



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

DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: barreiras de acesso

ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA

João Pessoa - PB
2011

ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: barreiras de acesso

Dissertação apresentada à
Universidade Federal da Paraíba para a
obtenção do título de Mestre junto ao
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem do Centro de Ciências da
Saúde.

Linha de pesquisa: Epidemiologia e
Saúde

Orientadora: Prof^a Dr.^a Lenilde Duarte de Sá

João Pessoa - PB
2011

ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: barreiras de acesso

BANCA EXAMINADORA

APROVADA EM: __/__/__

Prof.^a Dr.^a. Lenilde Duarte de Sá - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof.^o Dr.^o Pedro Fredemir Palha – Examinador
(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP)

Prof.^a. Dr.^a. Antônia Oliveira e Silva – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof.^a. Dr.^a. Jordana de Almeida Nogueira – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

A **Deus** pela minha vida e por sempre guiar meu caminho.
Aos meus pais, **Paulo** e **Márcia**. Amo vocês.

DEDICO

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora **Profª Drª Lenilde Duarte de Sá**

Pela confiança em mim depositada, paciência, alegria, amizade, por estar sempre disposta a compartilhar comigo e por ter aberto as portas para me receber com toda a sua humildade e sabedoria. Obrigada pela orientação na construção desse estudo e por me conduzir no caminho da pesquisa. **Obrigada por tudo, sempre!**

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre ao meu lado, por ser minha força, meu alento. Por segurar na minha mão e me levar no caminho do bem. Por me fazer forte quando sou fraca. Sem tu pai, nada disso seria possível. Contigo Senhor, *irei*.

A minha mãe **Márcia Virgínia**, pelo amor incondicional. Sei que muitas foram as batalhas, sei o quão a senhora lutou para que eu pudesse chegar até aqui. Mas aqui estou mãe, por você. Palavras são insuficientes para descrever o que sinto. Obrigada por tudo e desculpa. Te amo demais.

Ao meu pai **Paulo Roberto**, por ter me escolhido. Eu sem você não seria eu e não estaria aqui. Obrigada pelo amor, por ser meu norte. Pelo exemplo de desprendimento e retidão. Ainda que pudesse escolher, seria você! Sempre você! Te amo!

As minhas irmãs, **Fernanda e Giovanna**, por estarem ao meu lado em todos os momentos. Amo vocês demais, sempre estarei aqui!

A minha sobrinha **Maria Fernanda**. Você ainda nem chegou, mas já me motivou. Titia te ama e quer ser exemplo.

Ao meu noivo **Yury Marques**. Seu amor me ajudou a chegar até aqui. Obrigada por tudo. Te amo, sempre!

A **Cookie**, por ficar me olhando por horas enquanto escrevia esse trabalho, por me fazer rir nos momentos mais impróprios, por sua lealdade, por me amar sem pedir nada em troca. Te amo.

A minha sogra **Ana Eulália** por todo o apoio recebido em todos esses anos de convivência. Obrigada.

A minha avó, **Maria Rosete**, por ter-me acolhido em sua casa nos momentos de angústia; por me apoiar, ajudar e por sempre ter acreditado em mim.

A tia **Nereide**, pela pessoa que é e pelo brilhante exemplo de profissional.

A todas as minhas **tias e tios**, cada um de vocês contribuiu à sua maneira para minha formação enquanto pessoa e também em minha caminhada acadêmica.

A todas as minhas **primas e primos**, em especial a **Lisandra Raquel** e **Ana Raquel**, pelo carinho e pelos momentos alegres vividos.

As queridas amigas do G7 **Débora, Ana Cláudia, Livia, Lara, Adriana** e **Elizabeth**. Essa caminhada árdua ficou mais fácil com vocês por perto. Que Deus abençoe vocês sempre!

As também queridas amigas **Karelline** e **Daniela**, obrigada pela parceria e apoio.

As colegas do Grupo TB **Ana Rita, Rayanne, Séfora, Anne Jaquelyne, Patrícia** e **Débora César** por todas as oportunidades que me deram e por tudo o que conseguimos construir unidas. Unidas somos mais fortes.

A **Prof.^a Dr.^a Antônia Oliveira Silva**, pelas contribuições a esse estudo e por ser um exemplo de luta pela Enfermagem e pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Meu reconhecimento a todo o seu trabalho.

Ao **Prof.^o Dr.^o Pedro Fredemir Palha**, por suas contribuições, como membro da banca examinadora e por todo o seu apoio ao Grupo TB, em especial, ao grupo quali.

A **Prof.^a Dr.^a Jordana de Almeida Nogueira**, pelo exemplo de ser humano e por suas valiosas contribuições a esse estudo.

A **Prof.^a Dr.^a Tereza Cristina Scatena Villa**, pelo apoio e confiança depositados nos membros do grupo da Paraíba.

Aos **professores do mestrado** pelo acolhimento, amizade e pelas enriquecedoras discussões que proporcionaram a (re)construção de preciosos conhecimentos.

A todos da **Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa**, em especial a **Eveline**, pelas informações cedidas e por todo o apoio a esse estudo.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo apoio financeiro.

A todos os **idosos** que acreditaram nesse estudo, aceitando participar.

A **todos** aqueles que contribuíram para a construção desse estudo, meus mais sinceros agradecimentos. Obrigada!

Em tempo certo

Oh não me diga que não dá mais pra continuar a luta
Conheço bem tua força mesmo se tudo vem contra
Oh não se prostre, nunca deixe que o problema prevaleça
Me busque, me ouça, confie em mim, não chore, não tema!
Só não adianta se desesperar, ansiedade não traz solução
Sua benção está pra chegar com justiça
E não demora não!
Espera no Senhor, teu Deus
E Descansa teu coração!

A tua oração eu ouvi
E em tempo certo vou responder
Não sou homem pra mentir
Nem filho deste pra me arrepender
A minha promessa se cumpre
Naquele que não duvida, mas crê
E se é difícil acreditar-me
Eu te ajudo na tua falta de fé!

Oh não se queixe, não esqueça nem se quer um dia
A minha palavra é fiel e não me volta vazia
Oh persevere, não desanime, lute por seus sonhos
Eleve seus olhos a mim
Sou eu quem te abençôo

Só não adianta se desesperar, ansiedade não traz solução
Sua benção está pra chegar com justiça
E não demora não!
Espera no Senhor, teu Deus
E Descansa teu coração!

Carlos Lacerda

RESUMO

O retardo ao diagnóstico da tuberculose (TB) vem se destacando como problema ao controle dessa doença e reflete desafios relacionados ao sistema único de saúde bem como envolve aspectos inerentes aos doentes e aos serviços de saúde. Atendo-se ao deslocamento da incidência da TB para a faixa etária dos idosos, a maior dificuldade de diagnóstico nessa parcela da população bem como a necessidade de desenvolver pesquisas voltadas para identificar os aspectos que contribuem para o retardo no diagnóstico da TB neste grupo, este estudo objetiva analisar as barreiras de acesso ao diagnóstico da TB em pessoas idosas que concorrem para o retardo do diagnóstico da doença no município de João Pessoa-Paraíba. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de natureza qualitativa que envolveu 7 colaboradores. Os critérios de inclusão foram: estar em tratamento, ser maior de 60 anos, e residir no município de João Pessoa. O material empírico foi produzido por meio de entrevistas gravadas no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011. Os depoimentos transcritos foram organizados com uso do software Atlas.ti versão 6.2 e no processo de análise do material empírico utilizou-se a análise de discurso de matriz francesa. De acordo com os discursos dos idosos entrevistados, foi possível identificar barreiras relacionadas aos doentes e àquelas relacionadas aos serviços de saúde. Entre as barreiras relacionadas aos doentes, identificou-se: a falta de conhecimento sobre a TB; a gravidade percebida da doença e o uso de medicações caseiras e a automedicação; a busca por assistência de saúde direta nos níveis secundário e terciário; comportamento de busca tardia pelo serviço de saúde; a apresentação clínica inespecífica da TB em idosos; a distância dos serviços procurados e os gastos com transporte e exames; dificuldades na coleta de escarro para exame e o estigma associado a TB. Já como barreiras relacionadas aos serviços de saúde, destacaram-se: o horário de funcionamento das unidade de saúde da família; transferência de responsabilidade; a inadequada avaliação dos casos sintomáticos respiratórios na comunidade; a não realização de visitas domiciliares ou sua realização sem controle de comunicantes; a demora do serviço de saúde relacionada ao atraso na suspeita da doença e a necessidade de ir várias vezes ao serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico. Frente às barreiras identificadas evidencia-se a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde em âmbito local com a organização da oferta em função das necessidades apresentadas nos serviços; do oferecimento de capacitações em TB aos profissionais de saúde; do fortalecimento de ações que estreitem as relações entre profissionais e usuários – estimulando a formação de vínculo – e da formação de grupos de educação em saúde visando o fortalecimento de ações educativas e de promoção à saúde. Apesar da Política Nacional de Atenção Básica preconizar que o diagnóstico da TB deva ser realizado no primeiro nível de atenção a saúde, para os idosos em estudo, o diagnóstico da TB se deu em outros níveis de atenção. Assim sendo, espera-se que os achados desse estudo contribuam para o fortalecimento da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde e, mais que isso, contribuam para que o diagnóstico da TB se dê de forma precoce.

Palavras-chave: Tuberculose. Idoso. Diagnóstico Tardio. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The delay in the diagnosis of tuberculosis (TB) has been highlighted as a problem to control this disease and reflects challenges related to health care system and involves aspects related to patients and health services. Sticking to shift the incidence of TB in the age group of the elderly, the greater difficulty of diagnosis in this portion of the population and the need to develop research aimed to identify the aspects that contribute to delayed diagnosis of TB, this study aims to analyze the barriers to access to TB diagnosis in older people contributing to the delayed diagnosis of the disease in the city of Joao Pessoa, Paraiba. It is a qualitative evaluative study involving seven employees. Inclusion criteria were: being in treatment, being more than 60 years, and reside in the city of Joao Pessoa. The empirical material was produced by means of taped interviews from December 2010 to February 2011. The transcribed interviews were organized using Atlas.ti software version 6.2 and in the process of empirical analysis used discourse analysis of the French headquarters. According to the speeches of the elders interviewed, it was possible to identify barriers were identified related to the sick and those related to health services. Among the barriers related to patients were identified: lack of knowledge about TB, the perceived seriousness of the disease and the use of household medications and self-medication, the search for direct health care in secondary and tertiary levels; seeking behavior by late health service, the nonspecific clinical presentation of TB in the elderly, the distance of the services demanded and transportation expenses and examinations, difficulties in collecting sputum for examination and the stigma associated with TB. Already as barriers related to health services, stood out: the opening hours of the family health units, transfer of responsibility, improper assessment of cases with respiratory symptoms in the community, not to carry out home visits or their achievement without control communicating, the delay of the health service-related delay in the suspicion of the disease and the need to make several visits to the health service to obtain the diagnosis. Faced with the evident barriers identified the need for a reorganization of health services in the country with the organization of supply as a function of the needs of the services, the delivery of training in TB health professionals, strengthening actions to narrow the relationships between professionals and users - encouraging the formation of bonding - the formation of groups and health education aiming at the strengthening of educational and health promotion. Despite of the National Primary Care recommend that the diagnosis of TB should be performed on the first level of health care for the elderly in the study, the diagnosis of TB occurred in other levels of care. Therefore, it is expected that the findings of this study contribute to the strengthening of primary care as gateway to the health system and more than that, contribute to the diagnosis of TB be given early.

Keywords: Tuberculosis. Aged. Delayed Diagnosis. Health Services Accessibility.

RESÚMEN

El retraso en el diagnóstico de la tuberculosis (TB) se ha destacado como un problema para controlar esta enfermedad, y refleja los desafíos relacionados con el sistema de atención de salud e involucra aspectos relacionados con los pacientes y los servicios de salud. Apegarse a cambio de la incidencia de la tuberculosis en el grupo de edad de los ancianos, la mayor dificultad de diagnóstico en esta parte de la población y la necesidad de desarrollar la investigación tuvo como objetivo identificar los aspectos que contribuyen al retraso en el diagnóstico de la tuberculosis, este estudio pretende analizar los obstáculos para el acceso al diagnóstico de la TB en las personas mayores contribuyen a la demora en el diagnóstico de la enfermedad en la ciudad de João Pessoa, Paraíba. Se trata de un estudio cualitativo de evaluación que incluye a siete empleados. Los criterios de inclusión fueron: tener en el tratamiento, siendo más de 60 años, y residir en la ciudad de Joao Pessoa. El material empírico se produce por medio de entrevistas grabadas a partir de diciembre 2010-febrero 2011. Las transcripciones de testimonios se organizaron utilizando Atlas.ti versión de software 6.2 y en el proceso de analizar el material empírico se utilizó el análisis del discurso de la sede francesa. De acuerdo con los discursos de los ancianos entrevistados, fue posible identificar las barreras se identificaron en relación con los enfermos y los relacionados con los servicios de salud. Entre las barreras relacionadas con los pacientes se identificaron: la falta de conocimiento sobre la tuberculosis, la gravedad percibida de la enfermedad y el uso de medicamentos del hogar y de automedicación, la búsqueda de atención médica directa en los niveles secundario y terciario, el comportamiento de búsqueda a fines de servicios de salud, la presentación clínica inespecífica de la tuberculosis en las personas mayores, la distancia de los servicios demandados y los gastos de transporte y los exámenes, las dificultades en la recolección de esputo para su examen y el estigma asociados a la tuberculosis. Ya que las barreras relacionadas con los servicios de salud, se destacan: el horario de apertura de las unidades de salud de la familia, la transferencia de la responsabilidad, no la evaluación inadecuada de los casos con síntomas respiratorios en la comunidad, para llevar a cabo visitas a los hogares o de sus logros sin control comunicación, el retraso del servicio de salud relacionados con el retraso en la sospecha de la enfermedad y la necesidad de hacer varias visitas a los servicios de salud para obtener el diagnóstico. Frente a las barreras identificadas es evidente la necesidad de una reorganización de los servicios de salud en el país con la organización de la oferta en función de las necesidades de los servicios, la oferta de formación en los profesionales de la salud la tuberculosis, el fortalecimiento de acciones para reducir la relaciones entre los profesionales y los usuarios - el fomento de la formación de la unión - la formación de grupos y educación para la salud que supondrá el refuerzo de las acciones de educación y la promoción de la salud. A pesar de la Atención Primaria nacionales recomiendan que el diagnóstico de la tuberculosis se debe realizar en el primer nivel de atención de la salud para los ancianos en el estudio, el diagnóstico de la tuberculosis se produjo en otros niveles de atención. Por lo tanto, se espera que los hallazgos de este estudio contribuyen al fortalecimiento de la atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud y más que eso, contribuir al diagnóstico de la tuberculosis se administra con prontitud.

Palabras clave: Tuberculosis. Anciano. Diagnóstico Tardío. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Mapa do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios.

FIGURA 2: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários para o controle da TB.

FIGURA 3: Divisão administrativa-territorial da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa/PB.

FIGURA 4: Barreiras de acesso ao diagnóstico relacionadas ao doente de tuberculose.

FIGURA 5: Barreiras de acesso ao diagnóstico relacionadas aos serviços de saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Operacionalização do acesso segundo Hortale, Pedroza e Rosa (2000).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Tuberculose e Envelhecimento: peculiaridades relevantes.....	21
2.2 O retardo ao diagnóstico da tuberculose.....	28
2.3 Acesso aos serviços de saúde e tuberculose.....	33
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	40
3.1 Natureza da Investigação	41
3.2 Cenário do estudo	41
3.3 Definição Amostral.....	43
3.4 Universo empírico do estudo.....	44
3.5 Análise do material empírico.....	45
3.5.1 Organização do material empírico a partir do Atlas.ti.....	45
3.5.2 Análise do material empírico– Análise de Discurso.....	47
3.6 Aspectos Éticos	49
4. ANÁLISE DAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS	50
4.1 Formação Discursiva I: Dificuldades relacionadas ao doente para o acesso ao diagnóstico de TB em idosos no município de João Pessoa- PB.....	51
4.2 Formação Discursiva II: Elementos relacionados aos serviços de saúde no acesso ao diagnóstico por parte das pessoas idosas com TB e suas implicações no retardo do diagnóstico.....	72
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	99
APÊNDICE A	100
APÊNDICE B	102
ANEXO	105

1 INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte de projeto multicêntrico denominado “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 Nº. 034/2008) e coordenado pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (EERP/USP).

Na Paraíba um subprojeto, sob o mesmo título, vem sendo desenvolvido no município de João Pessoa e encontra-se sob a coordenação da Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá e da Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira, coordenadoras do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba – Grupo TB/PB e pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A tuberculose (TB) tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece com altos índices em muitos países, destacando-se como a que mais mata no mundo neste milênio. Esta doença, a qual muitos associam ao passado, encontra-se hoje em franca expansão principalmente nos segmentos mais empobrecidos da população de países de baixa visibilidade social (SANTOS MAPS et al, 2005).

Depois de mais de um século da identificação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, agente causador da doença, e cerca de 50 anos após a descoberta de um tratamento medicamentoso específico e eficaz, a TB permanece como problema de relevância mundial. Para o ano de 2009 estima-se 9,4 milhões de casos novos de TB em todo o mundo, estabelecendo uma taxa de 137 casos por 100.000 habitantes. Salienta-se que o número absoluto de casos continua a aumentar ligeiramente de ano para ano. Quanto à prevalência da TB no mundo, a estimativa é de 14 milhões de casos prevalentes em 2009. Em se tratando da mortalidade, estima-se que 1,7 milhões de pessoas morreram de TB em 2009, equivalendo a uma estimativa de 26 mortes por 100 000 habitantes (WHO, 2010).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que representam 80% da carga mundial de TB. Em 2007, o Brasil notificou 72194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 hab. Destes 41117 casos novos foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva), apresentando um coeficiente de incidência de 41/100.000 hab. Estes indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009).

O Estado da Paraíba, por sua vez, também não apresenta um panorama ideal no controle dessa doença. O mesmo possui uma cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de 95%. Dos 223 municípios que compõe o Estado, 11 são considerados prioritários para a operacionalização do PCT elaborado pelo Ministério da Saúde, são eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos, Cajazeiras, Cabedelo, Sapé, Sousa, Pombal e Guarabira (LIMA, 2010).

As taxas de cura e abandono do tratamento da TB para a Paraíba contrariam as recomendações da OMS, que é atingir um percentual de cura superior a 85% dos casos detectados e reduzir o abandono a menos de 5% dos casos (BRASIL, 2010) uma vez que os índices de cura, abandono, óbito e transferência na Paraíba foram respectivamente: 62,88%, 12,43%, 2,31% e 17,05% conforme dados do SINAN (SINAN-NET/SES-PB, 2009). Em 2009, a Paraíba apresentou um coeficiente de incidência de TB todas as formas de 27,9 e o pulmonar bacilífero de 14,9 a cada 100.000 habitantes (SINAN-NET/SES-PB, 2009). Já o coeficiente de mortalidade por TB no estado, neste mesmo ano, foi de 2,01 (SIM/SES-PB, 2009).

No município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, o contexto epidemiológico da TB não se apresenta diferente em termo quantitativo, apresentando uma taxa de incidência de TB por todas as formas em 2008 e 2009, de, respectivamente, 52,23 e 56,39/ 1000.000 habitantes. Já a forma pulmonar positiva, foram nos referentes anos, 26,06 e 29,19/100.000 habitantes. Em 2009, o número total de casos de TB todas as formas foi de 391, tendo a seguinte situação de encerramento dos casos: 56% de cura; 8,5% abandono; 25% transferência; 2,5% óbitos por TB; 2,3% óbitos com TB e 5% de casos não encerrados (SINAN-NET/DAS/SMS, 2010). Esta situação reflete fragilidades nas ações do PCT nesse município, o que é consonante com a realidade de outros grandes centros urbanos e dificulta o cumprimento das metas preconizadas pela OMS.

Vários são os fatores que contribuem para que essa doença permaneça com dados epidemiológicos tão alarmantes. Entretanto, como problema que acentua a gravidade da doença, o retardo ao diagnóstico da TB vem se destacando. O problema do retardo ao diagnóstico reflete desafios inerentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo da incapacidade de garantir a defesa da vida do doente de TB e de toda população, contemplando o cuidado nos planos individuais e coletivos.

Entre os aspectos relacionados ao retardo no diagnóstico da TB destacam-se aqueles inerentes aos doentes e ao sistema de saúde. Relacionados ao doente são

descritos fatores sociais (contexto social e econômico do doente e família), culturais/antropológicos (percepção do processo saúde doença, questões comportamentais e religiosas) e clínicos (severidade dos sinais e sintomas) (SENGUPTA et al, 2006; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; THORSON; JOHANSSON, 2004).

