com mais de 32 mil equipes de saúde da família, cobrindo cerca de 55% da população. Ainda há registros que, nos últimos anos, a estratégia vem apresentando um ritmo de crescimento global de 3% ao ano, estendendo-se aos grandes municípios e as capitais do país (BRASIL, 2011).

Em contrapartida ao acelerado crescimento da ESF nos municípios de pequeno porte, a implementação da ESF nos grandes centros urbanos tem sido vagarosa em virtude da grande concentração demográfica, do alto nível de exclusão dos serviços de saúde, do perfil dos agravos existentes nas metrópoles, de uma oferta solidificada em uma rede de atendimento desarticulada e mal distribuída, dentre outros complexos fatores interligados (SOUSA et al., 2000).

Em estudo realizado com o objetivo de examinar fatores facilitadores e limitantes da implementação da ESF em grandes cidades provenientes das quatro regiões do Brasil constatou-se que de 8 municípios pesquisados, com população de mais de 100 mil habitantes, apenas 4 cidades obtiveram percentuais acima de 50% da população adstrita que procuraram regularmente a USF como local para aquisição de cuidados médicos. Na metade desses grandes centros urbanos a expectativa dos gestores foi de que as USF configurassem a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo o atendimento integral aos munícipes por meio dos mecanismos de referência e contra-referência. Pôde-se, ainda, observar que uma pequena porcentagem de famílias buscou a USF em episódio de doenças e, mesmo que a maioria dos

episódios não fosse grave, os serviços mais procurados entre seis metrópoles foram os de urgência (ESCOREL et al., 2007).

Apesar disso, o MS aponta que há uma crescente tendência de participação na utilização do SUS para atendimentos de saúde, particularmente pelos portadores de doenças crônicas, e a UBS é o local mais declarado (56,8% da população brasileira) pelos os usuários que normalmente procuram o mesmo serviço de saúde (BRASIL, 2011).

A despeito da acentuada expansão da ESF e o alargamento do acesso aos serviços básicos de saúde, a proposta da relevante estratégia de conferir uma nova dinâmica de estruturação aos serviços de saúde, constituindo-se a principal porta de entrada que se traduz pelo primeiro contato com o sistema de saúde para transitar pelos diferentes níveis de atenção, não validou seus efeitos práticos.

Em uma realidade muito mais impositiva, a ESF tem sido implementada como porta de entrada com a finalidade de ordenar o fluxo, assumindo caráter obrigatório para regularização normativa e organizacional dos serviços de saúde.

Logo, torna-se compreensível que os doentes de TB na busca e obtenção de cuidados, entrem no sistema de saúde por meio de serviços que não seja a atenção básica. Neste estudo, 46,5% optaram pelos serviços da AB, 36,6% procuraram serviços de saúde especializados (consultório particular, hospitais públicos e privados) e 16,8% pelo ambulatório de referência estadual (CHCF), único serviço com o PCT implantado.

Percebe-se que a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da AB vem se estabelecendo na prática das equipes quando alcança o maior percentual se comparado aos outros tipos de serviço. Entretanto, este percentual não ultrapassa os 50% do total de doentes de TB investigados, o que traduz insuficiência destes serviços como porta de entrada. Estes achados corroboram com pesquisas realizadas em diferentes regiões brasileiras que vem discutindo as condições de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB pelos serviços da APS. Em Campina Grande, município prioritário da Paraíba, 51% dos usuários não procuraram a USF por ocasião do diagnóstico da doença (FIGUEIREDO et al., 2009). Em Ribeirão Preto-SP, 34,5% dos usuários com TB foram encaminhados pelo pronto atendimento ou hospital, sendo inexpressiva a contribuição da atenção básica na identificação de 9,8% dos casos (ARCÊNCIO, 2008).

Considera-se que o julgamento sobre a necessidade de atendimento, que induz a demanda aos serviços de saúde, é influenciado por múltiplos fatores. Um dos aspectos seria a permanência da concepção de modelo piramidal, hierarquizado, onde os pontos de atenção

organizam-se segundo uma complexidade crescente que vai de um nível de baixa complexidade, o primário, até o nível de maior complexidade, o quaternário. Cecílio (1997),

A pirâmide na verdade representa um fluxo ordenado de pacientes, sem, contudo, apreender o usuário real com suas necessidades, seus desejos, sua dor, sua doença e seu risco de morte. O fato é que os hospitais públicos ou privados continuam expressivamente sendo recorridos em situações adversas de saúde, justificando-se pela imagem dos pronto-socorros sempre lotados (CECÍLIO, 1997).

Assim, é necessário repensar o modelo piramidal de assistência introduzido no campo da saúde e que, sutilmente, ainda persiste nas práticas regulatórias de ordenação dos indivíduos dentro do sistema de saúde até aos dias de hoje. Por isso, Cecílio (1997, p. 475) propõe romper com a radicalidade imposta pela hierarquização dos serviços e fluxos verticais para defender um modelo assistencial associado à figura do círculo: “o círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza, abre possibilidade. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS”.

Por essa razão, Mendes (2010) complementa as críticas quando aponta que os sistemas de assistência à saúde são sistemas fragmentados que se organizam por meio de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados, voltados para atenção às condições agudas ou crônicas, sendo incapazes de prestar uma atenção contínua e integral à população. A solução trazida pelo autor para restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde no contexto atual é a implantação de redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (p. 2.300).

Redimensionando a visão que não percebe que se defendem certos padrões que destoam da realidade, amplia-se o olhar não para enxergar o paciente que deixa de compreender e direcionar sua escolha ao serviço de AB como primeira fonte de auxílio médico, mas o doente que ingressa no sistema de saúde por onde ele concebe ser o lugar mais fácil, apropriado e possível (CECÍLIO, 1997).

Por outro lado, é imprescindível esclarecer que refletir sobre o modelo de atenção à saúde no Brasil, estabelecido nas últimas décadas, não corresponde anular ou abandonar os

princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira que se comprometem com um sistema de saúde defensor de uma assistência universalizada, equitativa e organizada para prestar um atendimento integral e de boa qualidade a todo e qualquer cidadão que dela necessite, mas almeja-se mudanças no setor saúde direcionadas à concretização de redes de atenção à saúde em defesa de que:

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2010, p. 2.300).

Por isso, torna-se necessário reafirmar que a AB, pelos atributos que a constituem, é uma abertura “preferencial” que organiza o acesso ao sistema de saúde e não obrigatoriamente a porta de entrada única e exclusiva, ressaltando-se que é neste nível de atenção que as principais atribuições para o controle da TB estão concentradas com o merecido destaque ao diagnóstico da doença.

Espera-se, portanto, que as unidades da AB se constituam de fato a porta de entrada para receber o usuário com quadro compatível de TB ou que realizem busca de sintomáticos respiratórios na comunidade, apresentando, desse modo, capacidade resolutiva para identificar a doença em tempo oportuno e oferecer as condutas necessárias, advertindo-se que a experiência do usuário neste nível, a partir da resolutividade percebida, irá interferir no padrão de utilização dos demais pontos de atenção à saúde.

Paralelamente, o fato de se apresentar prioritariamente, como opção ideal à obtenção do cuidado, não faz da AB prerrogativa de uso. No processo de utilização de serviços de saúde deve ser incluída a vontade do cliente em buscar um tipo específico de serviço que envolve uma série de determinantes.

Para que o geral possa ser apreendido e para que se descubram novas unidades, parece necessário apreendê-lo não diretamente, de uma só vez, mas através de exemplos, diferenças, variações, particularidades - aos pouquinhos, caso a caso. Num mundo estilhaçado, devemos examinar os estilhaços (GEERTZ, 2001, p. 193).

A partir de tal pensamento deixado por Geertz, pretende-se, neste momento, adentrar no universo de cada doente de TB a fim de compreender nas singularidades do indivíduo a

complexidade do todo, percebendo como as particularidades podem determinar o uso de serviços de saúde e o tempo de procura.

Debruçando-se no perfil sócio-demográfico, inicia-se a discussão pelo indicador da “predisposição”, composto por variáveis que descrevem a propensão ou tendência que os indivíduos têm para procurar o serviço de saúde.

Iniciando pela variável sexo, sabe-se que, a partir do delineamento epidemiológico traçado ao longo dos anos pela OMS, a incidência e a prevalência da TB são mais elevadas nos adultos do sexo masculino do que nas mulheres. Os registros mostram a presença de TB ativa numa proporção de 70% superior entre os homens. A elevada ocorrência de TB pulmonar neste grupo é um fenômeno complexo. Do ponto de vista biológico, sugere-se maior sensibilidade na detecção do bacilo nas amostras de escarro provenientes do sexo masculino. Entre as mulheres há um indicativo de que este recurso diagnóstico é menos sensível, o que poderia se constituir um alerta para subestimação de casos de TB neste grupo (WHO, 2004). Por outro lado, reconhece-se na prática, maior dificuldade das mulheres para realização da coleta do escarro.

Contudo, as razões pelas quais há uma diferença entre os sexos ainda são mal compreendidas e necessitam de pesquisas para identificar fatores de risco associados. A diferença entre os papéis sociais entre homens e mulheres, também são apontados como determinantes de distintos riscos de exposição ou do acesso aos cuidados em saúde, o que conseqüentemente pode influenciar a disparidade das taxas de notificação da doença (WHO, 2002).

Alguns estudos relatam que o atraso de tempo entre o início dos sintomas e o primeiro contato do usuário com um profissional de saúde é maior nos homens do que nas mulheres. Dentre essas pesquisas, encontra-se um estudo na Índia que justifica o achado alegando que os homens empregados encontram dificuldades de tirar licença do trabalho para procurar os centros de saúde, abertos apenas durante o dia (WHO, 2002).

