

**Diagnóstico da tuberculose:
Avaliação dos serviços de saúde em municípios de
diferentes regiões do Brasil**

**Organizadores:
Tereza Cristina Scatena Villa
Antonio Ruffino Netto**

1ª Edição

**Ribeirão Preto
2011
FUNPEC – Editora**

FUNPEC – Editora

Editor Chefe

Prof. Dr. Francisco A. Moura Duarte

Editor Associado

Prof. Dr. David De Jong

Coordenador de Produção Gráfica, e Diagramação

Edmundo Cruz Canado

Capas

Leonardo Góes Miranda

FICHA CATALOGRAFICA (A PREENCHER PELA EDITORA)

i. AGRADECIMENTOS

- CNPq – Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 034/2008 - Processo: nº575386/2008-8;
- CNPq - Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 67/2009 – REBRATS – Processo: 558835/2009-0;
- CNPq Bolsa Doutorado - processo 143036/2008-4
- "Innovative approaches for tuberculosis control in Brazil", número 1 U2R TW006883-01, do Programa ICOHRTA AIDS/TB, patrocinado pelo Fogarty International Center/National Institutes of Health dos Estados Unidos.
- Ministério da Saúde CRPHF/ENSP/FIOCRUZ – ENSP-011- LIV-10, subprojeto ENSP-011-LIV-10-2-7;
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo:
Bolsas concedidas Doutorado (processos: 2009/51684-1; 2010/51209-9)
Bolsas concedidas Mestrado (processos: 2009/12016-3; 2010/02866-7; 2008/56479-4; 2008/07904-4)
Bolsas concedidas de Iniciação Científica (2009/15888-1; 2009/18522-8; 2009/16274-7)

Organizadores:

Tereza Cristina Scatena Villa, professora Titular na área de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, líder do Grupo Interinstitucional de Pesquisa Operacional em Tuberculose/CNPq, coordenadora da Área de Pesquisas Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE TB). Atua principalmente nos seguintes temas: Atenção Primária a Saúde , Avaliação de serviços de saúde, Políticas de Saúde Enfermagem e Atenção à Tuberculose.

Antonio Ruffino Netto, professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, coordenador da área de Estudos Epidemiológicos da Rede TB, líder do Grupo Interinstitucional de Pesquisa Operacional e Epidemiológica em Tuberculose/CNPq. Foi coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Epidemiologia. Atua principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, tuberculose, prova tuberculínica, metodologia investigação em pneumologia sanitária

Contatos: tite@eerp.usp.br; aruffino@fmrp.usp.br; patpaz@eerp.usp.br
<http://www.eerp.usp.br/geotb/>

<http://redetb.org/>



PREFÁCIO



PREFÁCIO

Na área médica, a ciência somente faz sentido se remover ou pelo menos aliviar o sofrimento das pessoas. E, atualmente, as causas de sofrimento são inúmeras, fugindo em grande parte do campo médico.

Muito seria resolvido neste setor se houvesse educação básica para todos, assim como nutrição suficiente para toda humanidade, melhor aproveitamento da intersectorialidade dos programas sociais e abordagem dos problemas que tivessem um enfoque transdisciplinar.

Os alimentos não faltam: falta, contudo uma política de distribuição adequada, equidade. Basicamente, falta espírito de solidariedade por parte dos formuladores dessas políticas na sua criação e sua aplicação.

Educação tem sido confundida com instrução, e mesmo esta acaba sendo privilégio para poucos que tem poder econômico para financiá-la. As escolas oficiais têm carência de recursos financeiros e humanos.

No campo médico, especificamente no concernente ao controle da tuberculose (que é um problema sério de saúde pública no Brasil e no mundo) sabe-se muito sobre o agente da doença, sobre condições da transmissão, quadro clínico, diagnóstico, tratamento, etc. Todos estes itens merecem ainda serem estudados. Contudo, há de se convir que, os conhecimentos já existentes e acumulados seriam suficientes para serem aplicados urgentemente. Se isto fosse feito, seguramente mudar-se-ia o cenário epidemiológico desta enfermidade no mundo. Mas, não é isso que se observa.

Falta ainda se descobrir como fazer os tuberculostáticos (quando disponíveis) cheguem às bocas dos pacientes tuberculosos. Estão faltando ainda muitos estudos operacionais que permitam agilizar as estruturas dos serviços de saúde (quando existentes), repensar os processos de trabalho nestes serviços, melhorar os resultados que normalmente são almejados em termos de percentuais de cura, de abandono do tratamento, de óbitos, etc.

Precisar-se-ia ser mais ambiciosos em pensar resultados que contemplassem a felicidade e o bem estar dos pacientes transformando-os em pessoas não-doentes, felizes, alegres, reintegradas social e economicamente.

Torna-se necessário PARAR para PENSAR. Rever nossos sistemas de saúde quanto sua eficácia, eficiência e efetividade; repensar as Redes de Saúde vigentes em cada realidade, analisando sua concepção, seus objetivos, sua atuação, seus resultados.

O Grupo GEOTB adquiriu (e continua adquirindo) *know how* de como focalizar, analisar, estudar esses diferentes cenários dos serviços de saúde (em nossa realidade) tentando vislumbrar como melhorar os resultados do seu trabalho, de acordo com as potencialidades específicas. O próximo passo do GRUPO GEOTB deveria ser agora no sentido de estudar as diferentes pontes das REDES DE SAÚDE que possibilitem estudar populações de riscos (de tuberculose e ou outras patologias que constituem problemas de saúde pública) que permitam maximizar os benefícios de programas específicos de controle das mesmas.