Já como aspectos relacionados ao sistema de saúde são apontados fatores como: dificuldade de acesso; inadequado acolhimento do doente; baixa prioridade na procura de sintomáticos respiratórios (SR) e de contatos intra-domiciliares; baixo nível de suspeição diagnóstica de TB, correspondendo ao aumento do período entre a primeira visita ao serviço de saúde e o início do tratamento antituberculose (SELIG et al., 2004; CAVALCANTI et al., 2006; JAMAL; MOHERDAUI, 2007; SCATENA et al., 2009), que podem ser determinados pela forma de organização dos serviços de saúde e da atenção ao doente de TB (WHO, 1999).

Estudos avaliativos realizados por integrantes do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba – Grupo TB/PB apontam problemas que concorrem para a falta de acesso do doente ao serviço de saúde. Oliveira (2008) destacou fragilidades de acessibilidade geográfica, econômica e organizacional. Andrade (2006) evidenciou que o acesso ao diagnóstico da TB é prejudicado face à centralização laboratorial para realização de exames, além da falta da otimização do uso da rede laboratorial.

Seguindo a tendência mundial de envelhecimento da população, a incidência de TB no Brasil começa a ser deslocada para essa faixa etária. Com relação ao sujeito com TB, a questão do envelhecimento vem sendo articulada ao aumento do número de casos de TB e aos casos de retardo do diagnóstico. Salienta-se que o diagnóstico da TB é sabidamente mais difícil nesse grupo, fato que determina elevada mortalidade (SHIN et al., 2010; CANTALICE FILHO; SANT`ANNA; BOIA, 2007; CAVALCANTI et al., 2006; CHAIMOWICZ, 2001).

Quanto ao diagnóstico da TB, na prática, o desenvolvimento das ações de detecção de casos não se restringe a conhecimentos médicos. Neste sentido, o desempenho em termos de diagnóstico de casos na comunidade e nas diferentes unidades de saúde pode ser resultante de aspectos relacionados ao paciente e/ou ao sistema de serviço de saúde. Há necessidade de compreender esses aspectos de forma a garantir o acesso aos serviços de saúde e priorizar grupos populacionais com precária educação e baixa renda (MUNIZ et al, 2005).

É importante entender como os usuários utilizam o sistema de saúde e como este influencia o desenvolvimento de ações de programas de controle à TB. Nesse aspecto a forma de organização da atenção a TB, seja na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Ambulatório com equipe especializada (PCT), não é um fator que garante o acesso ao diagnóstico precoce da TB em alguns municípios do Brasil. O acesso ao diagnóstico na AB parece estar obstaculizado por várias barreiras que precisam ser esclarecidas (SCATENA et al, 2009). Apesar da significativa descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde, ou seja, para as equipes de Saúde da Família, observa-se que fragilidades na rede de cuidados ao doente de TB, particularmente no que diz respeito a obtenção precoce do diagnóstico.

Frente à problemática apresentada que engloba aspectos relacionados ao doente e aos serviços de saúde, destaca-se a necessidade de desenvolver pesquisas voltadas para identificar os aspectos que contribuem para o retardo no diagnóstico da TB, principalmente em pessoas idosas. Conhecer os fatores associados ao retardo do diagnóstico da TB implica em identificar problemas que ajudem no esclarecimento de suas causas, de modo a subsidiar o planejamento das ações de controle da TB para os trabalhadores de saúde e gestores; melhoria e qualificação da atenção ao doente de TB de modo que no Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) possa apresentar resolutividade no que tange às ações de controle da doença, principalmente no que diz respeito à brevidade do diagnóstico.

Nesse sentido este estudo tem como objetivo analisar as barreiras de acesso ao diagnóstico da TB em pessoas idosas que concorrem para o retardo do diagnóstico da doença no município de João Pessoa-PB.

Para ajudar no alcance do objetivo citado foram construídos os seguintes objetivos específicos: Identificar as dificuldades relacionadas ao doente para o acesso ao diagnóstico de TB em idosos no município de João Pessoa-PB e Analisar os elementos relacionados aos serviços de saúde no acesso ao diagnóstico por parte das pessoas idosas com TB e suas implicações no retardo do diagnóstico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Tuberculose e Envelhecimento: peculiaridades relevantes

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso como aquela pessoa com 60 anos de idade ou mais. Esse limite é válido para os países em desenvolvimento, como o Brasil, mas admite-se um ponto de corte de 65 anos de idade para os países desenvolvidos, dada a tradição destes em utilizarem esse índice há várias décadas. No entanto, é difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade, pois nesse segmento conhecido também como terceira idade estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista sócio-econômico como demográfico e epidemiológico (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). Assim sendo, qualquer que seja a idade definida em diferentes contextos, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento (WHO, 2005).

No tocante ao conceito de envelhecimento, tem-se que o mesmo é um fenômeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo (VIEIRA, 1996).

O fenômeno do envelhecimento vem ganhando destaque mundial frente ao aumento significativo do contingente de idosos. O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2002), o aumento dessa parcela da população, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem antecedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Já em 1998, apenas cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas; um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas (BRASIL, 2006a; ANDREWS, 2000).

No mundo atual tem-se a longevidade como um triunfo, um avanço no desenvolvimento da sociedade. Entretanto, notórias diferenças são observadas nesse processo entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma acelerada,

sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2006a).

A primeira menção à preocupação com os idosos no Brasil está expressa na Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 230, estabelece o dever da família, da sociedade e do Estado em amparar os idosos, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. Em se tratando da saúde, ainda reza na Constituição, em seu Artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com a criação do SUS em 1998 o Brasil reafirma o direito universal e integral à saúde, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990) e, para atender às crescentes demandas de sua população, sobretudo, aquela que envelhece, organiza-se para resolver essa questão determinando a criação de políticas que atendam a essas demandas. Nessa direção, foi promulgada, em 1994 a Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8842/94) regulamentada em 1996 (Lei nº. 1.984/96) que assegura o direito social à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS e, em 1999 a Portaria Ministerial 1.395/99 que anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, considerando a necessidade do setor saúde dispor de uma política relacionada à saúde desta clientela (BRASIL, 1996; BRASIL, 1999).

Apenas em 2003, após tramitar sete anos no Congresso, foi aprovado o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03). Elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, amplia a resposta do Estado e da sociedade para as necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas (ALENCAR, 2009). Este estatuto se destina a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, afirmando que o idoso passara a usufruir não somente da integralidade dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, mas especialmente de uma proteção integral (BRASIL, 2006b).

Finalmente, em 19 de outubro de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por meio da Portaria Nº. 2.528, considerando a

necessidade de que o setor da saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, ficando revogada a Portaria Nº. 1.395/99 (Política Nacional de Saúde do Idoso), até então vigente, e definindo que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica (AB)/Saúde da Família (SF), tendo como referência a rede de serviços especializada em média e alta complexidade (SILVA; PINTO; GUEDES, 2007).

No Brasil, assim como a Saúde do Idoso, a TB é considerada uma das áreas estratégicas da Política Nacional de AB (BRASIL, 2007) e as ações de controle dessa doença são realizadas pelas equipes de saúde da família que tem a responsabilidade sobre o cuidado ao doente de TB e sua família (SÁ et al., 2010).

Quanto à TB em idosos, associado ao aumento do número de idosos, tem-se, ainda que vagarosamente, o deslocamento da incidência da TB para as faixas etárias mais altas no Brasil (VENDRAMINI et al., 2003) e essa realidade é compartilhada em diferentes partes do mundo visto que estudos realizados têm indicado que apesar da diminuição do número de casos de TB há um aumento da incidência dos casos nos idosos em comparação a população em geral (WEBB-YATES, 2010; PEŠUT et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2005; LOPEZ-PELAYO et al., 2004; PACKHAM, 2001; DAHMASH et al., 1995).

Segundo Lado Lado et al. (2002) o aumento da TB em pessoas idosas não é decorrente apenas do aumento na população geriátrica, mas também de outros elementos, pois em pessoas com mais de 60 anos a TB adquire uma série de características especiais em relação a outros grupos etários.

Em se tratando da apresentação clínica da TB em idosos, estudos revelam que ela muitas vezes difere da de doentes mais jovens com características clínicas e radiológicas inespecíficas (SCHAAF et al., 2010; WEBB-YATES, 2010; GUPTA et al., 2008; CAVALCANTI et al., 2006; LEE et al., 2005; GAUR et al., 2004; RIZVI et al., 2003; PACKHAM, 2001; CHAIMOWICZ, 2001; RAJAGOPALAN; YOSHIKAWA, 2000; DAHMASH et al., 1995; MORRIS, 1990).

Quanto às características clínicas, os estudos realizados por Towhidi, Azarian e Asnaashari (2008), Cantalice Filho, Sant`Anna e Boia (2007), Lee et al. (2005), Sood (2004), Picon et al. (2002), Chaimowicz, 2001 e Rajagopalan e Yoshikawa (2000) identificaram que sintomas característicos da TB tais como tosse, hemoptise e sensação febril ocorreram com mais freqüência em jovens, enquanto sintomas inespecíficos como anorexia, fraqueza, perda de peso e alterações mentais e

cognitivas ocorreram mais freqüentemente em pessoas idosas. Já em se tratando das características radiológicas, Korzeniewska-Kosela et al. (1994) afirmam que a TB pulmonar em idosos pode apresentar achados radiológicos e infiltrado atípicos não limitando-se às zonas pulmonares superiores.

Outra característica marcante da TB em doentes idosos é o fato dela comumente resultar da reativação endógena (SHIN et al., 2010; WEBB-YATES, 2010; PEŠUT et al, 2008; GAUR et al., 2004; LADO LADO et al., 2002; PACKHAM, 2001; RAJAGOPALAN; YOSHIKAWA, 2000). De acordo com Schaaf et al. (2010) a tendência de recidiva entre idosos é muito maior do que para jovens, cerca de 35 vezes maior. Lopez-Pelayo et al. (2004) acrescentam que um fator importante nos idosos é história da TB antes da idade de 20-40 anos.

Segundo Schaaf et al. (2010) e Sood (2004) a TB no idoso pode ter origem endógena ou exógena, sendo que mais de 90% dos casos em idosos representam infecção endógena, ou seja, a TB decorre da reativação de infecção latente nos pulmões ou outras partes do corpo. Já os 10% restantes, podem ser infecções exógenas, ou seja, adquiridas de uma fonte externa, geralmente um caso de escarro positivo. Em casos individuais, raramente é possível se ter certeza de qual desses dois mecanismos foi o responsável, entretanto, existem razões teóricas para acreditar que em pessoas de idade a reativação endógena é mais importante.

Gupta et al. (2008) elucidam essa questão explicando que com o aumento da idade um estado de deficiência relativa se desenvolve e este declínio na imunidade natural aumenta a possibilidade da reativação endógena da infecção pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e o desenvolvimento da TB ativa. Assim sendo, o enfraquecimento do sistema imunológico é tido como fator de risco para o desenvolvimento da TB ativa nos idosos (SHIN et al., 2010; PEŠUT et al, 2008; LEE et al., 2005). Outros fatores associados à TB nos idosos são o analfabetismo, etilismo, tabagismo, pobreza, má nutrição, longa terapia com corticosteróides (CANTALICE FILHO; BOIA; SANT`ANNA, 2007; CAVALCANTI et al., 2006; LEE et al., 2005; GAUR et al., 2004; LADO LADO et al., 2002).

Além dos fatores acima elencados, há evidências de uma maior prevalência de comorbidades nessa faixa etária (SHIN et al., 2010; TOURÉ et al., 2010; GUPTA et al., 2008; TOWHIDI; AZARIAN; ASNAASHARI, 2008; OLIVEIRA et al., 2005; LOPEZ-PELAYO et al., 2004). Dentre essas, destacam-se: o câncer, a síndrome da imunodeficiência adquirida, a insuficiência renal crônica, o diabetes mellitus,

doenças pulmonares e cardiovasculares (SCHAAF et al., 2010; WEBB-YATES, 2010; GUPTA et al., 2008; PEŠUT et al., 2008; GARCÍA-FERNÁNDEZ et al., 2006; SOOD, 2004; DAHMASH et al., 1995).

A associação fatores predisponentes e co-morbidades corrobora para uma maior morbidade e mortalidade por TB nos idosos (FARRUGIA, 2010; SHIN et al., 2010; GUPTA et al., 2008; HINO et al., 2007; PELAQUIN; SILVA; RIBEIRO, 2007; LADO LADO et al., 2002; PACKHAM, 2001). Dahmash et al. (1995) e Gaur et al. (2004) referem ainda um maior letalidade da TB para essa faixa etária e Yokoyama et al. (2003) e Touré (2010) uma maior frequência de complicações. Nesse sentido, Gupta et al. (2008) e Teale, Goldman e Pearson (1993) referem que o atraso no diagnóstico em idosos também pode contribuir para a elevada morbi-mortalidade.

Em relação ao diagnóstico, as pesquisas revelam que o mesmo é mais difícil para essa faixa etária, apresentando um tempo médio maior do que para os não-idosos (CANTALICE FILHO; SANT`ANNA; BOIA, 2007; CAVALCANTI et al., 2006; CHAIMOWICZ, 2001). Há evidências ainda de que os idosos apresentam uma maior probabilidade de ter o diagnóstico estabelecido no momento da necropsia, na pós-morte, do que durante toda a vida (GUPTA et al., 2008; HINO et al., 2007; RIZVI et al., 2003; ZEVALLOS; JUSTMAN, 2003; DAHMASH et al., 1995).

A TB no idoso frequentemente tem o seu diagnóstico retardado pela dificuldade de reconhecimento do quadro clínico, que muitas vezes é confundido com as alterações próprias do envelhecimento, não é referido de forma adequada pelo paciente (SCHAAF et al., 2010; HINO et al., 2007; SOOD, 2004; VENDRAMINI et al., 2003) ou não é devidamente investigado pelo profissional de saúde. Para os idosos o teste tuberculínico é tido como de elevado valor preditivo, entretanto, o declínio das percentagens de reatores fortes e totais com o aumento da idade é citado (SCHAAF et al., 2010; CHAIMOWICZ, 2001; ARAUJO et al., 1983) e pode ser parcialmente explicado devido a anergia (RAJAGOPALAN; YOSHIKAWA, 2000). Nesse sentido, também é citada uma menor positividade nos exames de baciloscopia e cultura em idosos (CAVALCANTI et al., 2006).

Anormalidades hematológicas e bioquímicas também foram encontradas mais comumente em idosos, em comparação com doentes mais jovens, com a ocorrência de anemia, hipoalbuminemia, hipocalemia, hiponatremia e alterações nos testes de função hepática, o que significa que pode haver envolvimento extrapulmonar silencioso (MORRIS; BIRD; NELL, 1989).

A confirmação do diagnóstico da TB no idoso pode exigir múltiplos testes como exame de escarro, lavado brônquico, pleural e biópsia do linfonodo (DAHMAH et al., 1995). Para definir o diagnóstico microbiológico nestes pacientes devem-se usar todas as técnicas disponíveis (LOPEZ-PELAYO et al., 2004).

Fazendo-se a comparação idoso/não-idosos, quanto ao tratamento, é citada uma maior frequência de reações adversas nos idosos (SHIN et al., 2010; CANTALICE FILHO; SANT'ANNA; BOIA, 2007; LEE et al., 2005; GAUR et al., 2004; ZEVALLOS; JUSTMAN, 2003; PACKHAM, 2001; MACKAY; COLE, 1984). Segundo Schaaf et al. (2010) tem sido sugerido que os idosos tem quase três vezes mais chances de apresentar eventos adversos quando comparados com doentes jovens. Dentre esses eventos adversos se destacam: hepatotoxicidade e reações adversas cutâneas (SHIN et al., 2010; LEE et al., 2005; ZEVALLOS; JUSTMAN, 2003; RAJAGOPALAN; YOSHIKAWA, 2000). Salienta-se que a *Isoniazida* e a *rifampicina* são hepatotóxicos e o *etambutol* pode causar redução na acuidade visual, escotomas centrais e visão de cores defeitos devido à neurite óptica (SCHAAF et al., 2010; SOOD, 2004).

Além dos eventos adversos, a incidência de resistência a drogas é significativamente maior nos pacientes mais idosos (HINO et al., 2007; LOPEZ-PELAYO et al., 2004, LIAW et al., 1995). Outro problema particularmente relevante para o tratamento da TB nos idosos é a interação medicamentosa. Segundo Schaaf et al. (2010) esse é um problema porque os idosos recebem frequentemente polifarmácia e uma variedade de drogas pode interagir. O evento polifarmácia tem sido definido, basicamente, de duas formas: como o uso concomitante de fármacos, medida por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados, avaliada nas revisões clínicas, usando critérios específicos (LINJAKUMPU et al., 2002). Em relação às drogas anti-TB, poucos são os estudos sobre sua farmacocinética e muitos deles avaliam cada droga isolada e não em associação, o que aumenta os riscos para os idosos (SCHAAF et al., 2010).

Ainda em se tratando do tratamento, os pacientes idosos têm taxas significativamente mais elevadas de insucesso no tratamento (GAUR et al., 2004). Segundo Sood (2004) as pessoas mais velhas, especialmente os idosos com idade mais avançada, não são confiáveis tomando comprimidos regularmente, especialmente se várias drogas são ingeridas simultaneamente. Vários fatores

contribuem para a falha do tratamento em idosos, quais sejam: dificuldades visuais (incapazes de ler os rótulos e, portanto, uso de doses corretas / frequência), confusão mental, dificuldade de locomoção, baixa renda, problemas de memória (não se lembrar de tomar drogas ou na dose correta/hora) e variações de humor.

Estes fatores elencados, que se inserem no curso do envelhecimento, sejam de aspecto clínico e/ou terapêutico contribuem para o retardo do diagnóstico da TB nos idosos sendo imprescindível, portanto, um olhar diferenciado para essa parcela da população.

2.3 O retardo ao diagnóstico da tuberculose

A detecção precoce dos casos de TB e um tratamento eficaz são duas ferramentas poderosas para se obter êxitos no controle da TB. No entanto observa-se que além do abandono no tratamento, o retardo no diagnóstico de TB configura-se um dos grandes desafios a ser enfrentado pela gestão e trabalhadores de saúde na redução da incidência de TB no país.

Um importante componente nesse processo é a detecção precoce da TB, sendo o principal papel deste a redução da transmissão da infecção à sociedade, pois estima-se que uma única pessoa contaminada com TB sem ser diagnosticada e portanto não tratada pode infectar entre dez a quinze pessoas em cada ano. Nesse sentido se observa a importância da existência de métodos eficazes de identificação precoce dos casos e tratamento imediato (MIFNANGA et al, 2008).

Para que esses métodos sejam eficazes se faz necessário compreender os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio do doente de TB. Alguns estudos, já realizados, mencionam que existem dois fatores fundamentais que retardam o diagnóstico de TB, o primeiro relaciona-se ao usuário suspeito de TB e o segundo ao sistema de saúde (BASNET et al, 2009; SCATENA et al., 2009; MIFNANGA et al, 2008; JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

Em relação ao usuário suspeito de TB tem-se a demora da procura ao serviço de saúde que é definido como o tempo a partir do aparecimento dos primeiros sintomas da TB até a primeira visita formal a qualquer estabelecimento de saúde. Outro fator importante relaciona-se a demora do sistema de saúde, esta entendida como o intervalo de tempo entre a primeira consulta em qualquer unidade de saúde até a data do diagnóstico. Nesse processo pode-se ainda existir tanto o atraso do doente quanto o atraso no diagnóstico do sistema de saúde denominado como atraso total (LONG et al, 1999; MIFNANGA et al, 2008; BASNET et al, 2009).

No entanto, ainda não existe, um consenso acerca do tempo que pode ser considerado como atraso no diagnóstico de TB. Alguns estudos foram realizados, os quais apontam diferentes números acerca dessa definição, em relação ao atraso do doente de TB o tempo variou entre 30 a 162 dias e, quanto ao sistema de saúde entre 02 a 18 dias (MIFNANGA et al, 2008; WANDEWALO; MORKVE, 2000; BASNET et al, 2009). Todavia, a revisão da literatura sobre o tempo estimado para a realização do diagnóstico, aponta que para o doente não deveria ser superior a 2 ou

3 semanas (LAMBERT; VAN DER STUYFT, 2005) e para o sistema de saúde ser de apenas alguns dias. Portanto, para os casos com baciloscopia positiva, o prazo total e ideal não deveria ultrapassar mais do que 3 a 4 semanas (SREERAMAREDDY; PANDURU; VAN DEN ENDE, 2009).

Em uma pesquisa realizada para avaliar os fatores de risco em decorrência do atraso no início do tratamento da TB pulmonar em Recife, os autores Santos et al (2005) indicam que algumas literaturas determinam retardo em um período de 30, 60 dias e até 4 meses entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento. Neste estudo constatou-se que 62% dos pacientes tiveram um atraso de mais de 60 dias até o início do tratamento.