Tal evidência pode estar diretamente relacionada ao modelo de masculinidade imposto pela sociedade na qual o corpo masculino é visto como resistente capaz de enfrentar qualquer dificuldade, um corpo forte para o trabalho e viril para desempenhar sua função de mantenedor da família, ocasionando demora na identificação de suas necessidades, bem como retardo na busca por cuidados de saúde (COSTA-JÚNIOR; MAIA, 2009).

Entretanto, este fenômeno não é uma regra, difere entre localidades e traduz expressões culturais distintas. No Vietnã, por exemplo, as mulheres demoram mais a procurar um serviço de saúde, buscam estabelecimentos de baixa qualidade, habitualmente se automedicam (THORSON; HOA; LONG, 2000) e se isolam por apresentar mais medo de sofrer com o estigma da doença do que os homens (JOAHSON, 2000). Em outras sociedades, as mulheres apresentam maior tendência a ignorar os primeiros sinais e sintomas e, conseqüentemente, adiam o primeiro contato com um serviço de saúde devido à imobilidade social e econômica nas quais estão inseridas, exacerbada dependência do cônjuge ou da família, medo do divórcio ou vergonha da comunidade (WHO, 2004).

Outras diferenças entre sexo e papéis de gênero também podem influenciar o desenvolvimento e o desfecho da TB quando analisadas sob a perspectiva do comportamento, como a má alimentação, uso abusivo de álcool, tabagismo e drogas que podem resultar na diminuição da imunidade e, por conseguinte, no surgimento da doença. Estudo desenvolvido na Índia verificou que o risco de progressão da infecção para a TB pulmonar foi 8,6% nos homens e 3,1% nas mulheres, ressaltando que quase a totalidade dos alcoolistas e fumantes era do sexo masculino. Em uma análise mais minuciosa, em que excluiu-se este grupo (alcoolistas e fumantes) a relação da progressão da infecção entre masculino e feminino foi reduzida. Já nas mulheres, a progressão da infecção para doença, assim como as taxas de letalidade podem ser mais elevadas que nos homens na idade reprodutiva; além do perigo da gestação com uma má evolução (WHO, 2002; WHO, 2004).

Quanto ao acesso, os resultados de um estudo divulgado em Tamil Nadu, sul da Índia, indicam que as mulheres com TB são mais propensas ao uso dos serviços de atenção primária do que os homens. Os autores deste trabalho relatam a disponibilidade de tempo das mulheres para participação destes serviços durante o horário em que estão abertos e a inclinação (oportunidade) que apresentam para visitar as unidades em prol da saúde dos seus filhos (puericultura, vacina ou até mesmo o pré-natal) como fortes condicionantes de utilização (BALASUBRAMANIAN et al., 2004).

Estudos brasileiros também mostram que a presença de mulheres nos serviços de atenção primária é mais freqüente do que a de homens (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005). Tem-se atribuído tal ocorrência ao comportamento masculino, sob duas vertentes: a socialização (tempo destinado ao trabalho, sair com amigos, prazeres noturnos etc.) e o processo de cuidar desvinculado da prática masculina (COURTENAY, 2000; FONSECA et al., 2003).

Reforçando a ideia, uma pesquisa desenvolvida por Gomes et al., (2007) revelou que os entrevistados, unanimemente, concordaram que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres. As explicações associadas à referente disparidade foram no sentido de que o cuidar, incluindo-se o auto-cuidado, pertence ao âmbito feminino; sinais de fraqueza não são compatíveis ao perfil masculino, colocando o gênero na redoma da invulnerabilidade; a dificuldade que os homens têm para verbalizar o que sentem; o medo de descobrir que estão com problemas; a vergonha de ficar expostos a outra pessoa (o profissional de saúde); e, mais uma vez, que o horário de trabalho coincide com o período de funcionamento dos serviços de saúde.

Outro estudo brasileiro realizado por Tonelli et al.,(2010, p. 980) mostra que os profissionais de saúde investigados afirmam predominantemente que “as mulheres cuidam mais da saúde e o fazem preventivamente, e os homens não cuidam e o fazem curativamente”. Vincula-se ao fato a construção histórico-cultural na qual a mulher tem inerente ao seu papel o “cuidar” que lhes confere maior potencial de busca por cuidados em saúde.

Além disso, as políticas voltadas para o público feminino, desde a criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, vem reforçando a inclusão e adesão deste grupo aos cuidados e ações preventivas oferecidas nas unidades da APS. Em contrapartida a inclusão da saúde do homem pelo MS é recente.

Apesar diferenças relatadas nas pesquisas apresentadas, neste estudo não houve associação entre o sexo feminino e a AB como primeiro serviço de saúde procurado no presente estudo, sendo as taxas de procura proporcionais para ambos os sexos. Não foi constatado maior demora para procurar um serviço de saúde quando comparado às medianas de tempo entre os sexos feminino e masculino.

O mesmo ocorreu em uma das poucas pesquisas sobre o retardo no diagnóstico da TB realizadas no Brasil, mais precisamente no estado do Rio de Janeiro. Ao investigar o tempo decorrido entre o início dos sintomas até a primeira consulta, verificou não haver diferença significativa entre os homens e mulheres. O valor da mediana foi de 90 dias para ambos os grupos ($p= 0,972$) (BELO et al., 2010). Estes resultados divergem de outros achados encontrados na literatura, que apontam o sexo feminino como um dos fatores associados ao atraso no diagnóstico da TB (GÓMEZ et al., 2003; RODGER et al., 2003; THORSON, HOA, LONG; 2000).

Quanto ao determinante “idade”, os dados epidemiológicos mostram que a pessoa em qualquer grupo etário pode ser acometida pela TB, com maior predomínio nos indivíduos

economicamente ativos da sociedade, entre 15 a 54 anos de idade (BRASIL, 2009b). Neste estudo a faixa etária representativa da amostra corresponde a este perfil epidemiológico: 56,4% dos doentes, ou seja, mais da metade dos entrevistados, tem entre 18 e 40 anos. Esta constatação incorre em refletir que tais indivíduos adultos jovens deveriam pertencer ao grupo inserido no mercado de trabalho que provê ou auxilia no sustento de si e da sua família, o que gera sérias implicações sociais. Atenção especial a esta classe deve ser recomendada na perspectiva de estabelecer estratégias de captação, que promovam não apenas a detecção precoce dos casos de TB, mas a inclusão destes sujeitos nos serviços da APS.

Em pesquisa nacional para traçar o padrão de utilização de serviços de saúde de acordo com o perfil sócio demográfico, a idade é apontada como uma variável que influencia o comportamento de busca de assistência médica e averiguou-se que, entre os não atendidos pelo SUS, houve proporcionalmente mais adultos e menos crianças e idosos (RIBEIRO et al., 2006).

Outro estudo desenvolvido na região paulista para verificar as mudanças no perfil de utilização dos serviços de saúde registrou diferença significativa na distribuição etária ($p=0,03$), tendo maior proporção de usuários idosos na área onde foi implantada a ESF do que na área descoberta pela estratégia (GOLDBAUM et al., 2005).

Tal probabilidade que associa o maior consumo do sistema de saúde com o avançar da idade é descrita em vários estudos que apresentam os idosos (indivíduos com 60 anos ou mais) com maiores chances de uso de serviços médicos (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; SAÉZ, 2003; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

Na mesma linha de raciocínio empregada para a variável sexo, sugere-se que a política instituída no SUS para garantir atenção integral à saúde da população idosa e as ações pontuais despendidas principalmente para este grupo na ESF favoreça a maior ocorrência destes nos serviços de APS, justificando os resultados encontrados na literatura.

Apesar de um percentual significativo de idosos (53,8%) recorrer aos serviços da AB no evento da TB, não houve associação da faixa etária com o tipo de serviço utilizado como porta de entrada neste estudo. Sugere-se que a maior busca pelos serviços especializados na faixa etária dos 40 aos 60 anos deve-se a uma melhor estabilidade econômica para custear as despesas em saúde; maior mobilidade dentro do sistema de saúde.

Da mesma maneira, o tempo de procura não foi influenciado pela faixa etária, corroborando com o estudo de Wang et al. (2007) que também aborda o retardo no diagnóstico da TB e não encontram associação entre as variáveis. No entanto, diverge das

pesquisas de Yimer et al. (2005) que confirmam demora do paciente acima de 45 anos na Etiópia e Ward et al. (2001) que associa a velhice a longos atrasos na Austrália.

No quesito raça/cor, é sabido que as pessoas da raça negra têm chance duas vezes maior de contrair TB do que os brancos (FRANCO et al., 2010). Contudo, os resultados apontam que a raça parda foi predominante entre o total de entrevistados (57,7%), o que estaria associado ao evento de miscigenação típico do país, mais precisamente da região nordestina.

No perfil da saúde, a raça/cor é uma construção social diferencial, pois permite pensar as desigualdades raciais em que estão subordinados os negros do nosso país, onde a cor da pele determina sua posição ou exclusão social. Todavia, poucos estudos brasileiros incorporam as desigualdades de cor nos indicadores de saúde, além de que os próprios profissionais de saúde não levam em consideração este determinante durante suas consultas (BATISTA, 2002).