Antonio Ruffino Netto

DEDICATÓRIA



Dedicamos este trabalho aos doentes de tuberculose, aos profissionais de saúde que atuam no controle da doença e aos gestores de saúde.

Esperamos que este texto possa oferecer melhor atendimento aos doentes, facilitar aos profissionais entenderem seus papeis aumentando a sua eficácia/eficiência/efetividade, e finalmente, que possam os gestores se beneficiarem ao fazerem planejamento das atividades envolvidas com o programa de controle da tuberculose.

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS



AB – Atenção Básica
ABS – Serviço de Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Análise de Discurso
aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALERJ – Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
APS – Atenção Primária à Saúde
BA – Bahia
BSR – Busca de Sintomático Respiratório
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa
DOT – Tratamento Diretamente Observado
DOTS – Tratamento Supervisionado Diretamente Observado
DP – Desvio Padrão
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EPS – Educação Permanente em Saúde
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HU – Unidade Hermenêutica
Hygia-WEB – Sistema Municipal de Prontuários Eletrônicos
IC – Intervalo de Confiança
JP – João Pessoa
LAB-TB – Sistema de Vigilância Laboratorial de Tuberculose
MS – Ministério da Saúde
MST – Movimento dos Sem Terra
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PA – Pronto Atendimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB – Paraíba
PCAT – Primary Care Assesment Tool
PCR – Reação em Cadeia de Polimerase
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PPD – Proteína Purificada Derivada
PR – Paraná
PS – Profissional de Saúde
RJ – Rio de Janeiro
RN – Rio Grande do Norte
RP – Ribeirão Preto
RS – Rio Grande do Sul
RX – Raio-X

SE – Serviço Especializado

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SM – Salário Mínimo

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SP – São Paulo

SR – Sintomático Respiratório

SS – Serviço de Saúde

SUS – Serviço Único de Saúde

TB – Tuberculose

TB-WEB – Sistema Estadual de Notificação de Tuberculose

UAB – Unidade de Atenção Básica

UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UR – Unidade de Referência

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VD – Visita Domiciliar

VE – Vigilância Epidemiológica

SÚMARIO



i. AGRADECIMENTOS.....	3
Organizadores:	3
PREFÁCIO.....	4
DEDICATÓRIA.....	6
SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	8
APRESENTAÇÃO	15
CAPITULO I.....	16
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. Geral	20
2.2. Específicos	20
3. MÉTODOS.....	21
3.1. Caracterização dos locais de estudo	23
3.2. Seleção de entrevistados.....	25
3.3. Coleta de dados	29
3.4. Plano de análise	33
CAPITULO II	41
1. DOENTES.....	42
1.1. RIBEIRÃO PRETO - SP.....	42
1.1.1. A busca por cuidados em saúde para o diagnóstico da TB entre doentes de Ribeirão Preto: estudo descritivo, 2009	43
1.1.2 Ações desempenhadas pelo primeiro serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose – Ribeirão Preto, SP, 2009	48
1.1.3 Ações para o diagnóstico na família e comunidade dos doentes de tuberculose, Ribeirão Preto – SP, 2009	50
1.1.4 Diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto-SP: análise do percurso do doente, 2009.....	53
1.1.5 Descrição do processo de realização de exames para o diagnóstico da TB - Ribeirão Preto, 2009	58
1.2. SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP.....	62
2.1.2.1 A busca por cuidados em saúde para o diagnóstico da TB entre doentes em São José do Rio Preto: estudo descritivo	62
1.2.2 Tempo do diagnóstico da tuberculose no primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto-SP.....	67
1.3. VITÓRIA- ES	70
1.3.1 O Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose em Serviços de Saúde do Município de Vitória – ES (2009)	70
1.4. FOZ DO IGUAÇU - PR.....	73
1.4.1 Tipos de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB ao início dos sinais e sintomas e serviços de saúde que realizaram o diagnóstico	73
1.5. PELOTAS – RS	78
1.5.1 Desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da TB em Pelotas.....	78
1.6. JOÃO PESSOA- PB.....	81
1.6.1 Determinantes individuais e o tipo de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB quando apresentaram os primeiros sinais e sintomas da doença - João Pessoa - PB. 81	
1.6.2 Desempenho dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da Tuberculose: João Pessoa-PB.....	85