Long et al (1999) alertam que prolongados atrasos podem trazer danos aos usuários, suas famílias, a sociedade e o controle da TB. Esta pesquisa aponta que o programa de TB do Vietnã recomenda que uma pessoa com tosse de duração superior a três semanas deve ter um exame de escarro para o diagnóstico precoce e tratamento da TB. Entretanto a pesquisa revelou que o atraso médio total para homens e mulheres foi em torno de 12 semanas, o que segundo os autores é inaceitável. Os autores ainda apontam que em países como Malásia, África do Sul, Coreia e Austrália o atraso total desde o primeiro sintoma até o diagnóstico foi de 8 a 12 semanas.

Para Jamal et al (2007) um dos problemas que afetam diretamente na eficácia do acesso à saúde é a forma de organização dos serviços de saúde. É importante entender como os doentes utilizam o sistema de saúde e como este influencia o desenvolvimento de programas de controle à TB (ASBROEK et al, 2008). O fato de os indivíduos infectados não terem acesso aos serviços de saúde contribui para que muitos casos não sejam diagnosticados, constituindo uma desigualdade em saúde.

Em pesquisa realizada por Scatena et al (2008) para analisar as dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico da TB em municípios do Brasil constatou-se que a forma de organização da atenção à TB – quer seja Programa de Saúde da Família (PSF) ou ambulatório - não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico, uma vez que os dois municípios estudados da região Nordeste (Campina Grande e Feira de Santana) apresentavam alta cobertura de ESF e no entanto não apresentavam desempenho satisfatório para o acesso. Já o município de Ribeirão Preto (Sudeste) cuja organização da atenção à TB é em ambulatórios regionalizados, apresentou melhor desempenho que todos os demais municípios

estudados. Na conclusão de sua pesquisa Scatena et al (2008) afirmam que a descentralização das ações de TB para o PSF não apresenta desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico. Portanto a forma de organização da atenção a TB não foi, em sua pesquisa, um fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da TB.

Outro estudo realizado na Paraíba avaliou o acesso as ações de controle da TB no contexto das equipes de saúde da família em relação à ampliação da realização de baciloscopia para a rede de serviços de saúde. Neste caso foi observado que há uma insuficiência na oferta do procedimento de coleta de escarro pelas equipes de saúde da família (SF) no município estudado além de exigir o descolamento dos casos suspeitos – ou em tratamento – de TB para outros serviços, transferindo a responsabilidade para o doente proceder à coleta. Dessa forma coloca-se em risco a ação planejada, sendo este, indicativo de deficiências organizacionais (previsão de insumos, capacitação insuficiente dos profissionais para realização do procedimento) que repercutem no desempenho das equipes de SF. Logo, evidencia-se que apesar da agilidade em se conseguir uma consulta médica, o diagnóstico e controle dos casos de TB podem estar sendo prejudicados frente às dificuldades de acesso ao exame (MARCOLINO et al, 2009).

Por sua vez, ao analisar a atenção à pessoa idosa com tuberculose em João Pessoa-PB, Alencar (2009) identificou que a maioria dos usuários procurou o hospital por ocasião da suspeita da doença. Segundo a autora a atenção básica do município estudado não funciona como filtro obrigatório para atenção especializada, sendo esta acessada diretamente pelo usuário, o que sugere fragilidades na organização da rede de serviços de saúde.

O retardo do diagnóstico e do início do tratamento são reflexos claros das deficiências no sistema de saúde e isto pode ser evitado com intervenções de forma significativa para aumentar a detecção precoce de casos nas comunidades e nos serviços de saúde. Nas comunidades as intervenções podem estar ligadas a mudanças de práticas de comportamentos em relação a saúde e conhecimento dos sintomas e da transmissão da TB. Dentro dos serviços de saúde podem-se melhorar as formas de controlar os SR reduzindo o número de pacientes que estão fadados a desaparecer ou a não aderir à realização dos exames necessários para o diagnóstico (MIFNANGA et al, 2008). Além disso, há uma necessidade de qualificar

os profissionais da estratégia SF para a identificação de SR e melhoria da organização dos serviços de saúde (SANTOS et al, 2005).

Apesar do diagnóstico de casos de TB pulmonar ser relativamente simples e necessitar de exames pouco sofisticados (radiografia de tórax e exame de escarro), além dos esforços do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em capacitar os profissionais da AB dos municípios para o correto diagnóstico e tratamento da doença, verifica-se, ainda, que grande parte dos casos de TB é diagnosticada em hospitais. A exemplo, em 2001, no estado de São Paulo, aproximadamente um terço dos casos foram diagnosticados durante a internação hospitalar, e, no município de São Paulo, 58% dos casos foram diagnosticados em hospitais ou em prontos-socorros. Soma-se a esse fato que parte dos casos de TB se apresentava com formas clínicas graves (PERRECHI e RIBEIRO, 2009).

De acordo com Perrechi e Ribeiro (2009) muitos sujeitos de sua pesquisa (41%) relataram ter procurado atendimento prévio em serviços ambulatoriais e que 48% foram internados para elucidação diagnóstica. Os autores concluem que como a maioria desses pacientes tem acometimento pulmonar, parece que a rede de atendimento ambulatorial é falha, mesmo para solicitação de exames simples, como a radiografia de tórax e a pesquisa Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) no escarro. Previamente à internação, somente 57,9% dos pacientes relataram ter realizado exame de escarro.

Na opinião de Mendes (2002) um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) é o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o indicador de morbidade hospitalar. De acordo com Arcêncio et al (2007) a hospitalização pode ser usada para documentar barreiras potenciais à atenção ambulatorial, para avaliar o desempenho da APS e identificar possíveis deficiências na qualidade da assistência em pontos de atenção primária. A demora em receber uma assistência efetiva na APS pode resultar em admissões hospitalares desnecessárias por muitas condições comuns. O referido autor revela que no ano de 2004 observaram-se 4.859 internações por TB pulmonar no Estado de São Paulo e que o diagnóstico precoce é um ponto fundamental na identificação do quadro de TB, a fim de amenizar o número de internações por TB, fazendo-se necessário uma APS que seja capaz de contemplar tais ações. Assim sendo, infere-se que a dificuldade de diagnosticar a TB em idosos pode concorrer para o aumento das internações hospitalares.

Observa-se, portanto com estes dados que podem estar ocorrendo falhas nos serviços de saúde da AB em oferecer um diagnóstico precoce para a TB, uma vez que as internações por TB pulmonar podem estar relacionadas à debilidade do doente devido ao agravamento da doença em função da demora do diagnóstico pelo despreparo das equipes para o diagnóstico precoce do doente, resultando na referência destes doentes para os hospitais. Assim, o retardo do diagnóstico não só concorre para a elevação dos custos para o tratamento, devido à internação hospitalar, mas também para um prolongamento do tempo de transmissão da doença, aumento de pessoas infectadas pelo indivíduo doente, agravamento do quadro clínico, repercussões na família e na vida do doente e prolongamento do sofrimento do usuário, principalmente quando se trata do usuário idoso.

2.3 Acesso aos serviços de saúde e tuberculose

O quadro teórico que subsidia a discussão deste estudo tem como foco central o acesso como dimensão essencial da APS no controle da TB.

A APS foi enunciada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, em 1978, sendo reconhecida como uma porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países do mundo (STARFIELD, 2002). A partir do consenso alcançado na conferência, a APS foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de confiança e autodeterminação. É parte integral de sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 2002, p.1).

Entretanto, houve uma disparidade entre os países quando da operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, onde se constatou que aqueles países industrializados já as tinham atingido em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento estava longe de atingi-las, gerando, assim, uma variação na interpretação da APS (MENDES, 2002). Surgiram então três principais interpretações para a APS:

(1) Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; (2) Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e (3) Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade (GIL, 2006, p.1177).

No Brasil, no período anterior à criação do SUS, a APS representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Nos anos noventa, com a regulamentação do SUS baseada na universalidade, equidade e integralidade, e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a

usar o termo Atenção Básica (AB) em Saúde - definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA et al., 2009) e ocorreu também o processo de descentralização tendo a transferência de responsabilidade para os municípios como estratégia de mudança do modelo assistencial. Os municípios passam então a responder pela gestão da AB com o propósito de privilegiar esse nível de atenção como porta de entrada dos serviços de saúde (BODSTEIN, 2002).

O Ministério da Saúde em 1999 define AB como sendo um conjunto de ações, de caracteres individuais ou coletivos, desenvolvidos no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999b). Em 2006 foi definido o Pacto Pela Vida, documento este que tem como uma de suas prioridades o fortalecimento da AB/Primária. A partir deste, o conceito de AB foi ampliado:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c, cap. I).

A organização da AB em saúde apresenta características essenciais, as suas dimensões, quais sejam: porta de entrada, acesso, vínculo, elenco de serviços e coordenação (STARFIELD, 2002). Além dessas dimensões, Starfield (2002) assinala que para melhor adequar a APS, três aspectos são muito importantes: “centralização na família”, “competência cultural” e “orientação para a comunidade”.

Um dos principais agravantes para o controle da TB no Brasil é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, apesar dos reconhecidos avanços do SUS no que concerne à oferta e cobertura dos serviços de saúde (MAGALHÃES; BURLANDY; SENA, 2007).

Acesso é um conceito complexo, por vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde, é um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Neste estudo, privilegiar-se-á a dimensão acesso na análise das barreiras relacionadas ao doente e ao serviço de saúde.

Segundo Starfield (2002) o acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima da população à qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso.

De acordo com Gulliford (2009) o acesso está relacionado aos processos de ingresso no sistema de saúde. Isso pode ser estendido para incluir os processos de ingresso para níveis mais elevados de atendimento para aqueles que já foram admitidos a níveis mais baixos.

Para Unglert (1990) o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Já Donabedian (1984) define o acesso como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde e segundo Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 6) o acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço

A operacionalização do conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas (AZEVEDO; COSTA, 2010). Para Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 6) a operacionalização do acesso se dá de acordo com a **Tabela 01**.

Tabela 1

Operacionalização do acesso.

Dimensões do conceito	Subníveis do sistema		
	Instância central	Instância local	População
Objetivos e valores	<ul style="list-style-type: none"> responsabilidade com as necessidades da população relevância das escolhas estratégicas coerência dos serviços adequação das escolhas de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> qualidade (continuidade, globalidade, pertinência e satisfação) equidade (universalidade, acessibilidade regional, social e organizacional) 	<ul style="list-style-type: none"> produção de resultados ensino/pesquisa/extensão legitimidade e confiança no serviço de saúde (fatores predisponentes)
Subsistema de decisão	<ul style="list-style-type: none"> estratégias (tipos de gestão, regulação e planejamento), táticas, (nível financeiro) alocação de recursos e de autoridade 	<ul style="list-style-type: none"> adaptação da dimensão geográfica autonomia (liberdade de escolha e autofinanciamento) 	<ul style="list-style-type: none"> mecanismos de participação popular (assembléias locais) controle social (responsabilidade com o sistema)
Subsistema de operação/produção de serviços	<ul style="list-style-type: none"> fatores de acessibilidade organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> coerência dos serviços com as necessidades da população, recursos e objetivos acessibilidade financeira, geográfica e organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> uso dos serviços (fatores capacitantes*)
Subsistema de Informação e retroalimentação	<ul style="list-style-type: none"> processamento das informações recebidas fomento de políticas educacionais e Informativas mecanismos de difusão/comunicação eficientes 	<ul style="list-style-type: none"> prestação de contas para centro e população liberdade de pagamento 	<ul style="list-style-type: none"> liberdade de escolha informações sobre o tratamento alteração de fatores predisponentes

* Fatores capacitantes: fatores que possibilitam a necessidade percebida se tornar uma demanda real de serviços. Representam custos para o prosseguimento dos cuidados: de conveniência, oportunidade, financeiros, físicos, de transporte, de esforço, de perdas de trabalho e repouso, etc. A expectativa é de que o aumento do peso destes fatores aumente a chance do indivíduo interromper os cuidados médicos.

Tabela 1: Operacionalização do acesso segundo Hortale, Pedroza e Rosa (2000).

Já Thiede e McIntyre (2008) argumentam que os fatores que determinam o acesso podem ser capturados por três dimensões: disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade. A disponibilidade de cuidados de saúde capta todos os fatores que se relacionam com a existência efetiva de um serviço específico dentro do alcance do cliente, a existência de sistemas de nomeação e da conveniência de horário. A distância para a instalação é um dos indicadores de fatores de acesso no âmbito desta dimensão, que são facilmente medidos. Já a aceitabilidade abrange muitos

dos fatores subjetivos, sociais e culturais, tais como o grau em que um determinado serviço é culturalmente seguro.

Quanto à acessibilidade, essa se refere aos custos diretos e indiretos de cuidados em relação à capacidade do cliente para pagar. Modalidades de financiamento dos cuidados de saúde afetam fortemente a dimensão acessibilidade (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Segundo Unglert (1990) a acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

A acessibilidade é considerada como um dos principais atributos da APS e resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões: geográfica, econômica, organizacional e sociocultural (FEKETE, 1997). A acessibilidade geográfica reflete o tempo que se consome para obter assistência à saúde, considerando a distância média entre a população e os recursos, além das características físicas que dificultam o acesso da população. No tocante a acessibilidade econômica, a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado (STARFIELD, 2002). Em função dos custos advindos do tratamento da TB, alguns doentes reduzem os gastos com outros itens necessários à família, como alimentos ou água, sendo que muitos interrompem o tratamento por não conseguirem arcar com as despesas (KRUK; SCHWALBE; AGUIAR, 2008).

Fekete (1997) aponta que a acessibilidade organizacional está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização do serviço, que podem ser encontrados no contato inicial com o estabelecimento de saúde e ao longo do processo de cuidado. Ressalta-se a demora para obter uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento, tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais, continuidade da assistência, entre outros.

Em se tratando da dimensão sociocultural salienta-se que o estigma e a falta de informação, permeados por crenças sobre a TB, repercutem negativamente no

estado de saúde da população por retardar seu diagnóstico e tratamento, perpetuando a disseminação da doença (ENSOR; COOPER, 2004). Um aspecto a ser considerado na acessibilidade associa-se ao conhecimento da doença, assumindo, portanto que o nível de informação da comunidade acerca da sintomatologia, da causa, da duração e disponibilidade gratuita do tratamento e de doença curável, constituem condição *sine qua non* na demanda pelos serviços de saúde (MISHRA et al, 2005).

No que se refere à acessibilidade sócio-cultural, esse aspecto está relacionado à percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde (FEKETE, 1997).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, várias são as barreiras citadas e o desempenho em termos de diagnóstico de casos na comunidade e nas diferentes unidades de saúde pode ser resultante de aspectos relacionados ao paciente e/ou ao sistema de serviço de saúde. Há necessidade de compreender esses aspectos de forma a garantir o acesso aos serviços de saúde e priorizar grupos populacionais com precária educação e baixa renda (MUNIZ et al, 2005; JARAMILHO, 1999; SÁNCHEZ, 2007).

A desigualdade social determina a existência da pobreza/riqueza e diferentes condições de alimentação, habitação, saneamento, trabalho, transporte, lazer, consumo e reprodução. Além disso, a sociedade não consegue se organizar para reivindicar seus direitos básicos de cidadãos, contribuindo para agravar o diagnóstico tardio e o descontrole da doença. As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Em relação ao gênero, ser o doente do sexo masculino também é considerado um agravante para o problema, visto que buscam tardiamente os serviços de saúde, sendo a maioria deles diagnosticada em hospitais (QUEIROZ, 2008).

Outra barreira importante que pode interferir decisivamente na acessibilidade ao diagnóstico de TB refere-se à organização dos serviços de saúde, que não assume uma conformação ajustada às necessidades do usuário, possivelmente em decorrência dos baixos salários e da falta de motivação da equipe (MISHRA et al., 2005) ou pela forte influência do modelo biomédico.

A debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde são barreiras que podem comprometer o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB, bem como a qualidade da interação profissional-usuário para o adequado manejo da doença (WANG et al., 2007; MONROE et al., 2008).

No cenário atual de enfrentamento da TB no Brasil, também é indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário. Quando incorporado aos sistemas de saúde, a participação comunitária é um elemento que pode reduzir as barreiras de acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Apesar do surgimento de organizações comunitárias em torno da TB serem bastante recente, não se pode abrir mão da participação dos que representam as populações afetadas pelo problema (SANTOS-FILHO; GOMES, 2007).

Apesar da significativa descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde, ou seja, para as Equipes de Saúde da Família, observam-se fragilidades na rede de cuidados ao doente de TB, particularmente no que diz respeito à falta de acesso ao diagnóstico da TB. Assim, este estudo pretende analisar as barreiras de acesso ao diagnóstico da TB em idosos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Natureza da Investigação

Pesquisa do tipo avaliativa de natureza qualitativa. Segundo Novaes (2000), a investigação avaliatória objetiva principalmente a produção de conhecimento científico, com a finalidade de nortear processos decisórios. Segundo Minayo (2004) a pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum.

3.2 Cenário do estudo

Elegeu-se como cenário do estudo o município de João Pessoa – PB. João Pessoa é considerado um dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde para o controle da TB (Figura 1). Segundo dados do IBGE (2008), João Pessoa, capital do estado da Paraíba, possui uma população de 674.762 hab. e uma área territorial de 210, 55 km² (0,3 % da superfície do estado), o município tem atualmente 64 bairros com uma área bruta de 160,76 Km². Limita-se ao norte com o município de Cabedelo por meio do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.



FIGURA 1 – Mapa do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios.
Fonte: Paraíba, 2008.

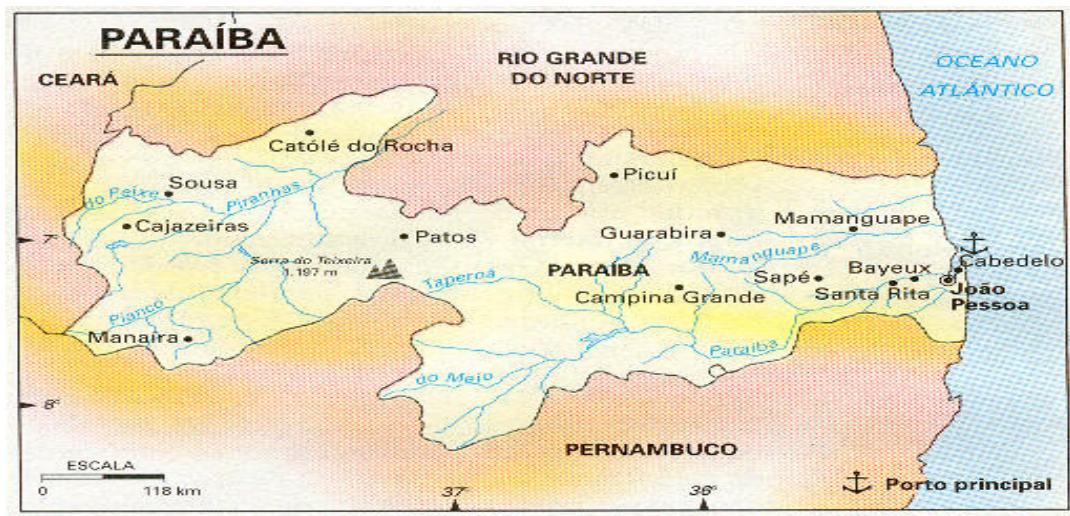


FIGURA 02: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários para o controle da TB.
Fonte: <http://www.emepa.org.br>

A rede de serviços de saúde está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS) (Figura 3), que recortam toda a extensão territorial da cidade, sendo o maior deles o DS III, que engloba uma população de 179. 229 habitantes, distribuída em 14 bairros. Para cada distrito, existe um diretor responsável em gerenciar e operar ações de atenção e vigilância à saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas (PMS-JPA, 2006).