O que deve chamar atenção é que a raça negra possui menor grau de escolaridade, baixa remuneração, posição inferior no mercado de trabalho, precárias condições de moradia nas periferias das grandes metrópoles e apresenta acesso reduzido aos serviços de saúde (BATISTA, 2002; IPEA, 2003; PAIXÃO, 2000). Henriques (2001) ainda acrescenta a essa lamentável constatação que nascer com cor parda ou negra aumenta de maneira expressiva a probabilidade de um brasileiro ser pobre.

A referida marginalidade social leva à reflexão se estes indivíduos com elevada predisposição e necessidade apresentam baixa condição para adquirir acesso aos serviços nos episódios críticos de saúde. Aliás, o problema ainda é mais preocupante quando se pensa no acesso equitativo destes cidadãos à informação, meios de prevenção, diagnóstico e tratamento.

As estimativas são de que os brancos têm chances aumentadas em 3% de consumir serviços de saúde no Brasil (NERI, SOARES, 2002), além de que seus favorecimentos sociais os levam a dispor de melhores recursos na área da saúde. No estudo observa-se que 50% dos doentes brancos iniciaram seu percurso no sistema de saúde pelos serviços especializados que em sua maioria se constituem de consultas particulares sob pagamento direto. Todavia, não foi identificada associação entre a variável raça/cor e tipo de serviço de saúde procurado no atual estudo, até porque a condição de “ser pobre” os igualam.

De modo semelhante, os achados da pesquisa de Golub et al. (2005) mostraram que apesar dos pacientes não-brancos apresentarem maior atraso ao diagnóstico da TB, não houve associação entre as variáveis raça/cor.

Ao se tratar de estado civil e religião relacionada à TB, é notória a escassez de literatura entrelaçando as distintas variáveis ao problema de saúde. Poesias de famosos escritores, a exemplo de Mario de Andrade, expressam com maior exatidão a emoção do amante afastado da sua amada pelo medo de que o contato íntimo levasse aos danos decorrentes do bacilo da TB (BEDRIKOW, 2002).

Até meados do século XX, sem tratamento eficaz e com o risco de transmissão iminente, as pessoas eram afastadas do convívio familiar e de qualquer outro membro da sociedade, como forma de impedir a disseminação da doença. O matrimônio, no rigor da lei francesa em 1942, só era consentido após serem atestadas por ambas as partes ausência de TB em seus organismos, sendo proibido o casamento para qualquer tuberculoso (BEDRIKOW, 2002).

Não só o estado conjugal, mas toda a história da TB mudou com a introdução dos fármacos que combatem o bacilo de *Koch*, permitindo que os doentes fossem tratados fora do sanatório e juntos aos seus familiares (BEDRIKOW, 2002). Mesmo com estes avanços para a reinserção social dos doentes, os indivíduos acometidos pela TB nos dias de hoje sofrem com a aquisição da doença tanto pelas manifestações clínicas, como pela possibilidade de vivenciar preconceito e rejeição da família, isolamento social, vergonha, insegurança, desprezo e solidão. O medo de transmitir a doença e se sentir culpado continua sendo fortes motivos para afastar o doente das pessoas que o rodeiam, principalmente dos parceiros aos quais estabelecem relação íntima (BERTAZONE; GIR, 2000).

A discriminação e as falsas crenças construídas culturalmente ao redor do doente de TB devem ser banidas para que não provoque mudanças na vida social, afetando também as relações íntimas dos portadores, redobrando a atenção quanto ao diagnóstico e o apoio aos doentes e comunicantes, visto que a maior parcela dos respondentes deste estudo (49,5%) está casada ou em união estável.

Estudos comprovam que homens casados ou com companheiras tem maior prevalência de consultas médicas (BASTOS et al., 2011; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). De acordo com a hipótese de Paslow (2004), isso se deve a influência que a esposa ou companheira exerce para que o parceiro procure mais os serviços de saúde. Estes achados legitimam os resultados encontrados nesta pesquisa. Apesar de não haver diferença

significativa para o tipo de serviço de saúde procurado, a variável estado civil determinou maior tempo de demora para buscar auxílio médico na categoria dos indivíduos solteiros (30 dias de atraso).

Em relação à religião, observou-se que os doentes seguem as tendências predominantes no país: católica e evangélica. Apesar das controvérsias científicas relacionadas à espiritualidade e o campo da saúde, sabe-se que as crenças podem levar as pessoas a atitudes extremas durante a vida. No processo de enfrentamento da doença ou problema de saúde, podem recorrer exclusivamente à recursos espirituais/religiosos, desconsiderando o auxílio médico e uso de tecnologias terapêuticas. Mesmo havendo a possibilidade desses riscos alterarem o padrão de comportamento de procura de cuidados em saúde, neste estudo a variável religião não influenciou diferenças estatisticamente significativas nem no tempo, nem nos tipos de serviços usados como porta de entrada.

A maior concentração de indivíduos com baixa escolaridade identificada nos resultados finaliza a apresentação do perfil sociodemográfico dos doentes, expondo outra preocupante face das mazelas do país e reafirmando a literatura que relaciona maior risco e incidência de TB a estratos sociais com menor grau de instrução (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010; VENDRAMINI; GAZETTA; CHIARAVALOTTI, 2005; XIMENES et al., 2009).

Os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) do ano de 2003 indicam que entre os usuários do SUS prevalecem os cidadãos com menor nível de escolaridade, baixa renda e sem cobertura por plano de saúde (RIBEIRO, 2005). A lógica é que as pessoas com pouca escolaridade são, geralmente, economicamente desfavorecidas no meio social e recorram a serviços públicos, sem dispêndio financeiro. Essa reflexão recai sobre os resultados deste estudo que mostram maiores percentagens de procura dos serviços da AB pelos doentes sem escolaridade ou com até 8 anos de estudo, enquanto que os doentes com mais de 8 anos de estudo ingressaram no sistema de saúde pelos serviços especializados.

Travassos et al. (2002), Neri e Soares (2002) ao investigarem a existência de desigualdade social na utilização de serviços de saúde, defendem que o elevado nível de escolaridade aumenta a probabilidade de busca por serviços de saúde. Somando-se ao problema da TB, pesquisas também apontam que indivíduos com níveis mais baixos de educação são menos propensos a usar serviços de saúde e, por conseguinte, interferem no processo de identificar a doença (GOLUB et al., 2005; SALANIPONI et al., 2000). Estes

achados ratificam o resultado deste estudo, ao mostrar que entre os doentes com pouca escolaridade, a mediana do tempo de demora em busca por cuidados foi de 30 dias.

O segundo indicador de acesso potencial estudado, a “disponibilidade”, relaciona-se aos meios ou ferramentas que as pessoas possuem para utilizar o serviço de saúde. Considerada uma doença que ultrapassa as barreiras biológicas, a TB reflete as condições de vida da população, segundo fatores sociais, econômicos e culturais, necessitando de uma abordagem que transcenda os aspectos técnicos, para uma outra mais inclusiva e social (RUFFINO NETO, 2000).

Estudos que buscam aprofundar o problema da TB segundo a ótica das condições sociais, consideram que a relação entre TB e precárias condições sócio-econômicas é uma conjuntura que data dos primórdios da epidemiologia dessa doença, fazendo-se necessário estudá-la e sobre ela intervir segundo esses fatores (VICENTIN; SANTO; CARVALHO, 2002; SERPA; PARDO; HERNÁNDEZ, 2003; SANTOS et al., 2007; ARCÊNCIO et al., 2009). Consensualmente, esses estudos mostram que a TB apresenta forte gradiente social, onde os determinantes de pobreza e as condições sanitárias precárias, somadas as debilidades de gestão e de organização dos serviços de saúde colaboram para o aumento da prevalência dessa doença. Confirmando o exposto, 11,9% dos doentes de TB investigados neste estudo vivem com até meio salário mínimo e 38,6% com até um salário mínimo, o que corresponde a 50,5% do total de entrevistados sobrevivendo com aportes insignificantes de renda, sendo o percentual de doentes empregados/autônomos equivalentes aos dos desempregados. Para agravar ainda mais a situação econômica, os doentes estão inseridos em famílias numerosas que dependem do irrisório suporte financeiro.

Ribeiro et al. (2006) sinalizam que a população em piores condições socioeconômicas apresenta maior probabilidade de atendimento pelo SUS e os indivíduos atendidos pelo sistema privado estão, dentre as características sociodemográficas, na parcela com a melhor renda familiar *per capita*. Ressaltam que a maior dificuldade de acesso se concentra no contingente mais pobre do país, onde paralelamente, os indivíduos com nível socioeconômico mais elevados tem maior probabilidade de utilizar serviços de saúde. Esta afirmativa é confirmada por Travassos et al. (2000, p. 142) ao investigar a variação no tipo de serviço ambulatorial utilizado segundo a renda: “os grupos de maior renda usam predominantemente consultórios particulares e clínicas, ao passo que os de menor renda usam mais postos e centros de saúde”.

Embora o SUS tenha sido criado para alcançar à população em geral, independente das condições econômicas de cada estrato da sociedade, na prática a grande desigualdade social acaba por estimular a expectativa de que as políticas públicas venham subsidiar preferencialmente a camada populacional que está fora de cobertura do sistema privado (RIBEIRO et al., 2006).

Nessa perspectiva, o esperado foi encontrado no resultado desta pesquisa, ou seja, que a maioria dos doentes com as piores rendas mensais (até meio salário mínimo) buscase os serviços públicos (AB e PCT) e não recorresse aos serviços especializados, predominantemente pagos. Dentre as variáveis relacionadas ao indicador “disponibilidade”, a “renda mensal familiar” foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa “com tipo de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB” ($p= 0,0191$). No entanto, os doentes que apresentaram entre meio a um salário mínimo surpreenderam as expectativas quando alcançaram o percentual significativo de 43,6% com relação à demanda por serviços especializados. Será uma percepção de que nestes serviços as repostas são mais resolutivas? A intensidade dos sintomas apresentados influenciou na busca por serviços de maior densidade tecnológica?