1.6.3 Desempenho dos serviços de saúde na atenção aos comunicantes de Tuberculose- João Pessoa-PB	90
1.7. FEIRA DE SANTANA – BA	92
1.7.1 Os serviços de saúde procurados pelo doente de Tuberculose de Feira de Santana- BA, 2009	92
CAPITULO III	96
1 PROFISSIONAIS DE SAÚDE	97
1.1 RIBEIRÃO PRETO - SP	97
1.1.1 Desempenho dos profissionais de saúde para o diagnóstico da tuberculose, Ribeirão Preto 2009.	97
2.2. VITÓRIA - ES	102
2.2.1 O acesso do usuário ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória/ES .	102
CAPITULO IV	106
1. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	107
1.1. RIBEIRÃO PRETO – SP	107
1.1.1 Busca de sintomático respiratório para o controle da tuberculose: desempenho do agente comunitário de saúde, Ribeirão Preto, 2009	107
1.2. NATAL - RN	113
1.2.1 Busca de sintomático respiratório desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde, Natal – RN	113
1.2.2 Acesso e estrutura dos serviços de saúde para a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde nos Distritos Sanitários de Natal	117
1.3. JOÃO PESSOA – PB	122
1.3.1 Desempenho da busca de sintomáticos respiratórios pelo agente comunitário de saúde no município de João Pessoa-PB	122
CAPITULO V	128
1 GESTORES	129
1.1. RIBEIRÃO PRETO - SP	129
1.1.1 A percepção dos gerentes da AB sobre a operacionalização das ações para o diagnóstico da TB	129
1.2. JOÃO PESSOA – PB	134
1.2.1 Organização dos serviços de saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios e o atraso do diagnóstico da tuberculose	134
CAPITULO VI	142
1. SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA	143
1.1. RIO DE JANEIRO – RJ	143
1.1.1 A sociedade civil na luta contra a TB, Rio de Janeiro, Brasil: a percepção das ONGs	143
CAPITULO VII	155
1 ATRASO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE – SISTEMA PRISIONAL	156
1.1 O atraso no diagnóstico da tuberculose segundo o doente no sistema prisional	156
CAPITULO VIII	163
CONCLUSÕES GERAIS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	163
1 CONCLUSÕES GERAIS	164
2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	167
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	168

COLABORADORES.....	177
--------------------	-----

APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB, que agrega pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal Rio Grande Norte.

Um aspecto importante no desenvolvimento deste projeto multicêntrico foi a capacidade de integração/articulação entre diferentes atores (pesquisadores, gestores e profissionais de saúde), diferentes saberes (ciências sociais, epidemiológico e clínico operacional), diferentes profissões (médica, enfermagem, estatística, psicologia, etc.) e locais (municípios de diferentes regiões do Brasil) visando uma ação conjunta que possibilitasse a construção de avanços no estudo da temática – *desempenho dos serviços no diagnóstico da tuberculose (TB) em sistemas de saúde em nível local*.

O estudo contou com financiamento do CNPq (processo nº575386/2008-8) e ressalta-se que os recursos captados viabilizaram a realização do projeto proposto e ofereceram oportunidades aos coordenadores, pesquisadores e alunos para realizar cursos, visitas técnicas e reuniões científicas.

Espera-se que este estudo contribua com os gestores no planejamento, organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB no sistema local de saúde; contribua com os serviços de saúde para o monitoramento e avaliação das ações de controle da TB; consolide parcerias entre as instituições de ensino e serviços de saúde para o desenvolvimento de projetos de pesquisa operacional de forma integrada buscando o fortalecimento das ações de controle da doença nos serviços de saúde.

Neste texto serão apresentadas a introdução ao problema de investigação, percurso do estudo, principais resultados e conclusão.

CAPITULO I

**INTRODUÇÃO
OBJETIVOS
MÉTODOS**

Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino Netto

1. INTRODUÇÃO

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2008, a incidência da TB no mundo foi de 140 casos/100.000 habitantes, sendo que no Brasil, em 2009, incidiram 46 casos/100.000 habitantes, fazendo o país ocupar o 19º lugar no ranking dos 22 países de maior incidência da TB total e o 14º daqueles que apresentavam baciloscopia positiva (WHO, 2010).

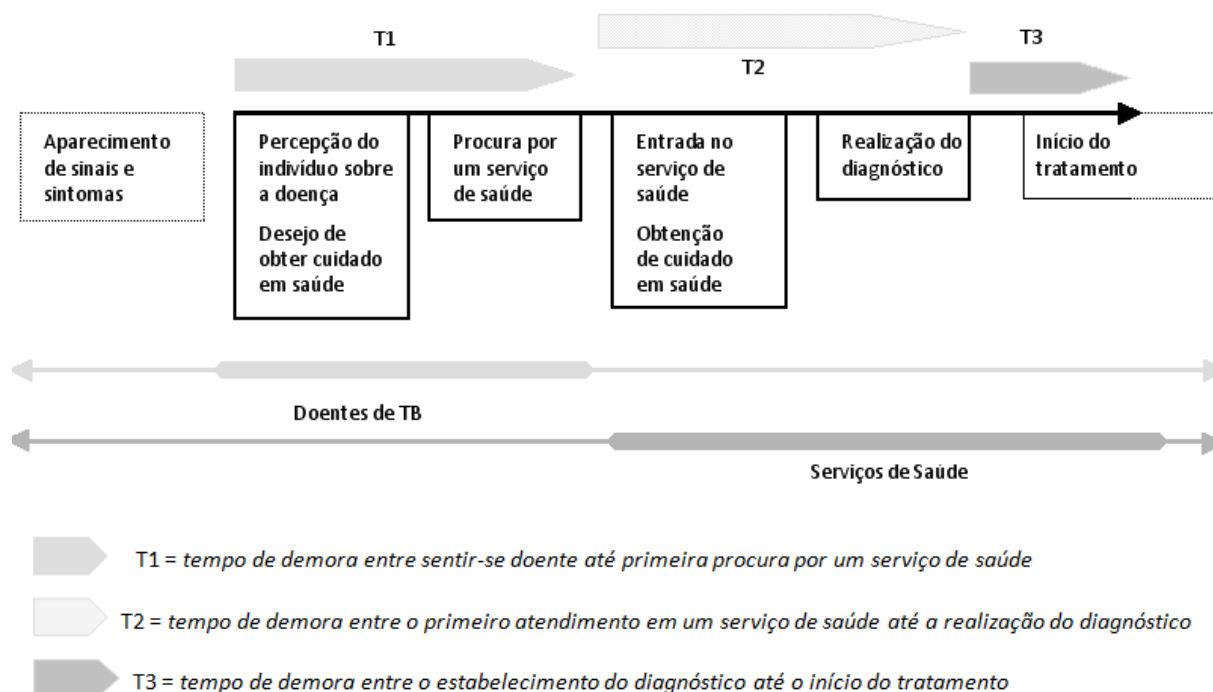
Em 2005, a taxa de detecção de casos alcançou 65% dos casos estimados. Em 2008, no entanto, houve uma queda desta taxa, que se estabeleceu em 62% (WHO, 2010). Apesar de próxima, a taxa de detecção ainda está abaixo da meta estabelecida pela OMS de 70%, e já defasada de acordo com o Ministério da Saúde que estabeleceu novas metas de elevar a detecção para 90% dos casos estimados (BARREIRA et al, 2007).