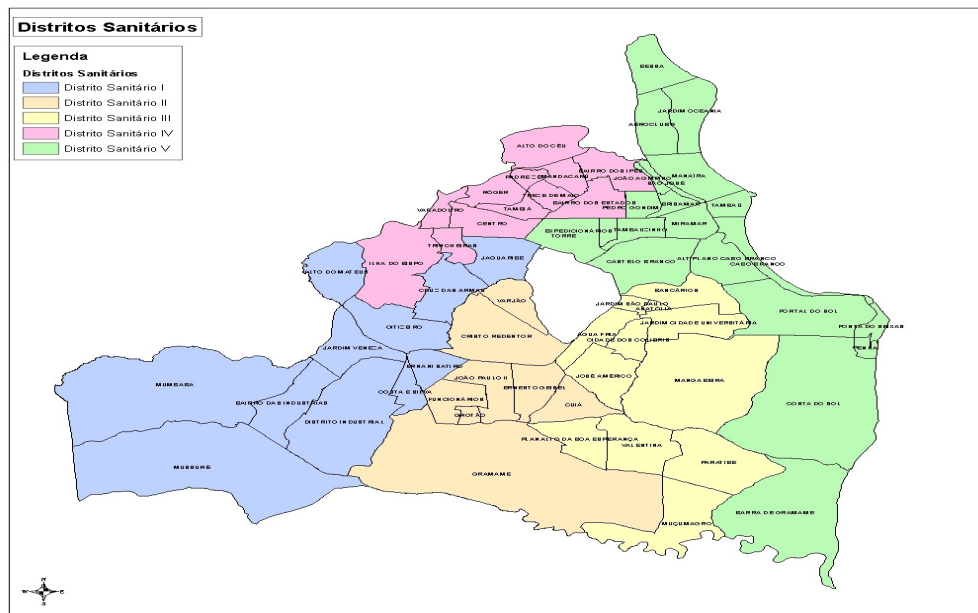


FIGURA 3: Divisão administrativa-territorial da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa/PB.

Fonte: Plano Municipal de Saúde. João Pessoa, 2006.

João Pessoa representa o mais importante pólo de referência no Estado da Paraíba, influenciando estas migrações internas e externas na construção e avaliação dos seus indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos. Pertence ao 1º Núcleo Regional de Saúde (NRS) juntamente com mais 24 municípios, todos localizados na mesorregião do Agreste Paraibano.

Atualmente, as ações de controle da TB são realizadas por 180 Equipes de Saúde da Família, 03 Centros Especializados, 02 hospitais de referência e 02 laboratórios que realizam a baciloscopia. Dentre as Unidades de Saúde da Família (USF) 24,5% (40) adotaram o DOT como estratégia de controle dos casos. Convém ressaltar que a maior parte dos casos residentes no município são diagnosticados pelo ambulatório de pneumologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (HCF), Unidade de Referência Estadual para diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, considerado ainda a principal porta de entrada para os casos de TB (LIMA, 2008).

3.3 Definição amostral

Participaram desse estudo sete doentes de TB. Como critérios de inclusão dos sujeitos consideraram-se: ser maior de 60 anos; estar em ou ter concluído o

tratamento de TB em unidades de saúde do município de João Pessoa; ser domiciliado nesse município; aceitar participar da pesquisa; responder o instrumento de coleta de dados e assinar o Termo de Livre Consentimento Livre e Esclarecido.

Para identificação dos sujeitos, contou-se com o apoio da coordenadora de Seção Tuberculose do referido município, que buscou junto ao sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) informações sobre doentes que se encaixavam no perfil do estudo, disponibilizando informações sobre 10 idosos. Destes, um havia falecido, um se mudou e não conseguiu-se contato um doente, resultando assim, em 07 (sete) sujeitos para a pesquisa. Os sujeitos estão identificados pela letra C e dispostos na seqüência em que foram entrevistados de C1 a C7.

3.3 Universo empírico do estudo

O instrumento eleito para coleta de dados foi o questionário. Este foi construído a partir de múltiplas discussões realizadas no grupo da Rede-TB, especificamente com o grupo Qualitativo. As questões inseridas no instrumento foram minuciosamente construídas de modo a obter resultados satisfatórios que respondam aos objetivos elencados no estudo.

A técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista, esta possibilita alcançar dados mais fidedignos de modo a fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema. As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011.

A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, ou seja, ato de perceber realizado entre duas pessoas (RICHARDSON et al., 2009). É uma técnica preciosa de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (TURATO, 2003). Minayo (2004, p.108) acrescenta que a entrevista possibilita informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos”.

A entrevista em pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, e a tarefa de pesquisar é evitar, o máximo possível, impor a estrutura e as suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado. A pesquisa precisa permanecer aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser muito diferentes daquelas que podem ter sido previstos no início (POPE; MAYS, 2005).

Nesse sentido, decidiu-se utilizar a entrevista semi-dirigida por permitir ao pesquisador uma melhor interlocução com o entrevistado com o intuito de auxiliar a construção das ideias em exposição. Aqui, adotou-se a nomenclatura “entrevista semi-dirigida” em vez de “entrevista semi-estruturada” por compactuar com o pensamento de Turato (2003) quando menciona que todas as entrevistas sempre têm uma estrutura previamente estabelecida, por outro lado, quanto a serem dirigidas, estas podem ser totalmente, parcialmente ou praticamente nada, pois o ato de dirigir significa dar direção, apontar para onde a entrevista caminhará.

Deste modo, decidiu-se utilizar a entrevista semidirigida, pois como instrumento auxiliar para a pesquisa, permite que os integrantes da relação (pesquisador e sujeito) tenham momentos para dar alguma direção, de modo a garantir ganhos para reunir informações segundo os objetivos propostos (TURATO, 2003). Assim, utilizou-se um roteiro de entrevista (APÊNDICE A).

3.4 Análise do material empírico

3.4.1 Organização do material empírico a partir do Atlas.ti

Os depoimentos transcritos foram organizados com uso do software Atlas.ti versão 6.2 em torno de questões norteadoras mediante a criação de Hermeneutic Unit (HU); através dos ícones File, open, foi salvo no TextBank o nome do HU a ser utilizado – Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso. Em seguida as entrevistas de cada idoso foram inseridas, através do ícone Primary Doc Manager (P-Docs), no total de 7 entrevistas salvas em extensão – pdf. Após leitura minuciosa destas de modo a contemplar o objeto de investigação, registrando também as impressões das falas, acompanhada da revisão da literatura científica; foi realizada a codificação do corpus, através da qual foram criados códigos pelo

ícone Code Manager (Codes), sendo 9 códigos relativos a primeira formação discursiva e 7 relativos a segunda formação discursiva. Conforme as figuras 4 e 5.

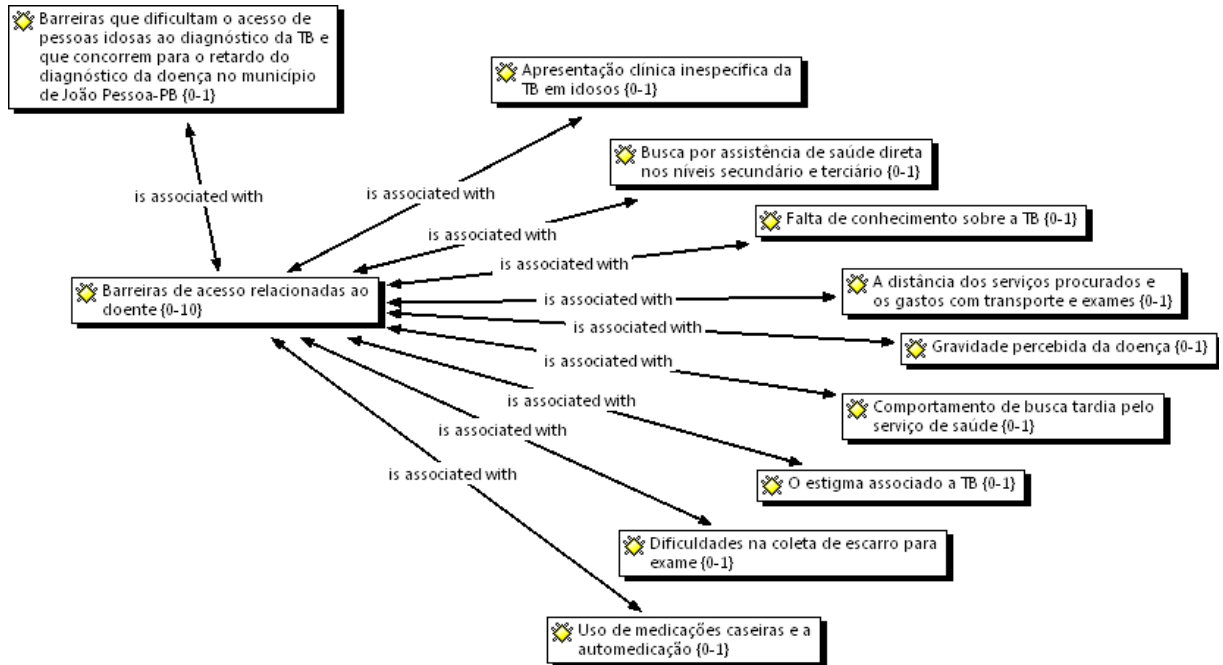


Figura 4: Barreiras de acesso ao diagnóstico relacionadas ao doente de tuberculose.

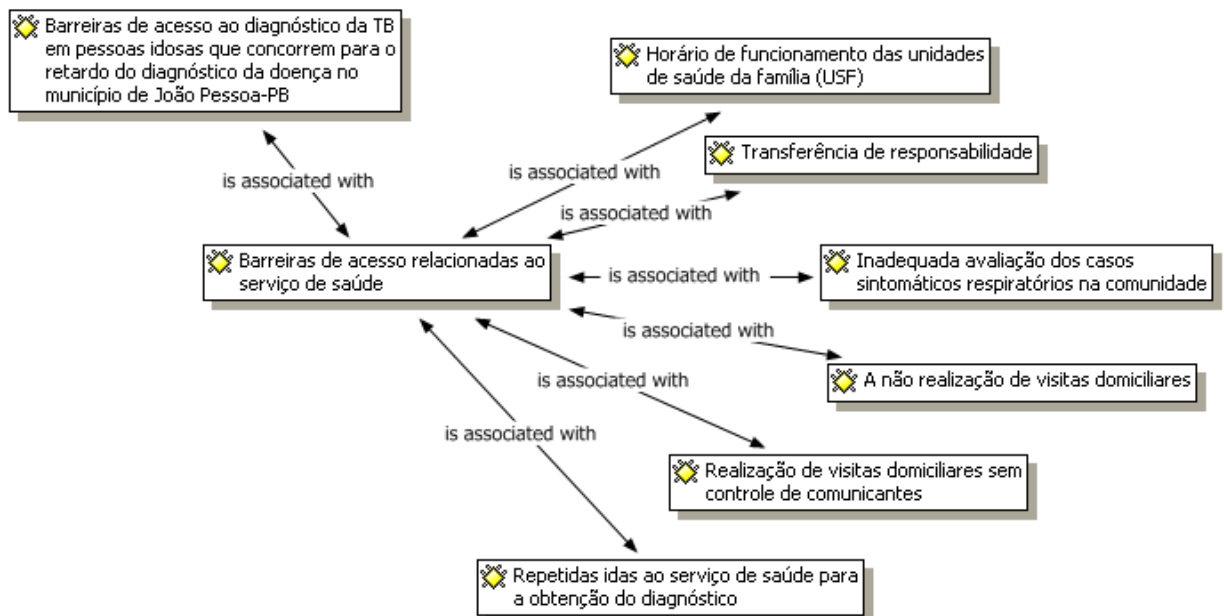


Figura 5: Barreiras de acesso ao diagnóstico relacionadas aos serviços de saúde.

Após criação dos códigos, as entrevistas foram abertas uma de cada vez e foram sendo codificadas através do sublinhamento dos fragmentos, sendo que cada

fragmento poderia receber um ou mais códigos. Os fragmentos eram armazenados no ícone Quotation Manager (Quotes). Após a codificação das 7 entrevistas, foram gerados relatórios através do ícone Tools, seguido do ícone Query Tool, através do qual se selecionava o código que se desejava obter o relatório, e acionando-se o ícone da impressora, adquiria-se o relatório. Estes relatórios foram instrumentos fundamentais para aplicação da análise de discurso.

3.4.2 3.5.2 *Análise do material empírico– Análise de Discurso*

No processo de análise do material empírico utilizou-se a análise de discurso (AD) na vertente proposta por Orlandi (2009), uma vez que esta é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos, ou como meios capazes de revelar a visão de mundo e, portanto, a posição ideológica do sujeito discursivo.

Vale esclarecer que a AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o *corpus* da AD é constituído pela seguinte formulação: ideologia+história+ linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de idéias que constitui a representação; a história é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na AD a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Orlandi (2009) refere que o discurso é uma dispersão de textos e texto é uma dispersão do sujeito. Nesse sentido, a constituição do texto é heterogênea, isto é, ele ocupa (marca) várias posições no texto a partir do lugar onde o sujeito se encontra. E essas distintas posições do sujeito no texto correspondem a diversas formações discursivas. Isto se dá porque em um mesmo texto podemos encontrar enunciados de discursos diversos, que derivam de várias formações discursivas. A mesma autora enfatiza que a formação discursiva é heterogênea e esta tem a ver com os lugares ocupados pelos sujeitos, isto é, pelas suas posições discursivas. Acrescenta ainda que o discurso é uma dispersão de textos e o texto é uma dispersão do sujeito.

Daí da importância de observar: de que lugar fala esse sujeito, qual papel ocupa, como se posiciona frente ao seu interlocutor, e quais imagens de poder ambos fazem um do outro, pois essas são socialmente construídas. Salienta a autora que “o imaginário faz necessariamente parte do funcionamento da linguagem. Ele é eficaz. Ele não brota do nada: assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade como a nossa, por relações de poder” (ORLANDI, 2009, p.42).

Enfim, toda interpretação é regulada em suas possibilidades, em suas condições, não sendo mero gesto de decodificação, ou apreensão de sentidos. Deve-se considerar que “nem a linguagem, nem os sentidos, nem mesmos os sujeitos são transparentes: eles têm sua materialidade e se constituem em processo em que a língua, a história e a ideologia concorrem conjuntamente” (ORLANDI, 2009, p.48).

A aplicação da AD permitiu identificar no discurso dos sujeitos que posição discursiva, legitimada socialmente pela união da história, do social e da ideologia estes sujeitos se filiam e produzem sentidos. Para Orlandi (2009) o sentido não existe em si, porém é determinado pelas posições ideológicas postas em jogo no processo social e histórico em que as palavras são produzidas.

Inicialmente foram realizadas leituras exaustivas sobre Análise de Discurso de matriz Francesa, com o intuito de aprofundamentos conceituais e metodológicos para empregá-la na análise dos depoimentos transcritos a partir das entrevistas dos sujeitos compreendendo o material de linguagem bruto ou superfície linguística. Em seguida foram realizadas leituras da superfície lingüística com a finalidade identificar sinais, vestígios e pistas que apontassem para o fio do discurso sendo este processo denominado de-superficialização. Realizado este processo, foi constituído o corpus discursivo considerando o objeto de estudo e seus objetivos.

A partir do corpus discursivo foi observado nos enunciados a discursividade e incidindo em primeiro lance de análise em de natureza lingüístico enunciativa, construiu-se o objeto discursivo.

Na segunda etapa da análise trabalhou-se uma análise que procurou relacionar as formações discursivas distintas, mediante a constatação e identificação de processos parafrásicos, polissêmicos e metafóricos.

Após esse processo foram identificadas as seguintes formações discursivas: Dificuldades relacionadas ao doente para o acesso ao diagnóstico de TB em idosos

no município de João Pessoa-PB e Elementos relacionados aos serviços de saúde no acesso ao diagnóstico por parte das pessoas idosas com TB e suas implicações no retardo do diagnóstico.

A partir desta etapa os enunciados que caracterizavam os discursos dos sujeitos foram analisados quanto: a posição ideológica do sujeito, opacidade do discurso, contradições, silenciamento, quanto ao interdiscurso e à memória discursiva.

3.5 Aspectos Éticos

Atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sendo aprovado em 17 de dezembro de 2008, sob o nº 0589.

4 ANÁLISE DAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS

4.1 Formação Discursiva I: Dificuldades relacionadas ao doente para o acesso ao diagnóstico de TB em idosos no município de João Pessoa-PB

Os discursos analisados nessa formação discursiva identificam barreiras de acesso relacionadas aos doentes para o acesso ao diagnóstico de TB em idosos no município de João Pessoa-PB.

Quando indagados quanto ao conhecimento sobre a TB antes do adoecimento alguns idosos revelaram que o acesso à informação sobre a doença se deu por meio da televisão.

Eu ouvia dizer que é a gripe mal curada, passava aí alguma coisa na televisão. C1

Eu vi alguma coisa na televisão. C2

Eu vi que passava na televisão, mas eu tava sentindo que eu já tava fraca, eu já sabia que tava doente. C7

Os discursos evidenciam que os idosos recebem informações através dos meios de comunicação de massa, com destaque para a televisão. Entretanto, apesar de já terem tido contato com essas informações sobre a doença, os idosos revelaram não ter conhecimento sobre a TB antes de adoecerem.

Eu não sabia o que era antes de ficar doente, não sabia de nada. C6

Nada. Não sabia nada. C5

Não sabia de nada. Não me disseram nada. C3

Tal cenário suscita uma reflexão quanto à eficácia das campanhas de saúde nos meios de comunicação de massa. A comunicação da saúde é um segmento de um setor mais amplo - a comunicação da ciência - e ocorre em dois registros: o da comunicação interpares ou primária, ou seja, aquela trocada pelos cientistas entre si; e o da comunicação secundária, destinada ao público em geral. A comunicação pública da ciência (e da saúde) é um produto da mistura dos discursos científico e jornalístico, apresentando características de ambos. Disto decorre que algumas

divergências valorativas entre esses discursos podem causar inadequações ou obstáculos para uma comunicação de massa sobre a saúde (EPSTEIN, 2008).

A comunicação de massa, quando existe, falha por haver falta de coerência entre os propósitos programáticos e a ação de saúde. A mensagem é ambígua, e utiliza uma linguagem que limita a compreensão. Para que se pudesse ter um resultado positivo, esta comunicação não poderia ser ocasional, nem sensacionalista (NATAL et al., 1999).

Particularmente em se tratando de campanhas veiculadas pelos meios de comunicação de massa, tem-se que as mesmas alcançam um efeito temporário em relação a mudanças de hábitos e condutas. Segundo Rice e Candeias (1989) a população não muda de comportamento em definitivo, apenas reage a um estímulo temporário. Com o desaparecimento do estímulo, o comportamento tende à extinção. Entretanto, a principal crítica a este modelo de educação, tem sido referente a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde (ALVES, 2004/2005). Desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente (GAZZINELLI et al., 2005).

Neste sentido, tem-se discutido sobre os determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde e propõe-se que estas sejam sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários. Para tanto, reconhece-se a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e de adotar uma comunicação dialógica que tenha o diálogo como base, que conheça as pessoas para os quais se destinam as ações de saúde - incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem - e que os envolva nas ações, o que se contrapõe a sua imposição (ALVES, 2004/2005; BRICEÑO-LÉON, 1996).

Os discursos dos idosos entrevistados referentes ao conhecimento sobre a TB revelam que os mesmos têm percepções diferentes sobre a mesma. Dos discursos analisados apenas dois apresentaram certa coerência com o significado da TB, pois apontam seus sinais e sintomas:

É uma mancha no pulmão, não é? C2

É uma doença com tosse, com febre, que mesmo tendo comida não come. C4

A caracterização das doenças por parte dos idosos ocorre das mais diversas formas e constata-se que se baseia, principalmente, no reconhecimento de sintomas e sinais, ou seja, no reconhecimento da enfermidade no próprio corpo (NAVARRETE; PÉREZ, 1998).

Existiram ainda aqueles que achavam que a TB é uma complicação de uma doença mal curada, como uma gripe; que achavam que a TB veio do uso do fumo e ainda aqueles que relataram não saber nada sobre a mesma.

“O povo diz que é a gripe mal curada, né? Que a pessoa que não cuida da gripe fica com Tuberculose.” C1

“Tuberculose é uma doença muito agravante, é uma gripe muito forte. A pessoa às vezes não se cuida, aí começa aquela ‘catarreira’ e vira tuberculose.” C7

A Tuberculose é uma doença grave, porque eu ia morrendo. A minha foi por causa de fumo. C6

Eu não sei de nada dessa doença não. C5

Eu não sei não. Não sei explicar. Não sei nem se tive essa doença mesmo. C3

A percepção do doente a respeito da TB relaciona-se diretamente ao tratamento ineficaz ou à falta dele em alguma outra doença do trato respiratório, destacando-se nesse caso, a gripe. Percebe-se ainda no fio do discurso um tom de culpa da pessoa que ‘não cuidou’ da gripe e esta virou TB. Cabe ressaltar que, em relação à memória discursiva, e por tratar-se de idosos, esses sujeitos dirigem seu olhar ao passado sendo os conceitos de gripe mal curada que vira TB e de TB como mancha no pulmão reverberações dos discursos ouvidos pelos idosos durante suas vidas.