Apesar de não estar exposto nos resultados, mas atendendo a um dos critérios estabelecidos no estudo, todos os entrevistados pertencem à zona urbana o que implicaria automaticamente em facilidade de acesso aos serviços da AB, haja vista que o município possui uma cobertura de aproximadamente 90% de USF em seu território. Contudo, isso não ocorre e, considerando os limites da pesquisa, não se pode inferir as causas exatas que justifique o fato do resultado se contrapor ao esperado pelo indicador.

Voltando ao problema do estudo, outras pesquisas têm demonstrado a relação da TB com as condições de vida da população, destacando o papel dos indicadores culturais e de desigualdade sócio-econômicas com o retardo no diagnóstico da doença (NEEDHAM; GODFREY-FAUSSET; FOSTER, 1998; LAWN; AFFUL; ACHEAMPONG, 1998; LONG et al., 1999; GREENE, 2004). Desse modo, a compreensão das causas econômicas envolvidas no diagnóstico da TB é essencial para entender porque muitos pacientes demoram a diagnosticar a doença. Fatores de ordem socioculturais como o estigma, pobreza, a não aceitação da doença, impossibilidade de faltar ao emprego para comparecer ao serviço de saúde, impossibilidade de pagar meios de transporte para comparecer às consultas, entre outros, colaboram com essa problemática (RIBEIRO et al., 2000; WANG et al., 2007).

Estudo realizado em Shanghai evidenciou que condições de baixa renda, marginalização e falta de evidências clínicas para a TB, a exemplo do indício de hemoptise, colaboraram com uma média de atraso de 21 dias para o diagnóstico da TB (WANG et al., 2007). Outra pesquisa proveniente do mesmo país, mas desenvolvida na zona rural, evidencia os mesmos resultados da capital quando coloca que os grupos de baixa renda são menos propensos a procurar cuidados em saúde, colaborando para o problema do retardo na detecção dos casos de TB (ZHANG et al., 2007).

No presente contexto, a renda não esteve associada ao atraso do doente de TB. Porém, a situação empregatícia determinou prolongamento do tempo de procura dos doentes desempregados, afastados ou do lar por um atendimento médico, concordando com outro estudo brasileiro, desenvolvido na cidade de Recife, o qual mostrou que estar desempregado é um dos fatores significativamente associado ao atraso do doente nos cuidados com a TB (SANTOS et al., 2005).

Contraopondo-se, Neri e Soares (2002), pesquisando as desigualdades sociais e em saúde no Brasil, verificaram que a população sem ocupação possui 23% a mais de chances de utilizar serviços de saúde, quando comparada à parcela ocupada que leva mais de uma hora para chegar ao trabalho, pois o tempo gasto durante o percurso ou no serviço resulta em menor disponibilidade de horário para procurar por cuidados de saúde.

Por outro lado, Travassos et al. (2002), abordando a temática de utilização de serviços de saúde no Brasil, constataram que os homens com alto poder aquisitivo e ocupando posições de chefe ou empregado no setor formal da economia apresentam maiores chances de consumir serviços de saúde, prevalecendo o entendimento de que ter uma fonte de renda pode facilitar e assegurar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde.

O terceiro indicador de acesso potencial estudado, a “necessidade” relaciona-se ao nível de percepção da doença que se constitui razão mais imediata para busca de serviço de saúde. A literatura aponta que a autopercepção da saúde gera utilização de serviços, haja vista que entender a gravidade do problema e a necessidade de medidas curativas leva o cidadão a um senso crítico do seu estado e a ser agente ativo no evento. Apesar disso, os indivíduos que consideraram seu estado de saúde regular ou ruim tiveram probabilidade maior de utilizar serviços de saúde em uma pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Sul (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

Da mesma forma, pode-se chegar à conclusão que a ausência de entendimento legitima a passividade do doente ou lhe confere um direcionamento inapropriado do que deve

ser feito frente ao agravo. No caso da TB, tal fato pode potencializar o evento do retardo no diagnóstico do doente, como mostram alguns estudos ao relacionar a falta de percepção da necessidade de buscar cuidados a longos períodos de atraso para identificar e tratar o agravo (DEMISSIE; LINDTJORN; BERHANE, 2002; NGAMVITHAYAPONG et al., 2001; WANDWALO; MORKVE, 2000).

Quando a falta de conhecimento não induz ao cuidado, os sinais e sintomas passam a ser a apropriação do doente de que algo em seu organismo difere do normal e precisa de atenção em saúde. Por isso, grande parte dos artigos que tratam sobre o retardo no diagnóstico da TB associa a menor demora em procurar um serviço de saúde aos pacientes que perceberam alterações fisiopatológicas, como tosse, perda de peso, hemoptise, entre outros; e faz ressalvas de que há um melhor entendimento quanto ao diagnóstico quando já estabeleceu contato prévio com um doente de TB (GOLUB et al., 2005; SANTOS et al., 2005; WANG et al., 2007).

Embora neste estudo não tenha sido encontrada associação entre as variáveis do perfil de conhecimento do doente em relação ao tipo de serviço procurado e o tempo transcorrido, chama atenção que na avaliação de 82,5% dos doentes o conhecimento sobre a doença foi considerado ruim, mesmo que uma pequena parcela já tenha tido contato com um doente de TB na família. Ainda mais preocupante diante da problemática do retardo foi constatar que as ações educativas continuam inexpressivas e que a procura por cuidados de saúde se deu predominantemente pelo agravamento dos sintomas, ou seja, após um período relevante de adoecimento.

Validando a importância deste indicador, uma pesquisa sobre representações sociais da TB aponta que a doença ainda é temida por ser expressão forte de miséria humana e um fator digno de censura na sociedade, o que confere um distanciamento e indiferença da população ao problema e um processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso que reforça a negação da necessidade e o medo de se expor nos serviços de saúde, sendo indispensáveis esforços de cunho orientador (PÔRTO, 2007).

Apesar de se constatar no decorrer da história que os saberes e as práticas de educação em saúde foram resultantes de um discurso sanitarista para controlar as mazelas sociais e manter a produtividade econômica da sociedade, deixando marcas higienistas e normalizadoras tradicionais em seu campo prático, ainda assim esta estratégia se constitui uma importante ferramenta para a prevenção de doenças e promoção da saúde (ALVES, 2005). Reunindo conhecimentos e ações que viabilizados por profissionais da saúde alcança a

vida cotidiana das pessoas, a educação em saúde visa tornar os cidadãos aptos a compreender os condicionantes do processo saúde-doença, e desse modo portar subsídios para adoção de novos hábitos e condutas adequadas à saúde (ALVES, 2005).

Levando-se em consideração a relação mais estreita com a realidade da população e o foco de atuação no trabalho preventivo e promocional, os serviços de saúde da AB são os espaços privilegiados para efetivação prática da educação em saúde. No entanto, as lacunas reais desta implementação precisam ser reparadas com a apropriação de uma tecnologia de alta complexidade, abarcando técnicas, habilidades e saberes que culminem na educação permanente em saúde, fornecendo uma assistência preventiva, curativa e reabilitadora vinculada a uma atenção comunicadora, educadora e capacitadora (MENDES, 1999; CECCIM, 2004, 2005).

Sem questionar a forma criativa utilizada, mas ressaltando a importância de trabalhos educativos, reflete-se na tímida participação de meios que orientem a população quanto à TB. Um dos maiores agravos da saúde pública, tão antigo e temido, ainda se encontra no imaginário das pessoas sem, contudo, estar esclarecido na consciência.

Não pode ser negado o poder sedutor e informativo que a mídia exerce sobre a população através de campanhas educativas patrocinadas pelo MS, porém, muito ainda há para ser feito. Com certeza, as veiculações midiáticas surtem efeito e despertam a atenção dos cidadãos para o combate a TB, mas não devemos nos abster das outras fontes informativas voltadas para tal realidade que devem ser disponibilizados pelos serviços de saúde para alertar e orientar as comunidades sobre a enfermidade.

Essa necessidade de renovação do compromisso e da co-reponsabilidade entre os prestadores de serviço e a população assistida no sentido da educação em saúde também deve ser pensada em nível familiar/domiciliar nos casos de TB, uma vez que não se pode descartar o risco potencial dos comunicantes adoecerem e não terem a autonomia para buscarem precocemente um serviço de saúde.

Por ano, estima-se que um indivíduo foco-transmissor possa infectar, aproximadamente, dez a quinze pessoas que tenham mantido contato (BRASIL, 2010). Este alto índice de transmissão ressalta a importância do comunicante de TB na cadeia epidemiológica da doença, sobretudo os contatos mais diretos estabelecidos no núcleo domiciliar.

O enfoque dado frente aos comunicantes é a busca ativa, ação prioritária do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tal procedimento, sem dúvidas, confere maior

monitoramento das ações de vigilância epidemiológica com descoberta precoce dos casos e de possíveis fontes de transmissão, permitindo tratamento rápido e prognóstico favorável ao doente. Igualmente, este momento de procura de sintomáticos respiratórios é propício para promover ações educacionais que também implicam na prevenção.