Apesar de o Brasil ter reconhecidos avanços em relação ao tratamento de TB, cujo percentual de cura é da ordem de 77% (WHO, 2010), os números em relação à detecção de casos expressam que indivíduos continuam adoecendo sem serem identificados pelos serviços de saúde, transmitindo continuamente a doença a outras pessoas e impedindo o alcance de um efetivo controle da TB (DYE, 2003; WHO, 2005).

As dificuldades para o aumento da detecção são resultantes não apenas das condições que conferem vulnerabilidade ao adoecimento, mas também dos múltiplos fatores que levam à demora em realizar o diagnóstico da doença (MACIEL et al, 2010; TORRES et al, 2000). Nesse sentido, o diagnóstico precoce, embora essencial, se configura em crescente desafio, considerando a existência de diversas situações relacionadas tanto à organização dos serviços de saúde como aos aspectos intrínsecos aos doentes de TB que contribuem para a conformação do círculo vicioso de propagação da doença (ASBROEK et al, 2008).

A literatura caracteriza o tempo decorrido no percurso para obtenção de assistência à TB em dois componentes: aquele relacionado ao doente, que corresponderia ao tempo que o indivíduo leva entre começar a sentir-se doente até a primeira procura por atenção médica, e o relacionado aos serviços de saúde, isto é, o período de tempo entre o primeiro atendimento em um serviço de saúde, a realização do diagnóstico e início do tratamento (SREERAMAREDDY et al, 2009). No entanto, percebe-se, frente ao exposto na figura 1, que o tempo para obtenção ao diagnóstico e tratamento de TB é, em realidade, o resultado de um complexo arranjo de variáveis relacionadas tanto à provisão de cuidados em saúde, quanto à característica clínica da doença e do próprio doente enquanto um sujeito social (DÍEZ et al,

2005). Portanto, assume-se que não é possível identificar com exatidão os limites da influência dos indivíduos e dos serviços de saúde na determinação de cada um dos tempos acima descritos.



Fonte: Adaptado de Frenk (1992) por Arakawa (2010).

Figura 1. Percurso e possíveis intervalos de tempo aplicáveis à tuberculose entre sentir-se com sintomas da doença, estabelecimento do diagnóstico e início do tratamento.

Pouco se sabe sobre um intervalo de tempo aceitável entre o início dos sintomas até o diagnóstico. Geralmente considera-se que para um controle eficaz da TB, o atraso relacionado ao doente não deve ser superior a 2 ou 3 semanas (LAMBERT et al, 2005). Estudo de revisão sistematizada da literatura sobre o tempo de retardo no diagnóstico da TB verificou que, o atraso do doente em países periféricos, bem como em países desenvolvidos excedeu esse limite em cerca de 10 a 15 dias (SREERAMAREDDY et al, 2009).

Em relação à demora do sistema de saúde (apesar dos manuais técnicos da TB e da literatura não estabelecerem um consenso em relação ao tempo ideal para se realizar o diagnóstico), considera-se que o tempo dos serviços para a obtenção do diagnóstico deveria ser de poucos dias, sendo o exame de escarro solicitado e realizado imediatamente na suspeita de TB. No entanto, o mesmo estudo de revisão detectou que na produção sobre o tema no período de 1998 a 2008, o tempo relacionado aos serviços de saúde esteve em torno de 4 semanas (SREERAMAREDDY et al, 2009).

A preocupação em estudar o tempo de atraso no diagnóstico da TB motivou diversos estudos que trazem suas possíveis explicações (YIMER et al, 2005; MFINANGA et al, 2008; ASBROEK et al, 2008).

Assume-se que a compreensão do processo diagnóstico inclui também a compreensão da busca, utilização e aceitação dos serviços de saúde pelos indivíduos (NORRIS et al, 2006; BASNET et al, 2009). Aspectos sociais (contexto socioeconômico do doente e família), culturais (percepção e significados acerca da doença) e clínicos (gravidade dos sinais e sintomas) são determinantes no comportamento do doente frente ao seu problema de saúde, e podem facilitar ou dificultar a procura por assistência (STORLA et al, 2008).