Em estudo realizado em grupos hispânicos Rubel e Garro (1992) identificaram que os mesmos confundem a TB com outras doenças respiratórias, tais como a gripe e a bronquite. Gonçalves, Costa e Menezes (1999) também verificaram que grande parte de seus entrevistados relaciona a TB às enfermidades mais comuns - tais como uma gripe mal curada que permanece alojada no corpo - sendo a gripe

descrita como causa e não vista apenas como sinal indicativo da TB. Na visão dos doentes – influenciados pela história - a etiologia da TB não tem que ser um germe ou micróbio, pode ser uma consequência natural do desgaste corporal.

Em relação ao fumo, a concepção dos idosos entrevistados é consonante ao encontrado por Metcalf, Bradshaw e Stindt (1990) em estudo desenvolvido na África do Sul, onde crê-se que a TB é causada pelo fumo. Vê-se que aqui se reforça o “modelo exógeno” do adoecimento, segundo Laplantine (1991).

No modelo exógeno as representações que temos a respeito da doença são resultados de algo que vem do exterior, há sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido- é o cigarro que causa a TB. Para Laplantine (1991) esses fatores externos não são colocados apenas em relação a outros causadores da doença, mas como “agentes diretamente responsáveis”. O discurso contemporâneo institui o cigarro como um de nossos inimigos, o que nos leva a acreditar no isolamento das causas das doenças. Assim, combatendo-se o “inimigo”, cura-se. Portanto, para o entendimento desse modelo é preciso ver que o indivíduo mantém uma relação de exterioridade com sua doença. Nesse sentido, a doença é o intruso, é o que separa o culpado de vítima, o agredido do agressor, “o outro de si mesmo”.

A prática educativa fundamentada nessa perspectiva considera ser necessário adotar um modo de vida adequado, natural e isolar a doença. A intervenção educacional, na maioria das vezes, apóia-se na idéia de que se pode educar para saúde e parte do princípio de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas ‘corretivas’ e/ou educativas. Tal hipótese levou a prática pedagógica em saúde a utilizar estratégias ligadas à idéia de que a apreensão de saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. Assim, comportamentos considerados inadequados à saúde são explicados como decorrentes de um déficit cognitivo e cultural, podendo ser superados por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior (GAZZINELLI et al., 2005).

Ocorre que as práticas educativas pautadas nesta perspectiva conteudista, normativa e cientificista tem demonstrado que a aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento. As ações educativas tradicionais no controle da TB limitam as práticas apenas à tomada da medicação,

sem a promoção de mudanças de comportamentos (SÁ et al., 2010), portanto, mais aliados aos aspectos preventivo do que à promoção da saúde.

A partir da constatação da ineficácia de certas práticas educativas em provocar mudança de comportamentos e práticas, a discussão teórica relativa à Educação em Saúde ganha novos contornos (GAZZINELLI et al., 2005). Assim, dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações educativas como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças. Os serviços de saúde devem estar inseridos na realidade das pessoas e se adequar, considerando que a população tem um saber próprio e esse saber deve ser considerado. Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidas na melhoria da qualidade de vida do doente (SÁ et al., 2010).

É imprescindível ainda que a Educação em saúde leve em conta as representações dos sujeitos (GAZZINELLI et al., 2005), estas entendidas como noções e modos de pensamento erigidos ao longo das trajetórias de vida das pessoas, influenciadas, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana (MOSCOVICI, 1978), pois, corre-se o risco da ênfase nas representações ainda acontecer movida pela substituição das noções “equivocadas” acerca da doença, pelos conhecimentos elaborados. Ou seja, o ato educativo não deve ser um processo de “desconstrução” das representações vistas como incorretas, deve-se, na identificação das representações dos sujeitos, propiciar espaço para a ascensão dessas representações ao saber instituído (GAZZINELLI et al., 2005).

Quanto às representações sociais da TB, estudo realizado por Souza, Silva e Meireles (2010) identificou que as representações sobre a TB foram expressas em relatos de perdas, de tristeza, de descontentamento e de revolta. Assim sendo, as representações da TB como sofrimento apontam a necessidade de promover a criação de uma rede de suporte às pessoas com TB e de trabalhar preconceitos, medos e respeito às diferenças.

Os conhecimentos insuficientes da doença, por sua vez, podem afetar a forma de percebê-la e de enfrentá-la (SANCHÉZ; BERTOLOZZI, 2011). A falta de

informação sobre a sintomatologia da TB leva à demora na procura do serviço médico (JOB et al., 1998). O conhecimento da TB, em relação a sua transmissão, sinais e sintomas, corrobora para o diagnóstico precoce, assim como para a adesão ao tratamento. Da mesma maneira, o desconhecimento gera o diagnóstico tardio, a disseminação do bacilo, além de perpetuar preconceitos (QUEIROZ; NOGUEIRA, 2010; MISHRA, 2006; DRIVER et al. 2005).

Em seu estudo Xu et al. (2004) identificaram que muitos de seus pacientes relataram que antes de serem diagnosticados tinham um conhecimento muito limitado sobre a TB e que se tivessem conhecimento de que tinham TB, teriam procurado cuidados médicos muito mais cedo. Assim sendo, é necessário resgatar os conhecimentos que a população tem sobre a saúde-doença para o planejamento de atividades que promovam a desmistificação de enfermidades como a TB (SANCHÉZ; BERTOLOZZI, 2011). Nesse sentido, Souza, Silva e Meireles (2010) reiteram a necessidade de maior divulgação sobre o que é a TB, de como é transmitida, bem como de suas manifestações iniciais, promovendo tanto sua prevenção como o diagnóstico mais precoce, contribuindo para uma nova representação acerca desta doença.

Uma vez que é de responsabilidade das equipes de saúde da família o desenvolvimento de ações educativas junto aos usuários na unidade de saúde, bem como na própria comunidade (BRASIL, 2002a), Ruffino Netto (2001) reitera a importância da utilização de estratégias que auxiliem na desmistificação da TB, que levem aos SR o conhecimento de forma a despertar seu interesse para a busca por assistência de saúde se faz necessária, de forma contínua, tanto no âmbito das unidades de saúde, nas comunidades em geral, quanto nos meios de comunicação. Essas estratégias devem promover a participação coletiva, integral, considerando-se as características e a realidade de cada local. Faz-se necessário, portanto, que sejam realizadas campanhas educativas para o segmento idoso da população.

Outro ponto importante analisado nos fragmentos discursivos dos idosos diz respeito à dimensão sócio-cultural do acesso na perspectiva da população, uma vez que envolve a percepção do sujeito sobre a gravidade de sua doença. Quando questionados sobre o que sentiram quando começaram a desconfiar que estivessem doentes, relataram:

Eu comecei com uma tosse seca, aquela tosse seca, aquela moleza no corpo, o corpo todo doendo. C1

Eu tava com uma tosse seca. C2

Tossia muito e tudo, comia mais não tinha esse ânimo todo. Não tinha febre nem dor de cabeça. C7

Eu sentia uma tosse que tava acabando comigo, eu sentia o meu corpo todo doendo. C5

De acordo com Gonçalves, Costa e Menezes (1999) as manifestações atribuídas a TB - quando não estão relacionadas diretamente a alguma doença - são vistas como uma indisposição passageira. Isto pressupõe que os sinais, enquanto sensações isoladas, dispersas e não intensas - como a tosse- não chegam a constituir inicialmente um quadro considerado preocupante pelos colaboradores. A distinção e a classificação das sensações em doença são influenciadas e determinadas por um conjunto de elementos (por exemplo, a intensidade da tosse) que não passa somente pelos sinais isolados.

Zhang et al. (2007) constataram em seu estudo que mais de um terço dos suspeitos de TB não procuraram qualquer cuidado profissional mesmo depois de uma tosse persistente por mais de 3 semanas. Xu et al. (2004), por sua vez, identificaram que fatores econômicos influenciam o comportamento dos idosos na busca por cuidados de saúde. Segundo esses autores, os idosos não procuram cuidados de saúde para a tosse a menos que tenham dinheiro em mãos. Nesse sentido, os fragmentos discursivos dos colaboradores em estudo mostram que o financeiro influi, mas ressalta-se que o aspecto cultural é determinante.

A tosse por mais de três semanas é reconhecidamente o sintoma mais característico da TB, sendo fundamental para a identificação dos SR e para o diagnóstico precoce. Assim sendo, esse sintoma é o principal fator para se pensar no diagnóstico de TB pulmonar, principalmente quando se trata de uma tosse com duração superior há 3 semanas (BRASIL, 2010). É importante ressaltar que a tosse, muitas vezes, é sub-valorizada pelo doente e tampouco pela equipe de saúde. Em muitos casos, ao ser realizar o diagnóstico de TB, evidencia-se que o doente já percorreu diversos serviços de saúde sem que fosse feita suspeita clínica (OLIVEIRA et al., 2006). Essa grande frequência do sintoma tosse reforça a

indicação do estudo baciloscópico de escarro para todos os SR como recomenda o PNCT (BRASIL, 2010).

Os fragmentos discursivos relativos às primeiras providências que os idosos tomaram quando resolveram buscar ajuda para o seu problema, após o início das queixas iniciais, também foram relacionadas à gravidade percebida da doença. O hábito de procurar ou não serviços de saúde em casos de necessidades podem estar relacionado tanto aos fatores culturais quanto às dificuldades para o acesso aos serviços. Neste contexto, Campbell et al. (2006) afirmam que as barreiras percebidas para acessar os serviços de saúde podem afetar as decisões de procura por cuidados e diante dessas barreiras, alguns indivíduos desenvolvem alternativas para contorná-las.

Neste estudo, quando os entrevistados achavam que as queixas eram devidas a uma doença não-grave e não crônica e estavam esperançosos que poderiam gerir a sua própria medicação, revelaram como práticas comuns em casos de problemas de saúde o uso de medicação caseira e da automedicação.

As meninas [filhas] tentaram tudo dentro de casa para vê se combatia a tosse, não teve jeito. Eu tomava xarope para vê se a tosse ia “simbora”, mas não foi. O único jeito foi ir ao médico. C1

[Minha família] Gastou uns 80 reais na farmácia comprando remédio para mim, mas a tosse não passava. Eu tomei até mastruz com leite. Depois eu fui para o hospital por que queria me internar. C2

Eu tomava um xarope para vê se passava e melhorou um pouquinho, mas quando eu tava meio “carregada” mesmo, aí eu fui para o posto, fui eu e meu menino mais novo. Procurei logo a médica e contei tudo o que eu sentia a ela. C7

Segundo Mesfin et al. (2009) o uso de medicações caseiras – como o mastruz com leite- foi um forte preditor de atraso prolongado do paciente na busca pelo serviço de saúde. Entretanto, os mesmos autores referem que essa contribuição relativa da procura por fontes alternativas de tratamento para o retardo ao diagnóstico pelo paciente nunca foi completamente investigada e relatam que após identificarem que esse tipo de tratamento informal falhou, os doentes buscam o tratamento formal.

De acordo com Sanou et al. (2004) a automedicação é comumente a primeira opção de escolha dos usuários. A automedicação é uma prática muito corriqueira, vivenciada por civilizações de todos os tempos e que tem ganhado espaço visto uma tendência para a busca de solução imediata para as enfermidades. No Brasil, a percepção da automedicação e do papel do indivíduo foi condicionada pelo acesso limitado aos medicamentos e aos equipamentos de saúde e pelo alcance restrito do discurso médico em relação aos limites e perigos dessa prática indiscriminada.

A automedicação é um procedimento que se caracteriza pela iniciativa do doente ou de seu responsável em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio dos sintomas (SÁ; BARROS; SÁ, 2007). A prática da automedicação pode estar correlacionada, além do aspecto cultural, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, cuja oferta é heterogeneamente estruturada e distribuída, constituindo ela mesma fator gerador de desigualdades (GERHARDT, 2006).

Apesar da automedicação ser considerada uma forma importante de cuidados pessoais e de resposta a sintomas, essa prática diminui a procura por serviços de saúde ocorrendo em prejuízos, quais sejam os mais comuns: gastos supérfluos, reações adversas ou alérgicas, intoxicação e atraso no diagnóstico e na terapêutica adequados (SÁ; BARROS; SÁ, 2007; GERHARDT, 2006). De acordo com Munõz et al. (2004) a automedicação é um fator associado ao retardo do diagnóstico da TB.

É preciso atentar ainda para a possibilidade da automedicação levar ao agravamento do problema da TB, pois a carência do diagnóstico precoce e do tratamento adequado faz com que enfermos permaneçam transmissores e estima-se que uma única pessoa contaminada com TB sem ser diagnosticada e, portanto, não tratada, pode infectar entre dez a quinze pessoas em cada ano. Sendo então importante a existência de métodos eficazes de identificação precoce dos casos e tratamento imediato (MIFNANGA et al, 2008).

Os discursos dos idosos sobre as primeiras providências que tomaram quando resolveram buscar ajuda ressaltam que em razão do longo tempo decorrido e da gravidade do quadro clínico os mesmos recorreram à busca pela assistência hospitalar:

Eu tava muito doente, aí minha filha me levou pro hospital e eu fui internada. C4

Eu tava doente, eu ainda morava lá em Marco Moura [outro bairro], aí minha filha me levou pro hospital e eu fui internado. C5

As primeiras providências tomadas [...] quando eu já estava com a doença bem avançada, e interrompeu de eu ir trabalhar, faltou força e coragem para fazer minhas coisas, aí eu tive que procurar o médico, já nas últimas. C6

Segundo Pinheiro (2001), a opção das pessoas pelo hospital faz parte da história passada e presente da política de saúde do Brasil que tem no itinerário da busca da população pela cura a representação de que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar seu problema de saúde.

A preferência dos usuários pelo atendimento hospitalar também foi encontrada em um estudo realizado por Cohn et al. (2002) em São Paulo. Nele os autores referem que a AB idealizada pela saúde pública, como porta de entrada na hierarquia da rede assistencial, nem sempre se constitui como tal. Eles identificaram que o que predomina na utilização dos serviços é a busca pelo mais completo e rápido, com recursos à mão, o hospital.

A preferência pela busca de assistência em hospitais ou serviços de referência ficou evidente também quando os idosos foram questionados quanto a qual foi o primeiro lugar que os mesmos procuraram quando resolveram buscar tratamento:

O primeiro médico que eu procurei foi na Policlínica, eu tenho [plano de saúde], mas a gente pagou uma quantia pra falar com o doutor. Lá que foi descoberto, lá ele pediu todos os exames e eu fiz, aí constatou. C1

Eu fui direto para o Clementino [hospital de referência], porque queria me internar. C2

Eu fui pro hospital porque estava muito doente. Fiquei internada, até na UTI eu fiquei. C4

Fui primeiro para o Santa Izabel [hospital] porque eu estava com aquela fraqueza, não estava me alimentando bem e eu ia atrás de que o médico passasse um remédio, um fortificante, para eu me fortificar. C6

Fui para o Lactário da Torre [serviço ambulatorial], porque antigamente lá atendia a todos. Quando cheguei lá disseram

para eu ir para a Torre I [USF], porque não atende mais lá. Aí eu disse: “pronto, que danado é isso”! Aí eu fui para o posto.
C7

Reitera-se a percepção de que os usuários de serviços públicos de saúde são submetidos ao descaso, principalmente nas unidades de menor complexidade, cuja imagem se associa às populações que não podem pagar por uma assistência de “melhor qualidade”. Enquanto o SUS *constitucional* propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS *real* vai se consolidando como um subsistema dentro de um sistema segmentado, destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados (VILLA et al., 2006).

Durand (2000) faz referência a um sentido degradado atribuído ao serviço público de saúde no Brasil e aponta para representações ruins da instituição pública compartilhadas pelos seus usuários. Em consequência, de acordo com Puccini e Cornetta (2008), prevalece a incerteza do acesso ao diagnóstico nas USF, fato que, geralmente, leva o usuário a procurar a assistência em serviços de maior complexidade, para problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no nível primário, como é o caso da TB.

As motivações dos usuários para buscarem atendimento em outros níveis do sistema podem estar relacionadas às dificuldades de acesso à AB e ao agravamento do quadro do indivíduo, que acaba tendo que procurar o serviço de emergência ou outro que dê respostas mais complexas e especializadas. Para Travassos e Viacava (2007) o acesso limitado a serviços de complexidade intermediária no SUS e as barreiras financeiras para o acesso a médicos especialistas em consultórios privados resultam em agravamento desnecessário do estado de saúde e maior demanda aos hospitais. Contudo, Puccini e Cornetta (2008) enfatizam que não se pode descartar a hipótese de que tal procura seja, antes de qualquer coisa, resultante da busca irrefreável de um usuário por uma consulta médica imediata, que pode ser obtida nesta modalidade.

Mais que isso, na opacidade dos discursos dos idosos percebe-se que não há vínculo entre o usuário e a unidade sendo necessário repensar o porquê destes usuários não procurarem a USF para obter o diagnóstico precoce. É plausível que a busca por serviços especializados esteja relacionada às fragilidades, por parte da equipe de saúde, relacionadas à construção e manutenção do vínculo, formas de acesso, responsabilização, acolhimento e conseqüentemente práticas de cuidado.

A construção de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade adscrita é um dos princípios fundamentais da ESF e objetiva a manutenção do cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mediante uma postura pró-ativa em face aos problemas de saúde-doença (BRASIL, 2007).

A busca dos idosos por serviços de outros níveis evidencia a importância da formação de vínculo entre profissionais e comunidade na qual estão inseridos, ou seja, a existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo pelo tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (GOMES; SÁ, 2009). Compreende-se que o vínculo na atenção à saúde pressupõe a existência de uma fonte de atenção que os indivíduos identificam como sua e que os profissionais de saúde reconhecem como a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção, orientada para a pessoa, por um período de tempo definido ou indefinido (STARFIELD, 2002).

É preciso ressaltar que, mais do que diminuir o tempo do diagnóstico e conseqüentemente a demora para o início do tratamento, o importante é buscar acolher os usuários que procuram os serviços de saúde, integrando-os junto às equipes, minimizando os entraves desde o diagnóstico até a conclusão do tratamento e cura da doença, respeitando a dignidade e a autonomia daqueles que buscam os serviços de saúde. É imprescindível a formação de vínculo entre o serviço de saúde e o usuário.

Quando questionados sobre o porquê de não terem procurado primeiramente a USF próxima a sua residência dois colaboradores referiram:

Porque eu queria me internar e a na unidade não se internava, né? C2

Porque eu queria um tratamento mais especializado. C6

Os fragmentos discursivos revelam que a falta de atendimento especializado para os usuários é tido como um fator limitante para uma maior resolubilidade dos problemas de saúde da população nas USF, visto que os mesmos esperam receber esse tipo de atendimento. Além disso, o fragmento discursivo do colaborador 2 deixa explícito sua intenção de buscar a internação hospitalar.

Apesar das USF terem condições de resolver até 85% dos problemas de saúde da população adscrita, a busca por serviços de urgência - mesmo em casos não graves- é referida na literatura (ESCOREL et al., 2007). Para além de revelar a confiança dos doentes nas tecnologias utilizadas em outros níveis de atenção, a busca dos usuários pelo atendimento em outros níveis de atenção parece refletir a desconfiança dos mesmos quanto ao poder de resolutividade das USF bem como de seu papel enquanto porta de entrada ao sistema.

É sabido que a garantia da integralidade no cuidado ao doente de TB nas USF permanece como um importante nó crítico a ser equacionado, uma vez que a expansão da cobertura da AB tem ampliado a demanda por atenção em outros níveis (ESCOREL et al., 2007). Nesse sentido, estudos revelam que os usuários das USF encontram dificuldades referentes ao acesso a outros níveis de atenção do sistema de saúde (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; ESCOREL et al., 2007).

É possível que entre as diversas causas dessa dificuldade esteja à falta de articulação entre o nível da APS e os demais níveis do sistema. Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde, que devem ser garantidos para toda a população em condições de igualdade, sem qualquer discriminação, bem como a possibilidade de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, conforme o princípio da equidade, ainda não se configuram uma realidade social (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009). Assim sendo, o comportamento dos idosos na busca pelo hospital em detrimento das USF pode estar associado à tentativa de fugir das dificuldades encontradas no primeiro nível de atenção e ter garantido seu acesso aos outros níveis do sistema.

Os fragmentos discursivos dos idosos revelaram também o retardo por parte do doente na busca pelos serviços de saúde.

Passei uns cinco a seis anos que eu vinha desse jeito, sentindo esse negócio aos pouquinhos, e só fui ao médico quando já estava quase nas últimas. Fui eu mesmo, foi minha demora em ir procurar o tratamento, pois isso não aconteceu do dia para noite, mas quando eu fui já era tarde demais. C6

O relato do colaborador 6 reflete um comportamento de busca tardia pelo serviço de saúde. De acordo com Xu et al. (2004) os idosos costumam procurar cuidados de saúde muito mais tarde do que os jovens. Segundo esses autores,

quando doentes, os idosos optam por buscar soluções alternativas tais como beber água e descansar, terminando por procurar ajuda apenas quando sua doença já se apresenta de forma mais grave. Para Travassos et al. (2000) as diferenças na atitude de procurar serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, bem como diferenças no comportamento da pessoa perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. Particularmente para a TB, Campinas e Almeida (2004) referem que o tempo de demora do doente na busca por assistência traduz falta de percepção da potencial gravidade da TB, acarretando o diagnóstico tardio.