O convívio com uma pessoa doente impõe aos demais membros da família o envolvimento com um novo problema que surpreende a dinâmica familiar. Sabe-se que vivenciar e não apenas teorizar permite melhor apreensão dos eventos, o que justifica aproveitar a oportunidade ímpar para capacitar a família a enxergar a necessidade de saúde e a extirpar as confabulações geradas em torno da TB, de modo a impulsioná-los pela busca da resolução do problema em tempo oportuno, evitando assim o diagnóstico tardio em outro evento que possa vir a acontecer dentro da família ou com pessoas próximas.

Observa-se, portanto, que o modo de viver e de pensar de cada pessoa afeta diretamente a forma de perceber a doença e enfrentá-la, basta apenas não possuir um entendimento assertivo para promoção da saúde e prevenção de doenças que as chances de potencializar a vulnerabilidade a certos agravos como a TB aumentam. No entanto, a maioria das discussões restringe-se a resumir e analisar respostas sem compreender a visão de mundo dos doentes e seus familiares (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2004).

Desse modo, entender a bagagem intelectual do doente frente ao processo saúde-doença alarga os limites da clínica, uma vez que ele não se limita aos ensinamentos médicos. Pelo contrário: cada indivíduo detém um variado saber que foge ao domínio do próprio PCT (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2004).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto revela que o “conhecimento/desconhecimento” da TB se constitui um empecilho na vida diária dos doentes. Desconhecer o modo de transmissão, a etiologia, os sinais e sintomas e que há tratamento e cura para a enfermidade leva o doente a uma impotência ou passividade diante da doença, além de que sustenta as informações equivocadas, gerando sentimentos como preconceito, medo da discriminação social, culpa pelo risco que representa no meio que está inserido, receio do isolamento e da incapacidade funcional, temor pela morte, entre outras debilidades (VENDRAMINI, 2001).

Na ausência de conhecimento, a doença é percebida pela fala do corpo. Os sinais e sintomas comumente confundidos com uma simples gripe tomam maiores proporções e a consequente debilidade orgânica advertida pelo afastamento do estado "normal ou de equilíbrio" ao qual a pessoa se encontrava antes de adoecer funcionam como uma alavanca

propulsora de busca por cuidados em saúde. Todavia, o intervalo de tempo estabelecido nesta conjuntura se traduz em retardo no diagnóstico e sustentação da transmissibilidade da doença, sendo necessários esforços para reversibilidade deste processo.

Enfim, a percepção da doença antes que haja o agravamento dos sintomas e as devidas intervenções que devem ocorrer o mais precoce possível dependem do recebimento de informações corretas e isto requer uma participação mais enfática dos serviços na educação em saúde da população, tornando o doente aliado na luta contra a TB. Essa tarefa não se constitui em uma missão impossível, nem tampouco difícil quando se há um compromisso de inserir a comunidade em um processo co-participativo. Utilizando-se linguagem compreensível e orientações claras, qualquer indivíduo com as faculdades mentais preservadas pode ser estimulado a assumir uma postura pró-ativa na construção do cuidado em saúde.

Essa lacuna do desconhecimento e a conseqüente falta de autonomia para gerir o processo saúde-doença abre espaço para discutir o quarto indicador de acesso potencial—“utilização prévia de serviços de saúde”, onde pode se reafirmar a demanda pelos serviços de saúde decorrentes fundamentalmente do evento da doença para uma assistência curativa.

O popular ditado “é melhor prevenir do que remediar” não parece condizer com a prática vivenciada pela maioria dos brasileiros que se movimentam em prol da sua saúde quando o problema já está instalado e aparente.

Confirmando a existência de associação positiva entre a utilização de serviços e a presença de problemas de saúde, Travassos et al. (2000) trazem nos resultados de pesquisa que as taxas de uso dos indivíduos com morbidade são significativamente maiores quando confrontadas com a dos indivíduos sem morbidade. Goldbaum et al. (2005) ainda acrescentam que o estabelecimento de uma dada necessidade, onde existem expectativas mais intensas e específicas que requerem atenção, resulta na procura por assistência médica.

Entre os doentes entrevistados, foi constatado que 62,4% utilizaram previamente os serviços de saúde em adoecimentos pregressos a TB. Contudo, dos doentes que não recorreram a nenhum serviço de saúde ou optaram por locais religiosos, benzedoiras ou farmácia, sem o olhar clínico de um profissional de saúde, procuraram em sua maioria os serviços da AB no advento da TB e não se pode determinar as causas para tal ocorrência. No entanto, mostrar a importância de que os doentes de TB optaram pela AB como porta de entrada para o sistema de saúde, mesmo sem ter tido um contato anterior com qualquer tipo de

serviço de saúde, é válido na perspectiva de acesso aos cuidados descentralizados no nível primário de atenção.

Como parte do arcabouço da AB, o elemento prevenção é uma forte meta estabelecida pela ESF. Mais uma vez ressalta-se o ambiente favorável e privilegiado que são as USF para instigar o usuário a entender que a saúde não se limita a ausência de doenças e que os condicionantes do processo saúde-doença ultrapassam as paredes dos serviços de saúde, requerendo atenção especial voltada para vigilância de sua condição de saúde. Contrariando o esperado, não houve associação entre a frequência de busca de serviços para controle preventivo e o tipo de serviço procurado como porta de entrada. Em contrapartida, o relevante percentual de 56,4% dos que assinalaram nunca procurarem pelo serviço de saúde para realizar controle preventivo indica a necessidade de ações voltadas para estimular os doentes de TB quanto ao monitoramento do seu estado de saúde.

Logo, as unidades da AB são os serviços tidos como referência no que se refere a controle preventivo, sobretudo das endemias pertencentes a sua área de responsabilidade. A diretriz organizativa da territorialização confere a equipe saúde da família se apropriar do perfil sócio-epidemiológico da comunidade e sobre ele traçar um planejamento de ações eficazes para população adstrita, incluindo a identificação de fatores causais ou posturas inadequadas antes da morbidade, evitando, assim, o surgimento da doença ou um diagnóstico precoce e um prognóstico benéfico para o paciente, família e comunidade.

Concernente à TB, a busca sistemática de casos é o método mais eficiente de prevenção, mas não o único. Além da vacina avaliando proteção às formas graves da TB, o esclarecimento da comunidade quanto ao risco de contágio, exames preventivos e quimioprofilaxia para comunicantes, garantem decisivamente minimização do problema do retardo no diagnóstico da TB e maiores conquistas no combate à doença. Mais propício a tais intervenções, espera-se que os serviços de AB de fato liderem o trabalho preventivo no sistema de saúde e rompa com a visão fragmentada do auto-cuidado destinado apenas ao problema de saúde e que não incide sobre a prevenção.

Ainda sob a perspectiva da utilização prévia de serviços, a maioria dos entrevistados (62,4%) afirma não procurar as USF para realizar consultas ou exames de rotina antes do adoecimento pela TB. Procurando ou não, nota-se que o uso regular deste tipo de serviço (AB) não determinou sua procura no evento da TB.

O uso regular de serviços de saúde tem sido considerado um indicador positivo para o acesso. De acordo com o IBGE (2003), o serviço de uso regular é aquele em que o indivíduo

comumente recorre para ser atendido, independente da especialidade e finalidade. A expectativa é que seja criado, a partir do uso frequente de um mesmo serviço, vínculo e confiança entre o usuário e a equipe de saúde, permitindo uma maior interação e influência destes na situação de saúde da comunidade.

Contudo, uma pesquisa desenvolvida em um município paulista revela a outra face da realidade. Em São Vicente, compararam-se os moradores que usam regularmente algum serviço que pertence ao SUS com os que não recorrem ao sistema, observando-se que os dois grupos têm comportamentos diferentes em relação ao uso de serviços durante a necessidade percebida. Do total de usuários que procuram rotineiramente o SUS, 2% necessitaram, mas não buscaram atendimento nos últimos dias, *versus* 0,5% dos usuários de serviços que não utilizam o SUS ($p < 0,005$), indicando que a diferença entre os setores pode ser ocasionada por maiores fragilidades no sistema público de saúde em relação ao privado, pois não leva a população a sequer procurá-lo no ensejo da necessidade (ALVES et al., 2008).

Independente do uso regular de serviços, a proximidade dos serviços da AB à moradia do doente determinou sua utilização no episódio da TB, comprovado pela diferença estatisticamente significativa encontrada nesta pesquisa ($p=0,0000$).

O “estar próximo” à residência dos doentes parece permitir aos serviços da AB promover a acessibilidade geográfica e econômica para a comunidade. Como discutido anteriormente, a maior quantia de indivíduos acometidos pela TB pertencem a um nível sócio-econômico precário, tornando mais viável acessar a unidade que não vai lhe conferir despesas financeiras, nem obstáculos para se deslocar.

Diante do exposto para este indicador, toma-se a perspectiva de que a variável relacionada à proximidade do serviço ao domicílio do doente pudesse influenciar não só o tipo de serviço de saúde, mas também o tempo gasto para procurar o primeiro serviço de saúde a fim de diagnosticar a TB. Esta expectativa aumenta à medida que os estudos relacionados ao problema de pesquisa trazem extensos períodos de atraso até ao diagnóstico da doença associados à distância das unidades de saúde, procura de provedores de cuidados não-formais, se tratar por conta própria ou utilizar formas alternativas de combater a tosse (DEMISSIE; LINDTJORN; BERHANE, 2002; YIMER; BJUNER; ALENE, 2005; RAJESWARI et al., 2002; SALANIPONI et al., 2000), mas no presente trabalho não houve associação.