Quando o indivíduo se percebe doente e decide procurar o serviço de saúde para atendimento, dificuldades no acesso aos cuidados em saúde também podem prolongar o tempo até a obtenção de cuidados. Longas distâncias entre domicílio e os serviços de saúde, por exemplo, tem sido associado como um fator para o atraso relacionado ao doente (DEMISSIE et al, 2002; MENGISTE, 2005; CAMBANIS, 2005). A distribuição, cobertura e qualidade da rede em saúde também podem implicar em desigualdades na utilização dos serviços pelos usuários e dificultar o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS et al, 2000; FACCHINI et al, 2006).

O percurso do indivíduo doente pela TB até o diagnóstico ainda inclui o atendimento, a realização do diagnóstico e a instituição do tratamento, que dependem principalmente da habilidade e capacidade técnica dos serviços de saúde.

Estudos realizados na China, Espanha, Colômbia, Etiópia e Brasil mostraram que atrasos no tempo de diagnóstico e tratamento podem estar relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo doente de TB, acolhimento inadequado do usuário, conduta de profissionais frente à sintomatologia apresentada com baixa prioridade na procura de sintomáticos respiratórios (SR) e de contatos intra-domiciliares e baixo nível de suspeição diagnóstica de TB, e ainda aos meios diagnósticos disponíveis nos serviços de saúde (DÍEZ et al, 2005; YIMER et al, 2005; SANTOS, 2005; WANG, 2007; MESFIN et al, 2009; CÁCERES & OROZCO, 2008; SELIG et al., 2004; CAVALCANTI et al., 2006; JAMAL et al., 2007; SCATENA et al., 2009). A debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e insumos e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde constituem outra barreira que pode 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).

Destaca-se, portanto, que o contexto organizacional dos sistemas de saúde tem importância no processo diagnóstico para detecção de casos de TB. No Brasil, a expansão das ações de controle da doença para todos os municípios brasileiros foi estabelecida no âmbito da Atenção Básica (AB) (RODRIGUES et al, 2007). Neste contexto, a responsabilidade do controle da TB é atribuída aos municípios, sendo as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de competência da AB (VILLA et al, 2006), realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) com intuito de melhorar o acesso ao diagnóstico da TB a partir da perspectiva de promoção e vigilância em saúde e a organização da demanda em função das necessidades de saúde (MASCARENHAS, 2003; NATAL et al., 2007). É preciso considerar que, na AB, o uso dos serviços de saúde é desencadeado basicamente pelos indivíduos, e, os problemas e necessidades apresentados pelos usuários são pouco definidos e precisam ser reconhecidos e entendidos. A partir deste pressuposto, compreende-se que *o processo de diagnóstico na AB difere daquele de outros níveis de atenção, sendo que as ameaças à efetividade e à eficiência encontram-se na maior probabilidade de não observar uma enfermidade quando ela está lá* (STARFIELD, 2002).

Ressalta-se que os fatores acima citados, os quais podem acarretar na demora do diagnóstico dos casos, configuram um problema importante na perspectiva da saúde pública, uma vez que estes atrasos aumentam as possibilidades de transmissão e disseminação da doença, reforçando a persistência da TB na sociedade (LACROIX et al, 2008).

Queremos ainda ressaltar que o tema em pauta, envolve pontos de confluência de diferentes áreas do conhecimento científico.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Identificar e analisar as causas do retardo ao diagnóstico da TB em municípios de diferentes regiões do Brasil e diferentes realidades locais, na percepção do doente, profissionais de saúde, gestores e representantes da sociedade civil organizada.

2.2. Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos doentes de TB nos municípios de estudo;

- Analisar a percepção do doente de TB em relação aos diferentes modos de conceber o processo saúde-doença;
- Identificar as barreiras sócio-econômico-culturais que influenciam no retardo ao diagnóstico da TB;
- Identificar as características da organização dos serviços de saúde que influenciam no retardo ao diagnóstico e no início do tratamento;
- Identificar os serviços de saúde procurados pelo doente desde o início dos sintomas até o diagnóstico da TB analisando a trajetória percorrida para conseguir chegar ao diagnóstico;
- Estimar o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas de TB e a procura do primeiro serviço de saúde para o diagnóstico de TB;
- Estimar o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas de TB e o início do tratamento de TB pelo serviço de saúde;
- Avaliar a realização de ações de busca de sintomáticos respiratórios no município e o retardo ao diagnóstico.

3. MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, que utilizou abordagem quantitativa e qualitativa.

Os estudos foram desenvolvidos em municípios prioritários para o PCT em diferentes regiões do Brasil, segundo critérios estabelecidos pelo Plano Nacional de Controle da TB (BRASIL, 2004). Os municípios selecionados para o estudo foram: Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Rio de Janeiro (RJ), Vitória (ES), Foz do Iguaçu (PR), Pelotas (RS), João Pessoa (PB) e Feira de Santana (BA) e Natal (RN).

Estes municípios foram escolhidos intencionalmente de forma a selecionar diversas realidades no desenvolvimento de ações de controle à TB no sistema de saúde local. Considerou-se que a diversidade geográfica e de características socioeconômicas, culturais e institucionais poderiam induzir ao modelo de estudo, importantes variações no desempenho dos serviços de saúde para o controle da doença, permitindo estabelecer um retrato mais adequado das práticas atuais no acesso ao diagnóstico da TB.