Em se tratando do retardo por parte do usuário, Mfinanga et al. (2008) apontam que para ser considerado atraso o tempo entre o início dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde deve ser maior que 30 dias. Em seu estudo, Job et al. (1986) identificaram que o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo médico, em 66% dos doentes entrevistados, foi maior do que 30 dias. Já Wandwalo e Morkve (2000) descobriram que cerca de 80% dos pacientes estudados demoraram mais de trinta dias do início dos sintomas para buscar um serviço de saúde, com um atraso médio de 162 dias. Já Habibullah et al. (2004) e Basnet et al. (2009) encontraram demora semelhante sendo, respectivamente, 56 e 50 dias. Tal fato é importante porque mostra a presença mais duradoura destes pacientes como fonte transmissora na população e também pelas seqüelas que podem lhes advir do maior tempo sem tratamento (JOB et al., 1986).

Não raramente, a TB em idosos pode apresentar-se sob diferentes apresentações clínicas, e que podem estar relacionadas com o órgão acometido. Dessa forma, outros sinais e sintomas, além da tosse, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada (CONDE, MUZY, 2009; KRITSKI, FIUZA DE MELLO, 2007). Observa-se nos fragmentos discursivos a concordância com a literatura quanto à diferença dos sintomas apresentados pelos idosos frente ao clássico quadro de TB:

Quando eu tive o começo da doença não foi assim com tosse, não tinha tosse, febre também foi muito pouca, não dava dor de cabeça. Eu tossi e já veio o sangue, sem outra coisa antes.
C3

Eu tive pouca febre e também não tossia muito, só sentia uma dor no pulmão. C4

Eu senti fraqueza, sentia tontura na cabeça, tossindo sem ter gripe, sem ter catarro, só aquele negócio seco, me passava à vontade de comer. C6

Em se tratando da apresentação clínica da TB em idosos, estudos revelam que ela muitas vezes difere da de pacientes mais jovens com características clínicas inespecíficas (SCHAAF et al., 2010; WEBB-YATES, 2010; GUPTA et al., 2008; CAVALCANTI et al., 2006; LEE et al., 2005; GAUR et al., 2004; RIZVI et al., 2003; LADO LADO et al., 2002; PACKHAM, 2001; CHAIMOWICZ, 2001; RAJAGOPALAN; YOSHIKAWA, 2000; DAHMASH et al., 1995; MORRIS, 1990).

Assim sendo, à semelhança dos discursos, os estudos realizados por Towhidi, Azarian e Asnaashari (2008), Cantalice Filho, Sant`Anna e Boia (2007), Lee et al. (2005), Sood (2004), Picon et al. (2002), Chaimowicz, 2001 e Rajagopalan e Yoshikawa (2000) identificaram que sintomas característicos da TB tais como tosse, hemoptise e sensação febril ocorreram com mais freqüência em jovens, enquanto sintomas inespecíficos como anorexia, fraqueza, perda de peso e alterações mentais e cognitivas ocorreram mais freqüentemente em pessoas idosas.

Ao estudar a TB em idosos Schaaf et al., 2010, Gupta et al. (2008), Gaur et al. (2004), Rizvi et al. (2003) e Dahmash et al. (1995) identificaram que o diagnóstico dessa doença nessa clientela foi atrasado por causa da clínica atípica. Visto que o quadro clínico da TB em idosos frequentemente apresenta características clínicas inespecíficas, é preciso que os profissionais que lidam com essa clientela estejam atentos para a suspeição diagnóstica dessa doença, pois o atraso no diagnóstico em idosos pode contribuir para a elevada mortalidade (DAHMASH et al., 1995). Além disso, é preciso que esses profissionais percebam a pessoa idosa como um ser único, o que requer uma abordagem diagnóstica singularizada (AYRES, 2004).

Farrugia (2010) alerta ainda que o atraso no diagnóstico pode levar a uma subestimação da TB entre os idosos e uma queda na incidência de TB. Esses fatores podem dificultar a formulação de medidas de controle e análise de comunicantes, resultando em um período mais longo de contágio e transmissão.

Para evitar o atraso no diagnóstico sugere-se que a TB deve ser incluída no diagnóstico diferencial de qualquer paciente idoso apresentando sintomas pulmonares, febre inexplicada, anorexia e/ou perda de peso. As anomalias do laboratório, por exemplo, radiografia do tórax anormal, piúria, anemia, etc, sem uma causa definitiva deve alertar uma busca para TB. Os idosos com TB são ainda mais

propensos a ter hipoalbuminemia, LFT anormal, hipocalcemia e hiponatremia (SOOD, 2004).

Outro ponto a ser abordado é que muitos idosos demonstraram em seus discursos que tiveram dificuldades para obter a confirmação diagnóstica, com destaque para dificuldades financeiras e de transporte, dificuldades essas que estão intimamente ligadas às barreiras geográficas e econômicas relacionadas ao acesso.

Nessa época ainda não tinha carro, mas meu esposo sempre pagava um conhecido da gente pra me levar. C1

Eu tive dificuldade para ir para o hospital, tive dificuldade de transporte, porque aqui tudo é longe, e não tinha dinheiro para pagar taxi. C6

Não, eu não tive problema não. [...] Eu fui pra lá [pro hospital de referência] de carona com um amigo meu, que toca na banda comigo. Quando eu preciso, ele me leva no carro. C3

As dificuldades foram muitas, principalmente financeiras. Minha filha gasta muito dinheiro com transporte sempre que eu preciso ir para o hospital. C4

A maior dificuldade que a gente tem é o dinheiro pra fazer as coisas. C5

A dimensão geográfica do acesso consiste em uma condição fundamental para a efetiva utilização dos serviços de saúde pela população. A proximidade dos serviços ao local de moradia dos usuários como importante referência para o acesso tem sido discutido por vários autores (CONH et al., 1991; MENDES et al., 1999; SILVA et al., 1995; STARFIELD, 2002; UNGLERT et al., 1987). O próprio Ministério da Saúde, ao optar pela expansão de serviços de AB, como a ESF, parte do entendimento de que serviços dessa natureza, com características de porta de entrada, devem ser mais próximos da população, para o mais fácil acesso.

Ocorre que ao optarem pela procura a serviços de referência os idosos em estudo foram impactados pela barreira da distância e do transporte. Segundo Brabyn e Barnett (2004) o grupo mais afetado pelas barreiras geográficas é aquele com maiores necessidades de cuidados, ou seja, os mais velhos e com algum tipo de limitação funcional. Em seu estudo Lafaiete et al. (2011) identificaram que a maioria dos usuários paga pelo deslocamento até o serviço de saúde sendo transporte uma dificuldade estrutural que vai além da organização interna dos serviços, mas que

pode dificultar o acesso aos serviços de saúde. Segundo García-Ubaque e Quintero-Matallana (2008), no deslocamento, dependendo de alguns fatores tais como o estado de saúde do doente, há a necessidade de um acompanhante e, conseqüentemente, de dinheiro adicional para cobrir o traslado do mesmo, elevando os custos com a viagem.

Note-se que esta questão remete a outra dimensão do acesso: a econômica. O fato de necessitar utilizar transporte para a unidade implica custo no transporte na busca pelo atendimento (nos hospitais). Assim sendo, para superar essa barreira geográfica os doentes devem estar preparados para enfrentar outra – de natureza econômica, gerada pelo gasto com transporte (HANE et al., 2007).

Em seu estudo Zhang et al. (2007) identificaram que nas famílias pobres com suspeitos de TB mais de 40% do total anual da renda familiar foi gasto com despesas médicas e, mesmo para os grupos de renda média e alta, as despesas com saúde assumiram uma proporção substancial de renda familiar: 19,3% e 16,7%, respectivamente. Segundo esses autores, doentes com suspeita de TB gastam uma proporção maior de sua renda anual com despesas médicas do que a população em geral. Estudos das percepções e experiências de acesso aos cuidados de TB têm demonstrado que o comportamento de busca e o acesso a cuidados para a TB podem ser influenciadas pelos custos desses (XU et al. 2004; WAALER, 2002).

É preciso se refletir, portanto, quanto ao impacto dos gastos para os doentes, ainda mais se considerarmos que muitos doentes precisam retornar mais de uma vez ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da TB (HABIBULLAH et al., 2004). Para que isso não ocorra, destaca-se a necessidade dos serviços de saúde estarem preparados para o acolhimento de fato do suspeito de TB, o que envolve profissionais treinados

Percebe-se ainda nos fragmentos discursivos que apesar dos exames serem disponibilizados no serviço público, alguns usuários preferem pagar pelos mesmos visto a demora para recebimento dos resultados, o que termina por aumentar os custos para a confirmação diagnóstica:

Eu paguei para fazer os exames, tanto lá na policlínica quanto aqui no laboratório, porque se eu fosse esperar pelo público demorava muito. C1

Questões econômicas são destacadas quase sempre em estudos relacionados ao acesso aos (ou a utilização dos) serviços de saúde (TRAVASSOS et al, 2006 RIBEIRO et al., 2006; ELIAS et al., 2006; RAMOS; LIMA, 2003; CAMPOS; OLIVEIRA, 2002; FRANCO, 1998). Nestes estudos é constante a referência a uma relação inversamente proporcional entre a situação sócio-econômica dos indivíduos e a possibilidade de acesso. Nesse sentido, Xu et al. (2004) trazem importante reflexão quando relatam que embora o tratamento da TB seja fornecido gratuitamente aos usuários com baciloscopia positiva, não há assistência financeira para o acesso ao diagnóstico dessa doença.

Uma vez que muitos dos mais poderosos determinantes de saúde - por exemplo, o transporte, a exclusão social e a desigualdade social- estão fora do alcance dos cuidados de saúde, é preciso que as organizações de cuidados de saúde colaborem com outros setores (por exemplo, habitação, transporte, alimentação, oportunidade econômica); ou seja, ajam de forma intersectorial para abordar estas questões (KOTTKE; ISHAM, 2010).

Ainda em se tratando das dificuldades para a confirmação diagnóstica, os colaboradores 4 e 5 referiram dificuldades na realização do exame do escarro:

Foi em casa, tive dificuldade, porque era um ressecamento, foi muito difícil fazer esse exame, eu botava força pra “coisar” [expelir], mais aquele ressecamento aqui por dentro [impedia]. C1

Para fazer os exames eu não tive dificuldade não, lá no hospital eu fazia tudo. Só o do escarro que eu não fiz porque não tinha secreção. No começo eu tinha muita secreção, mas na época que descobriram eu não tinha mais. C4

De acordo com Shin et al. (2010) o bom desempenho de idosos na realização da coleta de escarro para a realização da baciloscopia direta é difícil, o que por vezes pode dificultar a positividade desse teste. Nesse sentido, Sood (2004) relata ainda que a incapacidade de produzir escarro está diretamente relacionada a dificuldade do diagnóstico da TB em idosos. Assim sendo, para aumentar a taxa de detecção nos idosos, é recomendada a nebulização com soro fisiológico e a coleta de três novas consecutivas amostras de escarro de manhã (SHIN et al., 2010; RAJAGOPALAN; YOSHIKAWA, 2000).

Outro ponto importante verificado nos fragmentos discursivos diz respeito ao estigma associado à TB. Apesar do discurso do colaborador 1 só expressar a tristeza diante do diagnóstico da TB, no fio do seu discurso pode-se perceber a associação entre essa tristeza, esse desgosto e o estigma.

O médico disse que eu tava com TB e eu chorei, eu chorei porque fiquei com desgosto porque eu nunca tive isso. É uma doença muito triste, porque eu digo que é. A gente... Sei lá, eu fiquei com muito desgosto, todo mundo fica com desgosto, com uma doença dessas. C1

O estigma associado com a TB muitas vezes impede os pacientes de procurarem tratamento precoce (MESFIN et al., 2009). Segundo Ferreira (2008) a palavra estigma significa cicatriz, marca, sinal, enquanto que Moog (2009) menciona que o estigma se refere à magnitude da exclusão sofrida pelas pessoas que tem determinada doença, sendo essa recusa balizada na percepção e desconhecimento sobre a doença.

Em se tratando da TB, estudos identificam a existência da estigmatização da doença tanto para o usuário quanto para a população (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010; PÔRTO, 2007). De acordo com Pôrto (2007) com a descoberta da cura para a TB não haveria razões para continuar sendo uma doença estigmatizada até os dias atuais. Entretanto, a doença continua a ser temida por ser expressão de algo que é socialmente censurável, bem como por representar o estágio último de miséria humana.

A doença está associada à fome, à incapacidade de prover recursos mínimos para sua própria sobrevivência ou da família, mas também aos excessos. O consumo de bebida e as farras são os mais mencionados e deixam transparecer que o comportamento desregrado e amoral são ainda causas consideráveis de uma doença que envergonha. As idéias de contágio são difusas e a observação de freqüentes recaídas, nesses grupos sociais, provocam descrença na possibilidade de cura da tuberculose. Mesmo quando se admite ser doença curável há a crença de que “sempre fica alguma coisa por dentro”. O doente com “mancha no pulmão” carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social. Idéias ultrapassadas aparecem como que cristalizadas no imaginário popular (PÔRTO, 2007, p.48)..

Estudando as causas relacionadas ao estigma e a discriminação associados à TB no Nepal Baral, Karki e Newell (2007) identificaram causas de auto-discriminação e de discriminação por membros da comunidade em geral. Entre as primeiras, destacam-se o medo de transmitir a TB às pessoas e o receio de fofocas e de uma potencial discriminação. Já quanto as segundas, incluem-se: o medo de um risco de infecção; ligações percebidas entre a TB e outras causas de discriminação, bem como ligações entre a TB e comportamentos de má reputação; a pobreza; além da percepção da TB como punição divina

Os efeitos do estigma e da discriminação associados à TB nos países em desenvolvimento são o isolamento social dos pacientes, tanto fora da família, onde a pessoa pode ser evitada por antigos amigos e conhecidos, e também dentro da família onde o doente pode ser forçado a comer e dormir em separado (HURTIG; PORTER; OGDEN, 1999).

O estigma e a discriminação impactam ainda o controle da TB. Primeiro, porque as pessoas com uma tosse de longa duração que suspeitam que possam ter a doença se preocupam de serem identificados como uma pessoa com TB, devido à natureza pública do processo de diagnóstico, o que termina por tornar mais difícil a procura por cuidados. Em segundo lugar, as preocupações com o estigma e a discriminação de TB tornam mais difícil para os doentes continuarem com o cuidado, uma vez que os mesmos temem ser identificados como sendo, ou tendo sido infectado com TB, o que dificulta seu acesso diário aos serviços de saúde. Ao atrasarem a procura por cuidados, essas pessoas podem desenvolver sintomas mais graves, o que significa que será mais difícil de tratar, e como elas permanecem infecciosas por mais tempo, elas são mais propensas a transmitir a doença para outras pessoas (BARAL; KARKI; NEWELL; 2007).

O estigma e a falta de informação, permeados por crenças sobre a TB, trazem conseqüências negativas para a população em geral por retardar seu diagnóstico e tratamento, e, por conseqüência, perpetuar a disseminação da doença (COURTWRIGTH; TURNER, 2010; ENSOR; COOPER, 2004). Nesse cenário, cabe destacar a importância dos profissionais de saúde reconhecerem a TB como doença que estigmatiza o doente e se responsabilizarem pela produção do cuidado ao usuário, família e comunidade, com vistas a minimizar o sofrimento causado pelo preconceito e a discriminação.

Dentre as possíveis estratégias de enfrentamento dessa situação é importante que os profissionais da saúde abram espaços de discussão com essas pessoas, permitindo que elas expressem seus medos e preocupações, o que poderá favorecer a superação do próprio preconceito com relação à doença e ajudá-las a encontrar novas maneiras de lidar com a situação. Além disso, outra estratégia de cuidado é incluir a família e outras pessoas próximas, de modo a favorecer que tenham maior compreensão das formas de transmissão, permitindo que essas pessoas possam manter suas relações de forma mais confiante (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010). Assim, é imprescindível que os profissionais sejam qualificados para atuar nesse sentido.

4.2 Formação Discursiva II: Elementos relacionados aos serviços de saúde no acesso ao diagnóstico por parte das pessoas idosas com TB e suas implicações no retardo do diagnóstico.

A primeira barreira de acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico da TB citada no fragmento discursivo do colaborador 6 trata da dificuldade quanto ao horário de funcionamento das unidades de saúde da família (USF), revelando fragilidade nas dimensões organizacional (FEKETE, 1997) e de disponibilidade (THIEDE; MCINTYRE, 2008) do acesso aos serviços de saúde.

Eu estava trabalhando, quando eles vinham aqui de manhã. C6

A disponibilidade em relação à conveniência de horário, ou seja, os dias ou horários em que o serviço de saúde está aberto para prestar atendimento pode se configurar um aspecto desfavorável e limitante ao diagnóstico. Nesse sentido, Starfield (2002) aponta que nem sempre o horário de trabalho das equipes e de funcionamento da unidade de saúde consegue atender às necessidades da população.

A questão da limitação no horário de funcionamento das USF também foi identificada como uma dificuldade constrangedora do efetivo acesso à atenção básica (AB) em estudo realizado em São Paulo (ELIAS et al., 2006). O fato do colaborador 6 enunciar que as visitas a sua residência se davam sempre pela manhã - horário este em que o mesmo estava no trabalho - sinaliza problemas relacionados à organização interna dos processos de trabalho das equipes. A origem deste conflito entre oferta demanda e necessidades expõe a estrutura rígida que em geral conforma o atuar das unidades de saúde e parece impedir os profissionais de cuidar das pessoas considerando sua singularidade, e suas necessidades mais concretas.

Estudo realizado em cinco municípios brasileiros mostrou que a descentralização das ações de TB para a SF parece não apresentar desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico, não sendo a forma de organização da atenção a TB fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da TB (SCATENA et al., 2009). Uma vez que a descentralização dos cuidados aos

doentes de TB para as USF se deu pela prerrogativa de aproximar o doente do serviço e ampliar suas condições de acesso, o fato do horário de funcionamento ser um fator limitante representa uma contradição dentro desse modelo de assistência. Assim, evidencia-se que a resolução desse problema precisa ser compartilhada com os usuários, a fim de que suas reais necessidades sejam levadas em consideração (ELIAS et al., 2006).

Nesse sentido, estudo realizado no estado do Rio de Janeiro aponta duas possíveis soluções para este problema: a de estender o horário de funcionamento dos serviços de saúde durante a semana e nos fins de semana e a participação da comunidade como um parceiro no controle da TB e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, estratégia esta considerada essencial no contexto das atuais políticas públicas, onde parece haver uma avaliação da participação do paciente e da sociedade civil na tomada de decisões sobre saúde (MOTTA et al. 2009).

Outro elemento identificado nos discursos que se relaciona aos serviços de saúde no acesso ao diagnóstico por parte das pessoas idosas com TB - e tem implicações no retardo do diagnóstico - é a transferência de responsabilidade. No fragmento discursivo do colaborador 6 a sequência discursiva de referência leva a interpretar que o profissional de saúde não se coloca na posição de diagnosticar a TB, transferindo a responsabilidade para o usuário em buscar um serviço que lhe garanta o diagnóstico.

Eu sabia que tinha PSF aqui. Veio uma doutora do PSF quando eu tava daquele jeito e me mandou procurar um médico e um local que resolvesse meu problema, aí eu fui procurar. C6

Os fragmentos mostram que a procura pelo serviço com a possibilidade da obtenção diagnóstica fica a cargo do doente. Este ao se deparar com sinais e sintomas clássicos da TB - evidências essas vinculadas ao imaginário social e a memória - como tosse, fraqueza, escarro com sangue, toma a iniciativa de buscar o serviço de saúde. Convém ressaltar que em se tratando da TB, a hemoptise é sinal de morte iminente (JORDÃO, 2009). Portanto, quando um sinal como esse aparece, o quadro avançado denuncia a falta do diagnóstico precoce.

De acordo com Brasil (2002) o diagnóstico da TB é de responsabilidade dos profissionais das USF que, em caso de suspeita clínica, devem coletar amostra de escarro para exame já no primeiro contato com o usuário, o que termina por

corroborar para um diagnóstico precoce. Entretanto, na opacidade desses discursos percebe-se a não responsabilização dos profissionais da ESF com as ações de diagnóstico da TB, o que implica na falta de qualificação profissional.