Ao analisar a mediana do tempo em dias que o doente de TB demorou para procurar os serviços de saúde, segundo os indicadores “predisposição”, “disponibilidade”,

“necessidade” e “utilização prévia”, verificou-se diferença estatisticamente significativa nos valores das medianas das variáveis “estado civil” ($p= 0,0083$), “escolaridade” ($p=0,0385$) e “situação empregatícia” ($p=0,0232$). Os indivíduos solteiros, com até 8 anos de estudo e desempregados, estudantes, afastados ou do lar foram os que mais demoraram a procurar um serviço de saúde (30 dias).

Uma revisão sistemática da literatura, que reuniu todos os trabalhos desenvolvidos com a temática de atraso no diagnóstico da TB entre os anos de 1980 a 2008, traz uma riquíssima síntese do tempo médio de retardo, incluindo o atraso específico do doente que não diferiu entre os países periféricos e de alta renda. Entre estes dois grupos, a variação foi de 4,9 a 162 dias de demora relativa ao início dos sintomas até a primeira consulta em um serviço de saúde, com mediana de 31,7 dias dentre os 46 países periféricos e 25,8 dias nos 10 países de alta renda, comprovando-se atrasos estatisticamente semelhantes (p -valor 0,637) (SREERAMAREDDY et al., 2009).

Comparando os achados da pesquisa com os valores medianos encontrados neste estudo, verifica-se escores equivalentes de atraso nos dois grupos de países pesquisados: Etiópia (1998) – 15 dias, Índia (1997-1998) – 20 dias, Índia (2003) – 21 dias; China (2006) – 19 dias, Malásia (1994) – 15 dias, Japão (1997) – 21 dias, Estados Unidos (1994) – 25 dias, Hong Kong (2004) – 20 dias (SREERAMAREDDY et al., 2009).

O relevante não é que o número de meses ou dias seja inferior ou superior a um padrão esperado de atraso, mas as conseqüências individuais e coletivas de cada minuto que um portador ativo da TB passa sem os cuidados necessários. O conhecimento da realidade das comunidades e do modo de andar a vida dos seus indivíduos pode fortalecer as relações entre equipes/usuários e promover agilidade na busca e obtenção de cuidados.

Reconhecendo que as ações de controle da doença assumem diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários, espera-se que sejam incluídos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, rotinas e processos de busca sistemática das necessidades de saúde e desenvolvidas habilidades para reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico no qual se dá o encontro do sujeito/equipe, e deste modo concretize nos serviços de APS, um cuidado fundamentado na integralidade.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reiterando o enfoque da pesquisa, o estudo trouxe ao cenário de investigação a relação entre os determinantes individuais de acesso e o padrão de utilização de serviços de saúde do doente acometido por TB sob quatro principais vertentes: “predisposição”, “disponibilidade”, “necessidade” e “utilização prévia de serviços de saúde”. A análise de cada indicador permitiu visualizar a influência dos determinantes postulados no tipo de serviço de saúde procurado como porta de entrada para obtenção do diagnóstico da TB e no tempo decorrido entre se perceber doente e o primeiro contato com um serviço de saúde que se constitui no atraso do doente.

A partir do indicador de “predisposição” que abarca o perfil sociodemográfico dos sujeitos entrevistados, pôde-se constatar que tanto os doentes do sexo feminino quanto do masculino recorreram com maior frequência aos serviços da AB para ingressar na rede de cuidados, assim como os adultos jovens e idosos, e os indivíduos de cor negra e pardos. A predominância pela busca da AB também ocorreu entre os solteiros e casados/união estável, em todos os segmentos religiosos e nos usuários com baixo nível de escolaridade, sem, contudo, haver associação estatisticamente significativa entre as variáveis pela semelhança de proporções. Entretanto, os indivíduos solteiros e com até 8 anos de escolaridade estiveram associados com uma maior demora em procurar um serviço de saúde quando se perceberam doentes.

Quanto ao indicador de “disponibilidade”, concernente ao perfil econômico dos doentes de TB, o quesito renda determinou que os doentes com os menores aportes financeiros buscassem os serviços públicos (AB e PCT). Corroborando, o maior percentual encontrado para utilização da AB se concentrou nas famílias numerosas com mais de sete pessoas pertencendo ao mesmo núcleo familiar. Na categoria de situação empregatícia, os empregados/autônomos foram os que menos procuraram pelos serviços da AB, supondo-se que ao dispor de aportes financeiros, cria-se condições e autonomia de recorrer a outros serviços, que não os da AB. Apesar dessa variável não conferir associação com o tipo de serviço procurado, verifica-se sua influência no tempo de busca, atestando que os doentes desempregados ou em vulnerabilidade econômica apresentaram um atraso maior para procurar uma porta de entrada ao sistema de saúde.

No que se refere ao terceiro indicador de “necessidade”, vinculado ao perfil de conhecimento sobre a doença, os percentuais evidenciam a lacuna existente no repasse de informação para tornar a população orientada quanto ao agravo em questão. A avaliação que os doentes fizeram acerca do seu próprio conhecimento sobre a doença apontou apenas dois

resultados insatisfatórios: regular e ruim, sendo a gravidade dos sintomas que, em geral, impulsionou o indivíduo a buscar por cuidados de saúde. No entanto, independente do nível de conhecimento manifestado, a maior demanda foi pelos serviços de AB, não havendo diferenças significativas no tempo de busca por assistência em saúde.

Em relação à “utilização prévia”, último indicador analisado, averiguou-se que a experiência de uso de serviços de saúde antes do adoecimento por TB foi ocasionada em sua maioria por um problema de saúde e não para controle preventivo, cuidados ou exames de rotina. Quanto à busca por serviços de saúde por ocasião da TB, a proximidade das unidades da AB aos domicílios do doente influenciou a utilização deste serviço.

Observa-se que os serviços da AB têm conquistado gradativamente abertura expressiva para entrada do doente ao sistema de saúde. Contudo, torna-se perceptível na análise dos resultados que os determinantes individuais associados à procura pelas unidades de AB e ao maior atraso pela busca de cuidados estão relacionados aos atributos dos indivíduos pertencentes às classes sociais menos favorecidas que, por sua vez, repercute automaticamente nas desigualdades de acesso à saúde.

Sobrepunhando visões restritas que reduzem a Atenção Primária à Saúde como um veículo para ofertar serviços ao público marginalizado da sociedade, destaca-se a realidade de que muitos esforços ainda precisam ser empreendidos a fim superar os efeitos da fragmentação que persistem na rede de serviços de saúde do SUS e potencializar a APS como porta de entrada preferencial dos doentes de TB.

Conclui-se, portanto, que o modelo teórico utilizado confirmou a presença de fatores predisponentes que favorecem as desigualdades na busca e obtenção de cuidados. No entanto, a interpretação das variáveis selecionadas não leva em conta a variabilidade e a dinâmica de seus significados sociais concretos. Uma das limitações dos estudos de associações é que decompõe o todo a partes, associadas entre si por relações lineares de causa-efeito e assim lidam com uma positividade condicional inerente a um discurso que abstrai a variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados das práticas sociais em que tais possibilidades de adoecimento são vividas e experienciadas. Contudo, envidar esforços para inclusão da dimensão subjetiva pode resultar em grandes conquistas na formulação de estratégias eficazes no combate a TB, uma vez que permite apreender nas especificidades do comportamento de busca de cuidados a totalidade dos sujeitos, valorizando sua postura e conhecimento de forma a torná-lo visível e co-responsável no processo.

Entendendo a importância de tais indicadores para a avaliação da conduta de procura por assistência em saúde e reiterando a valorização da integralidade do cuidado, consideram-se os seguintes apontamentos:

- Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas que avaliem as dificuldades de acesso dos doentes às ações descentralizadas de controle da TB na rede básica de saúde do município estudado;
- Recomenda-se investir em avaliações de práticas assistenciais a fim de assegurar a apropriação da subjetividade no cuidado integral ao doente entre as equipes de saúde;
- Considera-se necessário investigar uma possível subestimação de casos de TB na população feminina;
- Suscitam-se maiores reflexões acerca da renda persistir como um forte determinante de diferenciação de uso de serviços públicos e privados, abolindo a idéia de uma saúde pública destinada para pobres;
- Estimula-se o estabelecimento de vínculo nos serviços de saúde no sentido de acolher o usuário para construção conjunta/compartilhada do cuidado em saúde;
- Adverte-se para a incorporação efetiva da educação permanente nas práticas de saúde, principalmente, no que diz respeito à TB;
- Iniciativas para sensibilização e divulgação da ESF são necessárias tanto entre a população, visto que parte dos doentes afirmou não utilizá-la, quanto melhor comunicação sobre as diretrizes, objetivos e características deste modelo de atenção junto aos profissionais pertencentes à rede. Neste sentido, a conquista de apoio e legitimidade para a ESF ainda é um tema pendente;
- Estabelecer objetivos comuns, de forma que o cuidado em saúde tenha o usuário como centro e seja organizado de acordo com suas expectativas pessoais e necessidades em saúde, apontam alguns caminhos.

Por fim, espera-se que a atual pesquisa desperte o interesse de outros estudiosos da área a utilizar as lentes humanizadas do cuidado para enxergar o doente, e a partir dele delinear estratégias para reverter o grave e persistente problema do retardo no diagnóstico da tuberculose.



REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 233-242, abr/jun 1996.

ADAY, L. A; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, p. 208- 20, 1974.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 259-74, mar/ago 2004.

ALMEIDA, E. S. A.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e a organização do sistema de atenção à saúde, antecedentes da Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S.A (Orgs.). **Gestão dos serviços de saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001. p.13-50. (Série Acadêmica n. 37).