A tabela 1 apresenta algumas características dos municípios escolhidos para o estudo:

Tabela 1. Características dos municípios escolhidos para o estudo, 2009

Características	João Pessoa	Feira de Santana	Natal	Vitória	Rio de Janeiro	São José do Rio Preto	Ribeirão Preto	Foz do Iguaçu	Pelotas
Região do país	Nordeste	Nordeste	Nordeste	Sudeste	Sudeste	Sudeste	Sudeste	Sul	Sul
População municipal estimada para 2009	674.762	571.997	806.203	317.817	6.186.710	419.632	558.136	319.189	339.934
Habilitação em gestão plena do sistema de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cobertura do Programa Saúde da Família	89%	49%	48%	74%	6,9%	20%	13%	33%	28%
Nº de ESF implementados	180 ESF	83 ESF	115 ESF	20 ESF	165 ESF	14 ESF	21 ESF	31 ESF	28 ESF
Nº de unidades na rede básica de saúde	139	14	58	28	234	24	41	33	50
Nº de pronto-atendimentos	1	5	9	2	7	5	5	2	5
Ações de controle à TB	D	D	D	C	D	D	C	C	C
Incidência de TB	57,5/100.000	33,5/100.000	22,5/100.000	47,8/100.000	101,3/100.000	35,1/100.000	34,2/100.000	42,6/100.000	51,2/100.000
Casos de recidiva	6,0%	6,8%	6,1%	2,9%	8,2%	4,2%	4,3%	5,0%	14,5%
Casos de reingresso após abandono	10,0%	0,9%	11,8%	10,4%	7,7%	1,7%	3,8%	6,6%	4,1%
Casos de co-infecção TB-HIV	9,2%	4,5%	7,7%	39,9%	11,4%	20,2%	19,7%	15,7%	16,4%

Legenda

ESF = Estratégias Saúde da Família

C = Centralizado

D = Descentralizado

(Fontes: IBGE, 2009; SINAN, 2010; Relatórios de gestão dos municípios de estudo, 2009)

3.1. Caracterização dos locais de estudo

Os municípios do estudo apresentam as seguintes características em comum na organização da atenção à TB:

- As unidades de saúde da rede básica e especializada podem realizar baciloscopia e cultura de escarro e possuem insumos: formulário para pedido de baciloscopia, pote de escarro, livro de registro;
- Na AB há unidades que não possuem geladeiras para o armazenamento do material até o recolhimento pelo laboratório assim como não possuem local restrito para coleta do escarro;
- Os exames como radiografias e prova tuberculínica são realizados em serviços de referência (Ambulatórios especializados/ hospital universitário e serviços do PCT);
- Os sistemas de informação referentes aos pacientes com TB (TB-WEB, LAB-TB e SINAN) são de acesso restrito às equipes da VE e PCT;
- Dois municípios possuem sistema informatizado de assistência médica, de enfermagem e de apoio diagnóstico (RP e Vitória). No entanto, estes sistemas municipais não se comunicam com os sistemas de informação da Vigilância Epidemiológica e PCT;
- Os sistemas de informação existentes nos municípios são SINAN WEB e o LAB TB e no estado de São Paulo – WEB TB ;
- Os municípios do estudo realizam o tratamento da TB predominantemente em unidades de referência por equipes especializadas PCT);
- São José do Rio Preto, João Pessoa e Natal oferecem o tratamento a TB em PCT e Unidades de AB (UBS, ESF, PACS).

Ribeirão Preto (SP): a atenção aos doentes de TB no município é prestada em nível secundário por equipes do PCT, distribuídos em cinco unidades de saúde nos diferentes distritos sanitários da cidade. Exames de radiografia são realizados em três unidades distritais de saúde e em 1 ambulatório de especialidades. O município possui um sistema informatizado (Hygia-WEB) onde os resultados dos exames diagnósticos e consultas médicas e de enfermagem são disponibilizados a todas as unidades de saúde (exceto para hospitais).

São José do Rio Preto (SP): O município não possui um sistema informatizado e compartilhado para divulgação de resultados de exames e consultas entre os serviços. Todas as

ações de controle da doença (diagnóstico, busca de sintomáticos respiratórios, consulta de rotina, tratamento supervisionado e controle dos comunicantes) são de responsabilidade e devem ser realizadas pelas equipes generalistas da APS, contando com retaguarda da equipe especializada do PCT municipal.

Vitória (ES): a atenção aos doentes de TB é prestada por equipes especializadas do PCT alocados em 2 USF nos distritos de saúde municipais e pelo Ambulatório de Referência que atende os co-infectados TB/HIV em regime ambulatorial. Dois laboratórios realizam a análise dos exames. O município possui um sistema informatizado (TB NOTES) onde os resultados dos exames são armazenados, sendo possível o acompanhamento de informações sobre os casos notificados no município pelos profissionais de saúde que atuam no PCT.

João Pessoa (PB): a atenção aos doentes de TB é prestada por equipe do PCT em uma Unidade de Referência (UR). O resultado do exame laboratório pode demorar de 8-15 dias, não é informatizado e é fornecido por telefone quando o resultado para TB for positivo. No PCT os exames para diagnóstico são realizados na própria unidade.

Feira de Santana (BA): a atenção aos doentes de TB no município é prestada por equipe do PCT em uma UR. Os exames diagnósticos (baciloscopia de escarro e radiografia do tórax) podem ser realizados na UR, em duas das cinco policlínicas do município e no Hospital Geral (público). O exame de baciloscopia e cultura de escarro é levada para a UR pelo serviço de coleta ou pelo próprio doente. As unidades da AB do município não possuem local restrito para coleta do escarro e nem para o acondicionamento do material. Em média o resultado da baciloscopia fica pronto em 5 dias, e não é informatizado.