Apesar das ações de diagnóstico e controle da TB terem sido descentralizadas para as USF, não é possível que as mesmas sejam viabilizadas sem disposição e efetiva participação dos profissionais envolvidos. Contudo, para além da disposição em atuar, é preciso que os profissionais que atuam nesse nível de atenção sejam qualificados para exercer seu papel, pois, a falta de conhecimento por parte dos profissionais relaciona-se a falhas na detecção precoce dos SR bem como na definição do diagnóstico.

De acordo com Monroe et al. (2008) a qualificação dos profissionais é um aspecto que interfere na incorporação de ações de controle da TB na AB incluído aí o diagnóstico, uma vez que estes profissionais passaram a assumir ações e programas da estratégia de saúde nunca antes implementados. Ressalta-se que as ações de controle da TB devem ser apropriadas e compreendidas como de responsabilidade das equipes de saúde, porém para sua consolidação efetiva deve ser garantido aporte organizacional que viabilize atenção de qualidade e equânime.

Estudo realizado na cidade de Medellín (Colômbia) mostra que o insuficiente conhecimento dos profissionais de saúde sobre os fatores de risco da TB e o processo do diagnóstico aliado à reduzida prescrição do exame baciloscópico, concorrem para retardar o diagnóstico (GAVIRIA et al., 2010), assim como o início do tratamento. Nesse sentido, a qualificação profissional desenvolvida por meio da educação permanente é um importante requisito no contexto da AB, pois promove autonomia, habilidade técnica e interpessoal, criatividade, qualidade e a humanização necessária para que as equipes de saúde tenham condições de planejar e gerenciar a assistência aos doentes de TB na área em que atuam (COTTA et al., 2006). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo com base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho (MOTTA, 2001).

Outro elemento importante identificado nos discursos é a inadequada avaliação dos casos sintomáticos respiratórios na comunidade. Observa-se nos fragmentos discursivos que a tosse associada a algum outro sinal/sintoma foi o principal motivo que levou o idoso a procurar o serviço de saúde.

Uma tosse seca. C1

Uma tosse seca, às vezes até tinha catarro. C2

Eu procurei ajuda porque eu tava tossindo e comecei a sangrar. C3

Foi a tosse e a dor no corpo. C5

Foi a tosse e eu não comia, e dava febre também, sem ter gripe, sem ter nada. C6

Foi a fraqueza e a tosse. C7

Todavia, para além de indicarem a tosse associada a algum outro sinal/sintoma como principal motivo que levou o idoso a procurar o serviço de saúde, os fragmentos discursivos em questão revelam que a busca dos idosos SR se dá de forma passiva e demonstra a atual presença marcante de um modelo assistencial baseado na “demanda espontânea”, que se baseia na hipótese de que se espera que o indivíduo com TB procure pelo serviço de saúde ao perceber algum sinal ou sintoma da doença. A busca passiva é a investigação de TB em indivíduos SR que procuraram o serviço de saúde devido a tosse, e a busca ativa é a busca de TB pulmonar em indivíduos SR que não procuraram o serviço de saúde (CONDE et al. 2009).

De acordo com as recomendações da III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (CONDE et al. 2009) o atraso na identificação de casos de TB pulmonar ocorre devido à inadequada avaliação dos casos SR ou à procura tardia do serviço de saúde, sendo a busca ativa uma atividade multiprofissional com o objetivo de diagnosticar a TB precocemente, especialmente nos grupos com maior risco de adoecimento, como é o caso dos idosos.

A detecção de casos entre SR e contatos está prevista nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2002), entretanto, os fragmentos discursivos dos colaboradores C2, C3 e C7 evidenciam a não realização das mesmas com foco também para o idoso:

Não recebia visita não senhora. C2

Não, só vieram aqui depois que eu fiquei doente mesmo. C3

A ACS já vinha aqui para visitar minha nora, ela teve doente e foi para o posto. Ela [a ACS] vinha visitar meu filho e minha nora, mas visita para mim não. C7

De acordo com Nogueira et al. (2007) com o intuito de detectar mais precocemente os casos de TB, os membros das equipes de saúde devem incorporar a busca de SR e contatos à rotina dos serviços de saúde. Entendendo que contato de caso de TB é toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de TB (BRASIL, 2002), é alarmante a realização de visitas domiciliares sem o rastreamento dos mesmos, como é expresso nos fragmentos discursivos dos colaboradores C1 e C6. Embora a saúde do idoso seja área estratégica da ABS, verifica-se, nas unidades discursivas, o apagamento de ações voltadas ao controle de comunicantes, no caso, pessoas idosas que convivem com familiares com TB.

Não [...] sim, recebia visita da ACS porque minha filha se tratava lá [de TB] e ela vinha. Também da enfermeira. C1

A ACS sempre vinha quando meu filho tava doente [de TB] e sempre vem ver meu neto que tem necessidades especiais e minha filha. C6

Uma vez que um caso de TB é confirmado deve-se proceder à investigação epidemiológica que deve incluir o exame das pessoas que convivem com o doente, pois a mesma objetiva identificar as possíveis fontes de infecção devendo essa investigação ser feita entre todos os contatos de todo o caso novo de TB e, prioritariamente, para os contatos que convivam com doentes bacilíferos, especialmente os intra-domiciliares, por apresentarem maior probabilidade de infecção e adoecimento (BRASIL, 2009). A importância dos serviços de saúde em realizar o controle de comunicantes e a busca ativa de SR é evidenciada por Lemos (2001) que em seu estudo demonstra que o risco de adoecimento por TB entre os comunicantes intradomiciliares é superior aos demais contatos na comunidade.

A triagem e o acompanhamento sistemático dos contatos de TB são algumas das principais medidas preventivas contra novas infecções e surtos de doença na comunidade, por oferecerem maior oportunidade para diagnóstico de doença ativa e de infecção latente (FREIRE; BONAMETTI; MATSUO, 2007). O controle de contatos

é uma forma de diagnóstico da TB em um estágio inicial e contribui ainda para reduzir a sua disseminação (GAZETTA et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil a investigação do contato é uma das estratégias mais apropriadas de vigilância para interromper a transmissão e o desenvolvimento subsequente da TB, só perdendo em efetividade para a busca ativa de SR (BRASIL, 2002). O exame de contato definido como atividade de vigilância epidemiológica pelo PNCT tem seus procedimentos normatizados em publicações oficiais do Ministério da Saúde. Contudo, esse exame não tem sido priorizado pelos serviços de saúde.

Uma vez que os idosos em estudo fazem parte de um dos grupos etários considerados mais vulneráveis a TB é preciso refletir sobre o cuidado prestado a esses contatos, principalmente no que concerne à vigilância da saúde, pois é sabido que as organizações de serviços de saúde enfrentam alguns desafios operacionais. Há uma falta de sistematização das atividades de avaliação dos contatos em termos de monitoramento e ações de vigilância epidemiológica (GAZETTA et al., 2008).

Os fragmentos discursivos deixam claro que os profissionais não investem na busca de casos de TB o que contraria a concepção de Vigilância da Saúde uma vez que realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (BRASIL, 2002). Nota-se, portanto, uma dificuldade na incorporação da busca de SR pelas equipes. Muniz et al. (2005) argumenta que essa dificuldade se deve à falta de capacitação permanente e à forma de organização dos serviços de saúde. Para além disso, essa dificuldade pode estar associada a simplificação desta ação, uma vez que a busca de SR parece uma atividade simples, mas na prática caracteriza-se como uma atividade complexa que requer conhecimentos que vão além da execução de procedimentos técnicos.

A busca de SR exige uma abordagem à família que transcende o saber biológico. Caracteriza-se como uma seqüência de atividades que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação dos SR, orientação sobre a coleta de escarro, encaminhamento e recebimento do material pela USF, fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até ao encaminhamento para o seguimento ambulatorial dos casos diagnosticados (NOGUEIRA et al., 2007).

Com o intuito de detectar mais precocemente os casos de TB os membros das equipes de saúde devem incorporar a busca de casos novos de TB à rotina dos serviços de saúde. A incorporação da busca ativa de SR no controle da TB no âmbito da ESF requer fundamentalmente que seja assumido um conjunto de ações, tanto no âmbito externo (abordagem no domicílio junto às famílias, identificação do suspeito) como no âmbito interno dos serviços de saúde (recebimento de material, encaminhamento ao laboratório, diagnóstico) para que seja garantida a longitudinalidade da atenção, a formação de vínculo (SILVA, 2006). Ressalta-se, ainda, a importância de uma vigilância epidemiológica mais efetiva, que inclua visitas domiciliares rotineiras (FREIRE; BONAMETTI; MATSUO, 2007).

Os discursos dos idosos quanto ao tempo que levou para que obtivessem o diagnóstico revelam uma variação de uma semana até seis meses e, mais que quantificar o tempo, os fragmentos discursivos dos colaboradores C1, C2, C3, C6 e C7 revelam que para alguns deles esse tempo não parece longo.

A tosse demorou um pouco, viu? Fiquei um tempo com tosse para depois descobrir. Quando eu fui para o médico foi que ele descobriu, descobriu só nos exames. O resultado do exame demorou muito, não chegou entre uma e duas semanas. Exame demora muito, né? C1

Eu passei de 8 a 15 dias com tosse, aí fui procurar o Clementino [hospital de referência]. Eu fiz 3 exames de escarro e não acusou nada e depois eu fiz o raio X, aí sim descobriram. Acho que ainda descobriram na primeira semana que fiquei lá. C2

Demorou não, foi rápido. Acho que uns 6, 7 dias. Eu fui pro Padre Zé [hospital] e de lá me mandaram pro Clementino [hospital de referência]. Foi só esse tempo. C3

Não teve demora não, foi tudo rápido, quando eu cheguei lá a doutora foi logo passando os medicamentos. Foram uns 15 dias a um mês. C7

Não demorou muito não. Foram uns dois meses. Mais eu já tava com esse problema há uns cinco ou seis anos. C6

Percebe-se no fio dos discursos que o atraso aqui relatado se deu por parte do serviço de saúde. Salienta-se ainda que esse bloco discursivo, além de reforçar a

posição resignada do doente em relação ao tempo do diagnóstico, revela o retardo do diagnóstico da TB também no âmbito hospitalar.

De acordo com Mfinanga et al. (2008) a demora do sistema de saúde é entendida como o intervalo de tempo entre a primeira consulta em qualquer unidade de saúde até a data do diagnóstico sendo que intervalos superiores a 3 dias são considerados indicativos de um diagnóstico tardio. Partindo dessa definição é alarmante a constatação de que todos os idosos em estudo tiveram o seu diagnóstico retardado.

O atraso no diagnóstico é um reflexo claro dos pontos fracos no sistema de saúde (MFINANGA et al., 2008). Estudos que analisaram a demora do serviço de saúde encontraram valores entre 02 a 60 dias (MIFNANGA et al, 2008; BASNET et al, 2009; HABIBULLAH et al., 2004). De acordo com Gómez et al. (2003) esse demora, do ponto de vista do sistema de saúde, é atribuível ao atraso na suspeita da doença. No entanto, mais que refletir os pontos fracos do sistema de saúde, a demora na detecção de casos de TB pode ser considerada um índice da capacidade de diagnosticar a doença e iniciar o tratamento, e isso deve ser sistematicamente avaliado principalmente por suas consequências negativas, quais sejam: o agravamento do quadro clínico do doente, maior mortalidade e disseminação sustentada na comunidade, como pessoas não tratadas que continuam a transmitir a infecção para outras pessoas (GÓMEZ et al., 2003).

Além disso, o fato dos idosos referirem que o diagnóstico não demorou - mesmo que a tardança relatada varie de uma semana a dois meses - constitui uma contradição e mostra ainda que os idosos são passivos em aceitarem as decisões dos serviços de saúde. Evidencia-se que há um silenciamento dos idosos frente à situação, uma vez que espera-se que esses usuários ajam como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde (BRASIL, 2006c). Assim, salienta-se a importância de ações voltadas à transformação do usuário passivo que silencia como partícipe no cuidado à sua saúde.

Verifica-se ainda que os profissionais de saúde não atuam visando a promoção da autonomia do doente, bem como não levam em consideração suas singularidades na busca pela integralidade do cuidado. É imprescindível, pois, que os profissionais que cuidam do idoso com TB levem em conta suas singularidades bem como atuem visando muito mais que eficiência técnica (AYRES, 2004).

Ainda em se tratando da demora por parte do serviço de saúde, no fragmento do discurso do colaborador 4 se observa a necessidade de ir várias vezes ao serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico.

Desde janeiro eu tava ficando interna no hospital. Fiquei interna não sei nem quantas vezes, até na UTI fiquei. Só descobriram o que eu tinha em Julho, demorou uns seis meses. Minha filha sempre perguntava ao pessoal do hospital o que eu tinha... Quando eles disseram que eu tinha tuberculose ela nem acreditou. Ela mesma perguntou: Porque demorou tanto para descobrir? Ninguém deu resposta. C4

Destaca-se desse fragmento discursivo a necessidade do usuário ir repetidas vezes ao serviço de saúde em busca de seu diagnóstico. De acordo com Habibullah et al. (2004) muitos doentes precisam retornar mais de uma vez ao serviço de saúde para obter o diagnóstico da TB, o que acaba por retardar sua confirmação. O fio do discurso revela ainda a influência desse retardo no agravamento do quadro clínico desse doente uma vez que o mesmo precisou de tratamento em nível hospitalar, tendo recebido cuidados até em unidades de tratamento intensivo.

Na opacidade do discurso desse colaborador percebe-se ainda o descontentamento com o serviço de saúde. Quando o doente procura o serviço de saúde e tem suas necessidades atendidas, este estabelece uma relação de confiança com os profissionais e com o serviço. Entretanto, se o doente procura o serviço, mas não recebe respostas satisfatórias às suas demandas, cria-se uma descrença (SÁ et al., 2010), podendo comprometer a procura do mesmo pelo serviço de saúde. Assim sendo, fica evidente a necessidade desses serviços se reestruturarem na tentativa de disponibilizar um cuidado integral e resolutivo a esses doentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste estudo analisar as barreiras que dificultam o acesso de pessoas idosas ao diagnóstico da TB e que concorrem para o retardo do diagnóstico da doença no município de João Pessoa-PB e, de acordo com os discursos dos idosos entrevistados, foi possível identificar barreiras relacionadas aos doentes e àquelas relacionadas aos serviços de saúde.

Entre as barreiras relacionadas aos doentes, identificou-se: a falta de conhecimento sobre a TB; a gravidade percebida da doença e o uso de medicações caseiras e a automedicação; a busca por assistência de saúde direta nos níveis secundário e terciário; comportamento de busca tardia pelo serviço de saúde; a apresentação clínica inespecífica da TB em idosos; a distância dos serviços procurados e os gastos com transporte e exames; dificuldades na coleta de escarro para exame e o estigma associado a TB.

Já como barreiras relacionadas aos serviços de saúde, destacaram-se: o horário de funcionamento das USF; transferência de responsabilidade; a inadequada avaliação dos casos sintomáticos respiratórios na comunidade; a não realização de visitas domiciliares ou sua realização sem controle de comunicantes; a demora do serviço de saúde e a necessidade de ir várias vezes ao serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico.

Frente às barreiras identificadas evidencia-se a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde em âmbito local visto que os mesmos tem privilegiado a lógica na atenção à demanda espontânea em detrimento da realização de ações de promoção à saúde, tais como visitas domiciliares e busca ativa de sintomáticos respiratórios. Assim sendo, é necessário que o processo de trabalho das equipes de saúde da família seja revisto com maior valorização a incorporação dessas ações. Para tanto, ressalta-se a necessidade de que esses profissionais sejam capacitados para realizarem uma efetiva busca ativa de sintomáticos respiratórios com vistas a diagnosticá-los precocemente, evitando o retardo do diagnóstico. Destaca-se ainda que a falta de qualificação dos profissionais implicou em menor suspeita clínica e corroborou para o retardo do diagnóstico, o que reforça a importância do oferecimento de capacitações em TB para os profissionais.

Além disso, visto que a falta de conhecimento sobre a doença por parte dos doentes influenciou o comportamento de busca pelo serviço de saúde e contribuiu na demora para o diagnóstico, salienta-se a importância da veiculação da comunicação da saúde pelos meios de comunicação em massa. Todavia, salienta-

se que essas campanhas veiculadas devam ser voltadas as necessidades da população e não da mídia.

Outrossim, é imprescindível que as capacitações em TB oferecidas aos profissionais de saúde incluam a importância da realização de atividades de educação em saúde voltadas à educação não apenas para pacientes com TB, mas também dentro das comunidades. É preciso que os profissionais sejam capacitados e sensibilizados quanto à importância de atuarem visando mudanças de comportamento em relação a práticas de saúde e buscando disseminar o conhecimento acerca da TB.

Outro ponto que merece destaque são as dificuldades relatadas pelos idosos quanto ao horário de funcionamento das USF, a distância dos serviços procurados e os gastos com transporte e exames e dificuldades na coleta de escarro para exame. Ao refletir-se sobre essas dificuldades fica evidente a necessidade de maior formação de vínculo entre as USF e a comunidade visto que a busca por atendimento nas USF por parte dos idosos implicaria em redução das barreiras geográficas e econômicas bem como facilitaria o acesso ao auxílio para a realização de exames.

O uso de medicações caseiras e a automedicação bem como a busca por assistência de saúde direta nos níveis secundário e terciário, para além de refletirem a busca por soluções imediatas podem estar relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde da atenção básica. Nesse sentido, espera-se que a ampliação da acessibilidade aos cuidados em saúde possa diminuir a busca por tratamentos 'alternativos' assim como possa definir a atenção básica como primeira alternativa na busca por serviços de saúde, o que contribuirá para o diagnóstico precoce da TB. Entretanto, cabe ressaltar que para que as USF sejam exitosas no diagnóstico e tratamento da TB – bem como de qualquer outra doença – é preciso que haja a garantia do sistema de referência e contra-referência, pois, quando necessário, o encaminhamento para outros níveis do sistema de saúde tem representado um nó crítico.

Apesar da Política Nacional de Atenção Básica preconizar que o diagnóstico da TB deva ser realizado no primeiro nível de atenção a saúde, para os idosos em estudo, o diagnóstico da TB se deu em outros níveis de atenção e, salienta-se a necessidade de ir mais de uma vez ao serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico. Assim sendo, espera-se que os achados desse estudo contribuam para

o fortalecimento da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde e, mais que isso, contribuam para que o diagnóstico da TB se dê de forma precoce.

Com esse fito, sugere-se:

1. A promoção de qualificações profissionais tendo a TB em idosos como tema e que sejam adequadas à realidade na qual as equipes de SF estão inseridas;
2. Orientação de cuidadores e familiares de pessoas idosas sobre TB.
3. A reorganização dos processos de trabalho das equipes de SF, com a incorporação à rotina de visitas domiciliares e busca ativa de sintomáticos respiratórios, principalmente idosos;
4. A organização da oferta em função das necessidades apresentadas sob a forma de demandas - espontâneas ou não -, levando-se em consideração o fortalecimento das ações realizadas na atenção básica;
5. O fortalecimento de ações que estreitem as relações entre profissionais e usuários – estimulando a formação de vínculo – e que visem a responsabilização destes no cuidado com sua própria saúde e com a da comunidade, tomando como base aspectos relativos ao processo saúde/doença e sua representação no imaginário da comunidade;
6. A formação de grupos de educação em saúde visando o fortalecimento de ações educativas e de promoção à saúde, para que os usuários possam se expressar assim como para que o conhecimento acerca da TB seja compartilhado, o ‘fantasma’ do estigma seja afastado e o diagnóstico seja precoce;
7. A formação de redes sociais de apoio;
8. A realização de campanhas educativas que mostrem a associação entre idosos e TB.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, N. P. D. D. **Tuberculose no idoso**: visão sobre a doença, a assistência e suas implicações no contexto familiar. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, M. N. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba**. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

ANDREWS, G. A. **Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro**. In: ENCuentro LATINOAMERICANO Y CARIBE—O SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD, 1999, Santiago. *Anais...* Santiago: CELADE, 2000. p. 247- 256. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).

ARAUJO, A. C. et al. Reatividade tuberculínica e resposta imunológica celular e humoral "in vitro" em doentes com tuberculose pulmonar. **Rev. Saúde Pública**. vol. 17, n. 2, p. 94-111, 1983.

ASBROEK, A. H. A. et al. The road to tuberculosis treatment in rural Nepal: A qualitative assessment of 26 journeys. **BMC Health Services Research**, v.8, p.7. 2008.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.** v. 13, n. 3, Dec. 2004.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

BARAL, C. S.; KARKI, K. D.; NEWELL, J. N. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health**. v. 7, n. 211, 2007.