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2006.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ALVES, M. C. G. P.; ALVES, O. S. F.; BOUSQUAT, A.; ESCUDER, M. M. L.; SEGRI, N. J. Uso de serviços de saúde. In: ESCUDER, M. M. L.; MONTEIRO, P. H. N.; PUPO, L. R. (Orgs.). **Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de saúde, 2008. 215p.

ANDERSEN, R. **A Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Research Series**. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. 1968.

_____. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, v. 51, p. 95-124, 1973.

ARCÊNCIO, R. A. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)**. Tese (Doutorado em Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

ARCÊNCIO, R. A. et al. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo. **Rev Esc Enferm USP (Impresso)**, v. 1, n. 1, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177 f. Dissertação [Mestrado em saúde pública]. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BALASUBRAMANIAN, R. et al. Gender disparities in tuberculosis: report from a rural DOTS programme in south India. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 8, p. 323-332, 2004.

BALDANI, M. H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev. Bras. epidemiol.**, v. 13, n. 1, p. 150-62, 2010.

BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 305-13, fev 2007.

BARREIRA, D. Antigo e atual problema de saúde pública. **Radis**, n. 106, p. 20-21, jun 2011.

BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D.; HALLAL, P. C.; SANTOS, I. S. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 45, n. 3, p. 475-84, 2011.

BATISTA, L. E. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte**. 2002. 232 f. Tese [Doutorado]. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, 2002.

BEDRIKOW, R. A tuberculose e o casamento. **J Pneumol**, v. 8, n. 3, p. 173-4, mai/jun 2002.

BELO, M. T. C. T. et al. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol.**, v. 36, n. 5, p. 621-25, 2010.

BERTAZONE, E. C.; GIR, E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 115-22, jan 2000.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, p. 28-35, out/mar 2005.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 161 f. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BOWKALOWSKI, C.; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 1, p. 92-9, jan/mar 2010.

BRANCH, L. Assessment of chronic care need and use. **The Gerontologist**, v. 40, n. 4, p. 390-96, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa de Controle da Tuberculose. **Diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose : uma proposta de integração ensino-serviço/ FUNASA; CRPHF; SBPT**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Eletrônico Epidemiológico. **Tuberculose: informe eletrônico da tuberculose**, Brasília, DF, n. 2, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de controle da Tuberculose**, Brasília, DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446. Acesso em: 14 fev. 2010

_____. Ministério da Saúde. **Garantindo o acesso a toda população: saúde em todo o lugar**. Departamento de Atenção Básica SAS, Brasília, DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_13m_heider.pdf. Acesso em: 09 de junho de 2011.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde colet.**, v. 8, n. 2, 2003.

CAMPOS, H. S. Diagnóstico da tuberculose. **Pulmão RJ**, v. 15, n. 2, p. 92-9, 2006.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev. Saúde Públ.**, v. 40, n. 3, p. 436-43, 2006.

CAVALCANTI, Z. R.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; CAMPELO, A. R. L.; XIMENES, R.; MONTARROYOS, U.; VERÇOSA, M. K. A. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **J. bras. pneumol.**, v. 32, n. 6, p. 535-43, 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set 2004/fev 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, jul/set 1997.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 25, n. 1, jan/mar 2009.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**, v. 50, p. 1385-401, 2000.

DEMISSIE, M.; LINDTJORN, B.; BERHANE, Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. **BMC Public Health**, v. 2, p. 23, 2002.

DIÉZ, M. *et al.* Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **European Journal of Public Health**, v. 15, n. 4, p. 343-9, 2005.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Copilco S. A., 1984.

DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Soc Sci Med**, v. 23, n. 7, p. 721-35, 1986.

ESCOREL, S. E.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O programa saúde da família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

EVANS, R.G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. In: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (Orgs.). **Why are some people health and others not?: the determinants of health of populations**. New York: Aldine DeGruyter, 1994. p. 27-64.

FARAH, M. G. et al. Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. **BMC Infect Dis**, v. 6, p. 33, 2006.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde colet.**, v. 10, p. 105-9, 2005.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 5, p. 825-31, 2009.

FONSECA, J. L. C. L.; LEÃO, L. S.; LIMA, D. C.; TARGINO, P.; CRISÓSTOMO, A.; SANTOS, B. Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79-91.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006.

FRANCO, J. V; MORAES, J. R; SANTANDER, L. A. M; GUIMARÃES, P. V. **Relação entre a ocorrência de tuberculose e um conjunto de fatores sócioeconômicos, demográficos e de saúde da população brasileira usando a PNAD 2003**. Disponível em: < http://www.ime.unicamp.br/sinape/sites/default/files/Trabalho_19Sinape.PDF >. Acesso em: 10 dez. 2010.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2001.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Públ.**, v. 39, n. 1, p. 90-9, 2005.

GOLUB, J. E. et al. Patient and health care system delays in pulmonary tuberculosis diagnosis in a low-incidence state. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 9, n. 9, p. 992–8, 2005.

GOLUB, J. E. et al. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 10, n. 1, p. 24-30, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens usam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GÓMEZ, M. N. A. et al. Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. **Arch Bronconeumol**, v. 39, n. 4, p. 146-52, 2003.

GREENE, J. A. An ethnography of nonadherence: culture, poverty, and tuberculosis in urban Bolivia. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 28, p. 401–25, 2004.

HABIBULLAH, S.; SADIQ, A.; ANWAR, T.; SHEIKH, M. A. Diagnostic delay in tuberculosis and its consequences. **Pak J Med Sci**, v. 20, n. 3, p. 266-9, 2004.

HAIR Jr., J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90**. IPEA, Brasília. (Texto para discussão, n. 807), 2001.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar. **Síntese de Indicadores de 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/comentarios2003.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2010.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 03 set. 2010.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço de intervenção governamental**. Brasília: IPEA, 2003.

JAMAL, L.F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo hiv no brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Públ.**, v. 41, supl.1, p. 104-10, 2007.

JOÃO PESSOA. **Relatório Técnico da Secretaria municipal de Saúde**, 2010.

JOHANSSON, E.; LONG, N. H.; DIWAN, V. K.; WINKVIST, A. Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behavior among men and women in Vietnam. **Health Policy**, v. 52, p. 33-51, 2000.

LAWN, S. D.; AFFUL, B.; ACHEAMPONG, J. W. Pulmonary tuberculosis: diagnostic delay in Ghanaian adults. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 2, p. 635-40, 1998.

LIENHARDT, C. et al. Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of The Gambia. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 5, p. 233-9, 2001.

LIMA, D. S. **Situação da tuberculose na Paraíba**. Seminário das ações de controle da tuberculose. Núcleo de Doenças Endêmicas – Secretaria Estadual de Saúde, 2010.

LONG, N. H. et al. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. **Int j tuberc lung dis**, v. 3, n. 5, p. 388-93, 1999.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde colet.**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 2, p. 144-57, 2009.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

- MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.
- MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 819-32, 2001.
- MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev. Saúde Públ.**, v. 37, n. 3, p. 372-8, 2003.
- MORETIN, L. G. **Estatística Básica**. São Paulo: *Rearson Education* do Brasil, 2000.
- MORI, T.; SHIMAO, T.; JIN, B. W.; KIM, S. J. Analysis of case-finding process of tuberculosis in Korea. **Tuber Lung Dis**, v. 73, p. 225-31, 1992.
- NEEDHAM, D. M; GODFREY-FAUSSETT, P; FOSTER, S. D. Barriers to tuberculosis control in urban Zambia: the economic impact and burden on patients prior to diagnosis. **Int j tuberc lung dis**, v. 2, n.10, p. 811–17, 1998.
- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p. 77-87, 2002.
- NGAMVITHAYAPONG, J.; YANAI, H.; WINKVIST, A.; DIWAN, V. K. Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an epidemic and mountainous area in Thailand. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 5, p. 1013-20, 2001.
- NOGUEIRA, J. A. et al. O sistema de informação e controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 1, p. 125-31, 2009.
- NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 2, p. 207-16, jun 2011.
- O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 2820-34, dez 2007.
- ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis**: informe final. Ecuador, 1997.
- PAIXÃO, M. **Brasil 2000**: novos marcos para as relações sociais. Rio de Janeiro: Fase, 2000.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiologia. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, 2008.

PARSLOW, R.; JORM, A.; CHRISTENSEN, H.; JACOMB, P.; RODGERS, B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older australians. **Soc Sci Med**, v. 59, n. 10, p. 2121-9, 2004.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 1995. 596 p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando a Dívida se Transforma em Saúde: algumas reflexões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ-IMS: ABRASCO, 2004. p. 37-56.

POLAK, Y. N. S.; KALEGARI, D. R. G.; DOMINGUES, D. E.; YAMASAKI, I. S. A Compreensão de doença dos adultos da grande Curitiba. **Cogitare Enfermagem**, v. 1 n. 2, p. 11-8, jul/dez 1996.

PONTES, F. Doenças negligenciadas ainda matam 1 milhão por ano no mundo. **Inovação em pauta**. p. 69-73. Disponível em: www.finep.gov.br/.../inovacao_em_pauta_6_doencas_negl.pdf. Acesso em: nov. 2010.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl.1, p. 43-9, set 2007.

RAJESWARI, R. et al. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 6, p. 789-95, 2002.

RIBEIRO, S. A.; AMADO, V. M.; CAMELIER, A. A.; FERNANDES, M. M. A.; SCHENKMAN, S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **J Pneumol**, v. 26, n. 6, nov/dez, 2000.

RIBEIRO, J. L. **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciênc. saúde colet.**, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

RODGER, A. et al. Delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis, London, 1998–2000: analysis of surveillance data. **BMJ**, v. 326, p. 909-10, 2003.