Natal (RN): A principal porta de entrada para indivíduos suspeitos de TB é o Hospital Giselda Trigueiro, onde o exame de escarro é solicitado, e a liberação do resultado é de 24 a 48 horas. O resultado do exame de baciloscopia de escarro realizado na AB é divulgado em 30 dias, e não é informatizado. Exames de radiografia são marcados pela Central de Regulação. Em relação ao sistema de informação do município, o SINAN é gerenciado pela Coordenação Municipal de Controle de TB e pelos coordenadores de cada Distrito Sanitário.

Foz do Iguaçu (PR): os resultados das baciloskopias na AB ficam prontos de 3 a 7 dias e não são informatizados e nem sempre são encaminhados à unidade de origem. Nos serviços de PA

e em serviços especializados, a realização do exame de baciloscopia e de raio-x é imediata, pois estes serviços contam com apoio laboratorial e serviço de radiologia no mesmo espaço físico. O tratamento para a doença e a supervisão medicamentosa pode ficar sob responsabilidade da unidade de saúde que encaminhou o caso ou no próprio PCT. Entretanto apenas cinco (15%) ESF realizam as atividades de diagnóstico, consulta mensal e tratamento supervisionado. Somente o PCT e hospital possuem acesso ao SINAN.

Pelotas (RS): as UBS realizam a coleta da amostra de escarro mas cabe ao indivíduo (suspeito de TB) levar a amostra ao Laboratório Regional da cidade. Nas unidades de Pronto Atendimento (PA) e no PCT o exame é pedido e coletado na própria unidade. A modalidade de acompanhamento medicamentoso do doente pelo PCT é o auto-administrado.

3.2. Seleção de entrevistados

A população do estudo foi constituída por 5 categorias de informantes quais sejam:

1) Doentes de TB em tratamento durante o período de coleta de dados (julho a dezembro de 2009), maiores de 18 anos, fora do sistema prisional e residentes nos municípios de estudo. Para seleção dos entrevistados, previamente à coleta, foi conduzido um levantamento dos doentes em tratamento nos locais de estudo utilizando dados do SINAN, do sistema de informação TB-WEB e/ou registros dos PCT municipais. A partir destas informações, os doentes que atendessem aos critérios de inclusão eram contatados e convidados para realização da entrevista. O tamanho da amostra mínimo estimada para cada município foi de 74 doentes, calculada através do programa Statistica (usando os comandos Several means, ANOVA, 1-Way) e considerando os parâmetros: número de municípios = 7; probabilidade do erro tipo I = 0,05; probabilidade do erro tipo II = 0,10; medida padronizada do tamanho do efeito = 0,2 (raiz quadrada da soma dos quadrados do efeito padronizado dividido pelo número de graus de liberdade do efeito - RMSSE); parâmetro não centralizado = 2,4 (ZAR, 2009). Considerando uma taxa de não resposta de aproximadamente 25%, obteve-se que no mínimo 98 doentes de cada município deveriam ser entrevistados.

2) Profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de AB, (UBS e USF) e PA nos municípios eleitos para estudo.

Inicialmente realizou-se o levantamento do número de UBS, USF e PA existentes nos municípios, de acordo com os dados fornecidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2009). Em seguida levantou-se o número de profissionais que atuavam na rede básica e pública em 2009 (CNES, 2009) sendo excluídos da amostra aqueles que trabalhavam predominantemente em estabelecimentos hospitalares e clínicas particulares. Os profissionais foram distribuídos por categoria profissional entre os tipos de serviço de saúde.

Assumindo como estimativa de variância das médias ($S^2=1$) valor proposto na literatura por Almeida e Macinko (2006) e a diferença entre a média amostral simples e a média da população (0,2) e probabilidade de erro tipo I igual a ($Z_{\alpha=5\%} = 1,96$) e poder do teste ($1 - \beta = 0,80$), estimou-se o tamanho da amostra visando comparar dois grupos com a seguinte equação:

$$n \text{ para cada amostra} = \frac{S_A^2 + S_B^2}{(\mu_A - \mu_B)^2} (t_\alpha + u_\beta)^2$$

Foi realizado um fator de ajuste para o tamanho amostral em um delineamento com duas amostras, no qual foi considerado que a amostra UBS + USF é “c = 2” vezes maior do que a PA devido ao grande número de unidades de UBS e USF (KIRKWOOD, 1988)

Para c = 2 o fator de ajuste foi de ¾. Assumiu-se 30% de perdas. Desta forma, tem-se: $N(PA) = \frac{3}{4} \cdot 63 = 48$ e $N(UBS+USF)=2 \times 48 = 96$. Assumindo 30% de perdas foram entrevistados 68 no PA e 137 nas (UBS + USF).

O processo de amostragem foi feito em dois estágios: primeiramente, o total de profissionais contabilizados em cada município foram sorteados por partilha proporcional a categoria profissional em cada tipo de serviço. A seleção das unidades de saúde onde os profissionais foram entrevistados foi realizada por meio de sorteio casual e simples, e caso o serviço de saúde sorteado não contemplasse o número necessário de entrevistados, foi realizado novo sorteio até que se completasse a amostra.

Em Ribeirão Preto, aceitaram responder o questionário, 90 profissionais das 46 UBS + 44 USF e 68 das unidades de PA e considerando $\alpha = 0,05$, o poder do teste calculado pelo programa Statistica foi de 86%.