BASNET, R. et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**. v. 9, n.236, 2009

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

BRABYN, L.; BARNETT, R. Population need and geographical access to general practitioners in rural New Zealand. **The New Zealand Medical Journal**, p. 117:1199, August, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: Fevereiro de 2011.

BRASIL. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: Fevereiro de 2011.

BRASIL. **Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994***. Disponível em: <
<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>>. Acesso em: Fevereiro de 2011.

BRASIL. **Portaria n° 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Disponível em: <
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: Fevereiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, n. 61, mar. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública.** v.12, n.1, p.7-30, jan/mar., 1996.

CANTALICE FILHO, J. P.; BOIA, M. N.; SANT`ANNA, C. C. Análise do tratamento da tuberculose pulmonar em idosos de um hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **J. bras. pneumol.** vol. 33, n. 6, p. 691-698, 2007.

CANTALICE FILHO, J. P.; SANT`ANNA, C. C.; BOIA, M. N. Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar em idosos atendidos em hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **J. bras. pneumol.** vol. 33, n. 6, p. 699-706, 2007.

CAMPBELL, N. et al.. A qualitative study in rural and urban areas on whether – and how – to consult during routine and out of hours. **BMC Family Practice**, v. 7, n. 26, p. 1-9, April 2006.

CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. M. B. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Bol Pneumol Sanit.** v. 12, n. 3, p. 145-154, 2004.

CAVALCANTI, Z. R. et al. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **J. bras. pneumol.** vol. 32, n. 6, p. 535-543, 2006.

CHAIMOWICZ, F. Tuberculose pulmonar em idosos: Parte II - Quadro clínico e diagnóstico. **Rev. bras. clín. ter.** vol. 27, n. 6, p. 245-25, 2001.

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 33, n. 3, 2009.

COHN, A.; et al. **A Saúde como Direito e como Serviço.** 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONDE, M. B.; MUZY DE SOUZA, G. R. **Pneumologia e Tisiologia.** Uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu Editora; 2009.

CONDE, M. B. et al . III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 10, Oct. 2009.

COURTWRIGTH, A.; TURNER, A. N. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. **Public Health Rep.** v. 125, Suppl 4, p. 34–42, 2010.

DAHMAH, N. S. et al. Diagnostic Challenge of Tuberculosis of the Elderly in Hospital: Experience at a University Hospital in Saudi Arabia. **Journal of Infection.** v. 31, p. 93-97, 1995.

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

- DRIVER, C. R. et al. Tuberculosis in health care workers during declining tuberculosis incidence in New York State. **American Journal of Infection Control**. v. 3, n. 9, p. 519-526, 2005.
- DURAND, M. **Doença ocupacional: psicanálise e relações de trabalho**. São Paulo: Escuta, 2000.
- ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
- ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** [online]. 2007, v. 21, n. 2-3, pp. 164-176.
- ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. **Health Policy and Planning**. v. 19, n. 2, p. 69-79, 2004.
- EPSTEIN, I. Comunicação de massa para saúde: esboço de uma agenda midiática. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. n. 8-9, p. 132-42, 2008.
- FARRUGIA, B. B. et al. Tuberculosis in Malta: comparisons between the young and elderly in a low incidence country. **Malta Medical Journal**. v. 22, n. 1, 2010.
- FEKETE, M.C. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA et al. (org.) **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPS. 1997.
- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos Serviços de Saúde pela População Coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 4, 2009.
- FREIRE, D. N.; BONAMETTI, A. M.; MATSUO, T. Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. v.16, n.3, pp. 155-163, 2007.
- GARCÍA-UBAQUE, J. C.; QUINTERO-MATALLANA, C. S. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos Del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. **Rev. Salud Pública**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 583-592, 2008
- GAUR, S. N. et al. Tuberculosis in the elderly and their treatment outcome under DOTS. **Indian J Tuberc**. v. 51, p. 83-87, 2004.
- GAVIRIA, M. B. et al. Papel del personal de la salud em el diagnóstico tardio de la tuberculosis pulmonar em adultos de Medellín, Colômbia. **Rev. Panam Salud Publica**; v. 27, n. 2, p. 83-92, 2010.

GAZETTA, Cláudia Eli et al . Tuberculosis contact control in Brazil: a literature review (1984-2004). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Apr. 2008.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluraridade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov, 2006.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

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

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, June, 2009.

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

GONÇALVES, H.; COSTA, J. D. MENEZES, A. M. B. Percepções e limites: visão do corpo e da doença. **Phisys. Rev. Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 151-173, 1999.

GULLIFORD, M. Modernizing concepts of access and equity. **Health Economics, Policy and Law**. v. 4, 2009.

GUPTA, D. et al. Manifestations of Pulmonary Tuberculosis in the Elderly: A Prospective Observational Study from North India. **The Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sciences**, v. 50, 2008.

HABIBULLAH, S. et al. Diagnostic delay in tuberculosis and its consequences. **Pak J Med Sci**. July-September, v. 20, n. 3, p. 266-269, 2004.

HINO, P. et al. Time series of tuberculosis mortality in brazil (1980-2001). **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 5, p.936-41, 2007.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

HURTIG, A. K.; PORTER, J. D. H.; OGDEN, J. A: Tuberculosis control and directly observed therapy from the public health/human rights perspective. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 3, n. 7, p. 553-560, 1999.

IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: Outubro de 2010.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Estimativas da população para 1º de julho de 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: dez. 2008.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.41, suppl.1, 2007.

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

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan, 2010.

JOB, J. R. P. P. et al. Comparação de dados epidemiológicos da tuberculose pulmonar em Sorocaba, SP, Brasil, em uma década (1986 - 1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, 1998 .

JORDÃO, C. **A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade**. Escolas médicas do Brasil, 2009. Disponível em: http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=147. Acesso em: 17 de Setembro de 2011.

KRITSKI, A.; FIUZA DE MELLO, F. **Tuberculosis in adults**. In: Tuberculosis 2007: from Basic Science to Patient Care. Palomino JC, Leão SC, Ritacco V, editors. <http://www.TuberculosisTextbook.com>. p. 487-524.

KORZENIEWSKA-KOSELA, M. et al. Tuberculosis in young adults and elderly. A prospective comparison study. **Chest**. vol. 106, p. 28-32, 1994.

KOTTKE; T. E.; ISHAM, G. J. Measuring Health Care Access and Quality to Improve Health in Populations. **Prev Chronic Dis**. v. 7, n. 4, 2010.

KRUK, M. E. et al. Timing of default from tuberculosis treatment: a systematic review. **Trop Med Int Health**. vol. 13, n. 5, 2008.

LADO LADO, F. L. et al. Tuberculosis en pacientes ancianos. Formas de presentación. **An. Med. Interna (Madrid)**. vol. 19, n. 3, pp. 111-114, 2002.

LAFAIETE, R. S. et al. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí /RJ. **Esc Anna Nery (impr.)** jan-mar; v. 15, n. 1, p. 47-53, 2011.

LAMBERT, M.L.; VAN DER STUYFT, P. Delays to tuberculosis treatment: shall we continue to blame the victim? **Trop. Med. Int. Health**. v. 10, n. 10, p. 945–6, 2005.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da saúde**. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

LEE, J. H. et al. Diagnostic and Therapeutic Problems of Pulmonary Tuberculosis in Elderly Patients. **J Korean Med Sci**. vol. 20, p. 784-9, 2005.

LEMOS, A. C. M. **Prevalência e risco de tuberculose em contatos domiciliares**. Tese [doutorado em medicina interna]- Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia: Salvador, 2001.

LI AW, Y. S. et al. Clinical spectrum of tuberculosis in older patients. **J. Am. Geriatr. Soc.** vol. 43, 256–60, 1995.

LIMA, D. S. **Documento técnico contendo dados consolidados dos principais indicadores que caracterizam a situação da tuberculose dos municípios prioritários (João Pessoa, Patos e Santa Rita) do estado da Paraíba**. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Gerencia Executiva de Vigilância em saúde, Núcleo de Doenças Endêmicas: Paraíba, 2008.

LIMA, D. S. **Situação da Tuberculose na Paraíba**. Seminário das ações do controle da tuberculose. Núcleo de Doenças Endêmicas – Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba, 24 de março a 10 de abril de 2010.

LINJAKUMPU, T. et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **J Clin Epidemiol**. vol. 55, n. 8, p. 809-17, 2002.

LONG, N.H. et al. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. **Int J Tuberc Lung Dis**. vol. 3, n. 5, 1999.

LOPEZ-PELAYO, I. et al. Características de la tuberculosis em pacientes mayores de 65 años en el área sanitaria de Cádiz (España). **Rev Méd Chile**. vol. 132:, p. 325-330, 2004.

MACKAY, A. D.; COLE, R. B. The problems of tuberculosis in the elderly. **OJMed** vol. 212, p. 497-510, 1984.

MAGALHAES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dec. 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**. vol. 12, n. 2, 2009.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde do SUS**. Fortaleza: Espce, 2002.

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

METCALF, C. A.; BRADSHAW, D.; STINDT, W. W. Knowledge and beliefs about tuberculosis among noworking women in ravensmead, cape town. **S Afri Med J**. v. 77, p.408-411, 1990.

MFINANGA, S. G. et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzânia. **BMC Health Serv Res**, v. 8, n. 158, jul. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

MISHRA, A. et al. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. **Int J Tuberc Lung Dis**. vol. 9, n. 10, p. 1134–1139, 2005.

MONROE, A.A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MORRIS, C. D. W.; BIRD, A. R.; NELL, H. Haematological and biochemical changes in evere pulmonary tuberculosis. **Q J Med**. v. 73, n.1, p. 151-9, 1989.

MORRIS, C. D. Pulmonary tuberculosis in the elderly: a different disease? **Thorax** vol. 45, p. 912-913, 1990.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde: manual**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

MOTTA, M. C. S. et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 13, n. 9, p. 1137–1141, 2009.

MUNIZ, J.N. et al. A Incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p.315 – 321, 2005.

MUNÓZ, D. Factores asociados al diagnóstico tardío de pacientes con tuberculosis pulmonar en Lima Este, Perú*. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**. v.20, n.1, Lima ene./mar, 2004

MUNOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.16, n.2, pp. 669-675, 2011.

NAVARRETE, M. F. J.; PÉREZ, L. R. Perfil educativo en los pacientes crónicos. **Rev. Med. Costa Rica y Centro América**, v. 543, p.89-93, 1998.

NOGUEIRA, J. A. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line]. v. 9, n. 1, p. 106-118, 2007.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 34, n.5, 2000.

OLIVEIRA, A. R. **Avaliando a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento dos doentes de Tuberculose em serviços de saúde de Campina Grande- PB**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – João Pessoa, 2008.

OLIVEIRA, H. M. M. G. et al. Tuberculose no idoso em hospital de referência. **Pulmão RJ**. vol. 14, n. 3, p. 202-7, 2005.

OLIVEIRA, M. F. et al. **A busca de sintomáticos respiratórios (SR) na implantação da estratégia DOTS no estado de São Paulo (2005)**. In: RUFFINONETTO, A.; VILLA, T. C. S. (org.) Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio Rede TB, 2006.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 8ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2009.

PACKHAM, S. Tuberculosis in the Elderly. **Gerontology**. n. 47, p. 175–179, 2001.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiologia. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, 2008.

PELAQUIN, M. H. H.; SILVA, R. S.; RIBEIRO, S. A. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. **J. bras. pneumol.** v. 33, n. 3, p. 311-317, 2007.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**. v. 6, n.1, p. 43-59, 2003.

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S.A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. vol. 35, n. 11, 2009.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**. v.6, n.1, 2003.

PEŠUT, D. P. et al. Tuberculosis Incidence in Elderly in Serbia: Key Trends in Socioeconomic Transition. **Croat Med J**. n. 49, p. 807-12, 2008.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.11, n.3, pp. 657-667, 2006.

PICON, P. D. et al. Resultado do tratamento da tuberculose com estreptomicina, isoniazida e etambutol (esquema SHM). **J. Pneumologia**. vol. 28, n. 4, p. 187-192, 2002.

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 RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

Plano Municipal de saúde - 2006/2009. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. **BMJ**. v. 311, p. 109-112; 2005.

PUCCHINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, Sept. 2008.

QUEIROZ, R. **Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo**. [Dissertação]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P. A. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia - São Paulo. **Saude soc. [online]**. v.19, n.3, pp. 627-637, 2010.

RAJAGOPALAN, S.; YOSHIKAWA, T. T. Tuberculosis in the elderly. **Z Gerontol Geriat**. v. 33, p. 374–380, 2000.

RAMALHO, M. A. N.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. **Psicol. estud. [online]**. v.12, n.1, pp. 123-132, 2007.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social**. Métodos e Técnicas. 3 ed. 10 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

RIZVI, N. et al. Differences in Clinical Presentation of Pulmonary Tuberculosis in association with Age. **Journal of Pakistan Medical Association**. v. 53, n. 8, 2003.

RUBEL, A. J.; GARRO, L. C. **Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis**. Public Health Rep 1992; 107:626- Science to Patient Care. Palomino JC, Leão SC, Ritacco V, editors.

SÁNCHEZ, A.I.M. **O tratamento diretamente observado "DOTS" e a adesão ao tratamento da tuberculose**: significados para os trabalhadores de unidades de

saúde da região central do município de São Paulo - São Paulo – Brasil. 2007. [Tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2007.

MUNOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 2, 2011 .

SANOUE, A. et al. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 8, n. 12, p. 1479–1483, 2004.

SANTOS-FILHO, E. T.; GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, supl. 1, p.111-116, 2007.

SANTOS, M. A. P. S. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**. vol. 5, 2005.

SÁ, L. D. et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Rev enferm UFPE on line**. vol. 4, n. 3, p. 178-86, 2010.

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

SCHAAF, H. S. et al. Tuberculosis at extremes of age. **Respirology**. vol. 15, p. 747–763, 2010.

SELIG, L. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 4, p. 417-424, 2004.

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

SHIN, J. Y. et al. Characteristics of Pulmonary Tuberculosis in Elderly People. **Tuberc Respir Dis**. n. 69, p. 163-170, 2010.

SILVA, A. C. de. O. **O tratamento supervisionado da tuberculose**: percepções do enfermeiro do Programa Saúde da Família de João Pessoa - PB. 2006. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SILVA, F. S.; PINTO, M. J. M.; GUEDES, M. L. A. L. **Análise das políticas públicas de saúde voltadas para a pessoa idosa com deficiência no Brasil e no Distrito Federal**. [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília, Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, 2007.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Divisão de Atenção à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. **Indicadores que**

caracterizam a situação da tuberculose em João Pessoa na Paraíba. João Pessoa, 2010.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. **Indicadores que caracterizam a situação da tuberculose na Paraíba.** João Pessoa, 2009.

Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM). Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. **Indicadores da mortalidade por tuberculose na Paraíba.** João Pessoa, 2009.

SOOD, R. The Problem of Geriatric Tuberculosis. **Journal of Indian Academy of Clinical Medicine.** vol. 5, n. 2, p. 156-162, 2004.

SOUSA, G. P.; LIMA, D. S.; FORMIGA, N. S. A Tuberculose no estado da Paraíba: avaliação epidemiológica e operacional nos períodos de 2000 a 2006. In: **Jornada nordestina de Tuberculose**, I, João Pessoa, 2008.

SREERAMAREDDY, T.C.; PANDURU, K.V.; VAN DEN ENDE, J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infect Dis.** v. 11, 2009.

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

TANAKA, O.Y.; MELO, C.M.M. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa, pp. 121-136. In: BOSI, M.L.L.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004.

TEALE, C.; GOLDMAN, J. M.; PEARSON, S. B. The association of age with the presentation and outcome of tuberculosis: a five-year survey. **Age Ageing.** vol. 22, p. 289-293, 1993.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública.** vol. 24, n. 5, 2008.

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.

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

TOURÉ, N. O. et al. Tuberculosis in elderly persons. **Rev Mal Respir.** vol. 27, n. 9, p. 1062-8, 2010.

TOWHIDI, M.; AZARIAN, A.; ASNAASHARI, A. Pulmonary Tuberculosis in the Elderly. **Tanaffos**. v. 7, n. 1, p. 52-57, 2008.

TRAVASSOS, C. et al.. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 11, n. 5/6, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. vol. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-2502, out 2007.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde*. **Rev. Saúde públ.** vol. 24, n. 6, p. 445-52, 1990.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Rev Latino-am Enfermagem**. vol. 11, n. 1, p. 96-103, 2003.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WAALER, H. T. Tuberculosis and poverty. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 6, n. 9, p. 745-6, 2002.

WANDWALO, E. R.; MORKVE, O: Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 4, n. 2, p.133-8, 2000.

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

WEBB-YATES, M. **Tuberculosis in the Elderly: A Different Disease?**. [Master] Degree Master of Public Health .Ohio State University, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **What is DOTS?: A guide to understanding the WHO - recommended TB Control Strategy Known as DOTS**. Geneva: WHO, 1999. 270 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report.** Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global Tuberculosis Control: WHO report 2010.** WHO; Geneva, 2010.

XU, B. et al. Perceptions and experiences of health care seeking and access to TB care—a qualitative study in Rural Jiangsu Province, China. **Health Policy.** n. 69, p. 139–149, 2004.

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

YOKOYAMA, T. et al. Tuberculosis in elderly. **Kekkaku.** v. 78, n. 7, p. 479-82, 2003.

ZEVALLOS, M; JUSTMAN, J. E. Tuberculosis in the elderly. **Clin Geriatr Med.** v. 19, n. 1, p. 121-38, 2003.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados

01. Diga para mim o que é TB para o (a) Sr.(a).
02. Antes de ficar doente o que o (a) Sr.(a) sabia sobre essa doença?
03. O que o (a) Sr.(a) sentiu quando desconfiou estar doente?
04. Qual foi o principal sintoma que levou o(a) Sr.(a) a procurar o serviço de saúde?
05. Fale para mim quais foram as primeiras providencias que o (a) Sr.(a) tomou quando resolveu buscar ajuda para o seu problema.
06. Qual foi o primeiro lugar que o (a) Sr.(a) procurou quando resolveu buscar tratamento? Por quê?
07. Há unidade de saúde da família na área em que o (a) Sr.(a) mora?
 - 07.1 O que o levou a não procurar primeiramente esse serviço?
08. Quanto tempo demorou para que fosse dado ao(a) Sr.(a) o diagnóstico de TB?
09. Descreva para mim o que aconteceu desde que o (a) Sr.(a) se sentiu doente até a confirmação do diagnóstico da TB.
10. Fale para mim quais foram as dificuldades que o (a) Sr.(a) encontrou para obter o diagnóstico de TB?
 - 10.1 O (a) Sr.(a) precisou procurar esse serviço mais de uma vez para ser atendido (quantas vezes)? E esperou muito tempo pela consulta (quantos dias)? Teve que desmarcar compromissos para consultar no serviço de saúde? Teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde? Precisou utilizar algum transporte motorizado para ir até o serviço de saúde? Gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde? O senhor realizou exames? Teve alguma dificuldade para fazer os exames?
11. O(a) Sr.(a) tem alguém que cuida do senhor na sua família?
12. Em sua opinião, quais foram os motivos da demora em descobrir que o (a) Sr.(a) tinha TB?
13. O(a) Sr.(a) faz o tratamento no serviço de saúde mais próximo a sua casa? Por quê?
14. O(a) Sr.(a) poderia me falar sobre o tratamento dado pela equipe de saúde (USF) ao(a) Sr.(a) e sua família?
15. O que o (a) Sr.(a) acha dos profissionais que o atenderam? O (a) Sr.(a) acredita no serviço de saúde?
16. Como os profissionais que o atenderam poderiam ter o ajudado mais?

17. Fale para mim como o (a) Sr.(a) gostaria de ser cuidado?

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Retardo no diagnóstico da Tuberculose em idosos no município de João Pessoa-PB: avaliando sob a perspectiva do acesso. Você foi selecionado por ter mais de 60 anos, residir no município de João Pessoa-PB e estar em tratamento para TB.

O objetivo deste estudo é analisar as barreiras que dificultam o acesso de pessoas idosas ao diagnóstico da TB e que concorrem para o retardo do diagnóstico da doença no município de João Pessoa-PB.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista e não apresenta riscos relacionados. A sua participação é estritamente voluntária, não havendo nenhuma forma de compensação financeira, visto que a mesma é de livre e espontânea vontade. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Solicitamos a sua colaboração para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

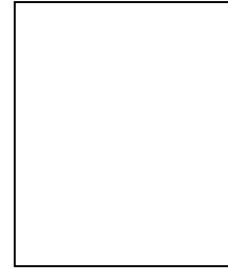
Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da Testemunha



Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira.

Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cidade Universitária, 58059900 – João Pessoa, PB, Brasil; E-mail: annelissa_ufpb@hotmail.com. Telefone: (83) 8878-8479.

ANEXO

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética

**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