ROSENSTOCK, I. M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ, K.; LEVIS, F. M.; RIMER, B. K. (Orgs.). **Health behavior and health education: theory, research and practice**. San Francisco: Jossey-Bass; 1990. p. 39-62.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **J Pneumol**, v. 26, n. 4, jul/ago 2000.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 35, n. 1, p. 51-8, 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/ REDE TB – USP, 2006. 210p.

SÁ, L. D. et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 19, n. 2 [09 telas], mar/abr 2011a.

SÁ, L. D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da TB na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 9, p. 3413-9, 2011b.

SAÉZ, M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. **Gac Sanit**, v. 17, n. 5, p. 412-9, 2003.

SALANIPONI, F. M. L. et al. Care seeking behaviour and diagnostic processes in patients with smear-positive pulmonary tuberculosis in Malawi. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 4, n. 4, p. 327-32, 2000.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v. 12, n. 1, abr 2004.

SANTOS, M. A. P. S. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v. 5, n. 25, p. 1-8, 2005.

SANTOS, M. L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; OLIVEIRA, S. A. C.; VILLA, T. C. S. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.15(número especial), set/out 2007.

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A.; KRITSKI, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; ASSIS, M. M. A.; MOTTA, M. C. S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 3, 2009.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 3, 2009.

SENGUPTA, S. et al. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 10, n. 9 p. 1008–12, 2006.

SERPA, I. M; PARDO, C. L; HERNÁNDEZ, R. A. Un estudio ecológico sobre tuberculosis en un municipio de Cuba. **Cad. Saúde Públ.**, v. 19, n. 5, set/out 2003.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 488-91, jul/ago 2006.

SOUSA, M. F.; FERNANDES, A.; ARAÚJO, C. FERNANDES, M. C. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 21, p. 7-14, 2000.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 100-10, 2008.

SREERAMAREDDY, C. T.; PANDURU, K. V.; MENTEN, J.; ENDE, J. V. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases**, v. 9, n. 91, 2009.

STEEN, T. W.; MAZONDE, G. N. Pulmonary tuberculosis in Kweneng District, Botswana: delays in diagnosis in 212 smear-positive patients. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 2, p. 627-34, 1998.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1168-73, mai 2008.

THORSON, A.; HOA, N. P.; LONG, N. H. Health-seeking behavior of individuals with a cough of more than 3 weeks. **Lancet**, v. 356, n. 9244, p.1823-4, 2000.

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

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C.; MÜLLER, R. C. F. Masculinidade e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, v. 20, n. 3, p. 973-94, 2010.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, (supl. 2), p. 190-8, 2004.

- TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. de Saúde Pública**, n. 23, v. 10, p. 2490-502, out 2007.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 5, n. 1, p. 133-49, 2000.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: Gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam. Salud Públ.**, v. 11, p. 365-73, 2002.
- TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos Serviços de Saúde: Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Rev. Saúde Públ.**, v. 21, n. 5, p. 439-46, 1987.
- VELLOSO, V. R. O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: BODSTEIN, R.(Org.). **Serviços Locais de Saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 97-115.
- VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. 2001. 180 f. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E. I.; CHIARAVALOTTI, F. N. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **J Bras Pneumol**, v. 31, n. 3, p. 237-43, 2005.
- VICENTIN, G; SANTO, A. H; CARVALHO, M. S. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde colet.**, v.7, n. 2, p. 253-63, 2002.
- VILLA TCS, RUFFINO NETTO A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 6, p. 612-10, 2009.
- WANDWALO, E.R.; MORKVE, O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 4, p. 133-8, 2000.
- WANG, W.; JIANG, Q.; ABDULLAH, A. S. M.; XU, B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 5, p. 419-42, 2007.
- WARD, J.; SISKIND, V.; KONSTANTINOS, A. Patient and health care system delays in Queensland tuberculosis patient, 1985-1998. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 5, p. 1021-7, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Gender and Tuberculosis**. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Gender in Tuberculosis Research**. Geneva: WHO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, 2010.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma Semiótica da Integralidade, o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ-IMS: ABRASCO, 2004. p. 133-155.

XIMENES, R. A. A. et al. Is it better to be rich in a poor area or poor in a rich area? A multilevel analysis of a case-control study of social determinants of tuberculosis. **Int J Epidemiol**, v. 38, n. 5, p. 1285-96, 2009.

YIMER, S.; BJUNE, G.; ALENE, G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infectious Diseases**, v. 5, n. 112, p. 1-7, 2005.

ZHANG, T.; TANG, S.; JUN, G.; WHITEHEAD, M. Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups. **BMC Public Health**, v. 7, p. 19, 2007.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

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

I. Doentes de Tuberculose

Número do questionário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____
Horário de início da entrevista: _____	Local da coleta: _____
Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificar: _____	

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO PACIENTE

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

B. PORTA DE ENTRADA

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

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

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

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

36.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)		
36.c. Tipo: 1- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 5- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Privado; 8- <input type="checkbox"/> Consultório particular 9- <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____ 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)		
37.	No serviço de saúde que descobriu a tuberculose, o(a) Sr(a) conseguiu consulta no prazo de 24 horas?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
38.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto durante os fins de semana?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
39.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto depois das 18:00 horas pelo menos um dia durante a semana?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
40.	Com que frequência o(a) Sr(a) perdeu o turno de trabalho ou algum compromisso para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase Sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase Nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
41.	Como é a distância do serviço de saúde que descobriu a tuberculose até a casa do(a) Sr(a)?	1- <input type="checkbox"/> Muito distante; 2- <input type="checkbox"/> Distante; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Próximo; 5- <input type="checkbox"/> Muito próximo
42.	Qual foi o meio de transporte mais utilizado pelo(a) Sr(a) para ir até o serviço de saúde para descobrir a TB?	Especificar: _____
43.	Com que frequência o(a) Sr(a) precisou utilizar transporte motorizado para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
44.	O(a) Sr(a) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
45.	O(a) Sr(a) teve que pagar alguma quantia para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que descobriu a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
46.	O(a) Sr(a) necessitou de ajuda financeira para realizar as consultas e exames para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
47.	Como o(a) Sr(a) foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que descobriu a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim; 2- <input type="checkbox"/> Ruim; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Bem; 5- <input type="checkbox"/> Muito bem
D. ELENCO DE SERVIÇOS PARA O DIAGNÓSTICO		
4 8 .	Todos os exames pedidos para o(a) Sr(a) foram realizados no serviço que descobriu a tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4 9 .	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose perguntou se o(a) Sr(a) tinha alguma dificuldade de transporte para realizar/entregar os exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
5 0 .	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose ofereceu transporte e/ou vale transporte para a realização/entrega dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
5 1 .	O(a) Sr(a) recebeu orientação para a realização dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
5 2 .	Com que frequência faltou materiais (pote de escarro, etc) para a realização dos exames no serviço que descobriu a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
5 3 .	O(a) Sr(a) teve dificuldade para entregar o pote de escarro no serviço que descobriu a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso não tenha feito exame de escarro)
5 4 .	O(a) Sr(a) recebeu os resultados dos exames realizados:	54.a. No serviço de saúde que fez o pedido dos exames 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 54.b. Em outro serviço de saúde. Especificar: _____ 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre

E. TRATAMENTO	
5 5 .	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha TB, quantos dias demorou para começar a fazer o tratamento? _____ DIAS <input type="checkbox"/> Não sabe
F. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE	
5 6 .	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose perguntaram se as pessoas que moram com o(a) Sr(a) tem tosse, febre, emagrecimento? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
5 7 .	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha tuberculose, recebeu visita de algum profissional de saúde em sua moradia? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
5 8 .	As pessoas que moram com o(a) Sr(a) foram avaliadas com: 58.a. Exame de escarro (catarro) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua) 58.b. Raio X (chapa do pulmão) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua) 58.c. PPD (exame na pele) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
5 9 .	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram com as pessoas que moram com o(a) Sr(a) sobre a tuberculose? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
6 0 .	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram sobre as condições de vida das pessoas que moram com o(a) Sr(a) (emprego, moradia, saneamento básico)? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
6 1 .	O(a) Sr(a) observava visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança para perguntar se as pessoas tem tosse? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
G. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista)	
FONTES DE COLETA DE DADOS: _____	
6 2 .	Nº SINAN ou WEB-TB: _____ 63. Prontuário: _____
6 4 .	Serviço responsável pelo diagnóstico 64.a Nome: _____ 64.b. Endereço: _____ 64.c. Horário de atendimento: _____ 64.d. Tipo de Serviço de Saúde: 1 <input type="checkbox"/> UBS 2 <input type="checkbox"/> UBS/PACS 3 <input type="checkbox"/> USF 4 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose. Especificar _____ 5 <input type="checkbox"/> Hospital público 6 <input type="checkbox"/> Hospital privado 7 <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento 8 <input type="checkbox"/> Consultório Particular 9 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____

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

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

João Pessoa, ____, de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

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

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

Telefone (0XX16) 36023228

e.mail: tite@eerp.usp.br

ANEXO 3



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

CERTIDÃO

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

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


Eliane Marques de Sousa
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

T828d Trigueiro, Débora Raquel Soares Guedes.
Determinantes individuais: fatores
predisponentes à utilização dos serviços de saúde
na atenção ao diagnóstico da tuberculose / Débora
Raquel Soares Guedes Trigueiro.- João Pessoa,
2011.

100f. : il.

Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Tuberculose. 2. Tuberculose – diagnóstico
tardio. 3. Serviços de saúde – acesso. 4.
Epidemiologia e Saúde.