3) Agentes comunitários de saúde (ACS): atuantes em serviços de USF e UBS nos municípios eleitos para o estudo. Inicialmente foi feito um levantamento do número de ACS que trabalhavam nos serviços de saúde de cada local em novembro de 2009 utilizando como

fonte de informação dados das SMS.

Em seguida calculou-se a amostra a partir dessa população base, constituindo uma amostra estratificada por distrito de saúde (exceto em João Pessoa, onde o estudo foi realizado em apenas um distrito por ser este o mais populoso, em expansão populacional e habitacional, concentrando um pólo comercial e econômico com baixa taxa de detecção de casos de TB) e realizada a partilha proporcional de acordo com a quantidade de ACS por distrito.

Assumindo variância média dos estratos ($S_d^2=1$) valor proposto na literatura por Almeida e Macinko (2006), a diferença entre a média amostral simples dos estratos e a média da população ($B=0,2$) e probabilidade do erro tipo I igual a ($Z_\alpha=1,96$), tem-se a equação $n=S_d^2.(Z_\alpha)^2/B^2=96$ (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Somado a amostra, previu-se uma taxa de não resposta de aproximadamente 10%.

Foi realizado um sorteio casual simples dos serviços de saúde onde os ACS deveriam ser entrevistados. Em alguns serviços, não foi possível esgotar o número de entrevistas, uma vez que alguns ACS encontravam-se de férias ou em licença médica, impossibilitando o contato com estes sujeitos. Nesse caso, um novo sorteio foi realizado até que se completasse a amostra.

Em João Pessoa, a amostragem deu-se de forma aleatória simples na qual os ACS foram sorteados nas 53 USF do distrito de saúde em estudo.

4) Gestores: de unidades de saúde da rede básica do município selecionados para o estudo. Em Ribeirão Preto, 39 gerentes de serviços de AB no município foram os sujeitos do estudo, sendo que a composição da amostra foi de 17 (43,6%) dos gerentes dos cinco distritos sanitários do município, sorteados aleatoriamente sendo dois da Unidades Básicas Distritais de Saúde – Pronto Atendimento (UBDS-PA), oito de Unidades Básicas de Saúde com Programas de Agentes Comunitários (UBS/PACS), dois de UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), três de UBS e dois de ESF. O critério de inclusão era de ter no mínimo um ano de experiência no cargo, tendo como critério de exclusão aqueles gerentes que após mais de três contatos telefônicos se recusaram a agendar entrevista. Em João Pessoa (PB), foram entrevistados trabalhadores em saúde integrantes de equipes gestoras responsáveis pela organização dos serviços de saúde na SMS. Foram entrevistados 16 (100%) dos gestores que atuam na AB. Utilizou-se como critério de inclusão gestores que atuam com experiência mínima de uma ano junto as Unidades Integradas da Estratégia Saúde da Família.

5) Sociedade civil: foram sujeitos da pesquisa representantes de ONGs que atuam na temática da TB, parlamentares da câmara de vereadores e da assembléia legislativa que integram a “Frente Parlamentar de Luta Contra HIV-aids e TB” e representantes do movimento comunitário que atuam no controle da doença no estado do Rio de Janeiro. A amostra foi definida de forma intencional (ou proposital), de forma a buscar apreender e entender os casos selecionados sem intenção de generalização para todos os casos possíveis (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004) totalizando 21 sujeitos. A coleta de dados teve como ponto de partida os representantes das ONGs previamente identificados como sujeitos-chave da pesquisa, para então, utilizando a técnica de “bola de neve”, ir formando a amostra intencional. O mesmo procedimento foi adotado para os parlamentares e para os representantes do movimento comunitário. Após cada entrevista foi solicitado ao entrevistado indicação de atores-chave que preenchessem os requisitos e poderiam aportar informações sobre o objeto de estudo.

Abaixo encontra-se Tabela especificando o ator estudado em cada município e o número de entrevistas realizadas.

Ator estudado	Município	Entrevistas realizadas
Doentes de TB	Ribeirão Preto	101
	São José do Rio Preto	100
	Vitória	101
	João Pessoa	101
	Feira de Santana	100
	Foz do Iguaçu	101
	Pelotas	102
Profissionais	Ribeirão Preto	158
	Vitória	176
Agentes Comunitários em Saúde	Ribeirão Preto	108
	João Pessoa	108
	Natal	108
Gestores	Ribeirão Preto	17
	João Pessoa	16
Sociedade Civil	Rio de Janeiro	21

Tabela 1. Número de entrevistas realizadas segundo o tipo de ator estudado e município, 2009.

3.3. Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2009 por meio de fontes primárias (entrevistas com doentes, profissionais de saúde, ACS, gestores e representantes da sociedade civil organizada) e secundárias (prontuários e sistemas de informação - SINAN, WEB-TB, HYGIA).

Foram encontrados os seguintes aspectos facilitadores e/ou dificultadores para a coleta de dados:

Facilidades encontradas na coleta de dados:

- Parceria com os serviços de saúde e apoio das equipes de saúde locais na localização e agendamento dos doentes;
- Bom entrosamento do grupo de pesquisadores;
- Designação de um coordenador por local de estudo;
- Reuniões periódicas para discussões operacionais da coleta;
- Participação ativa de graduandos e pós-graduandos na coleta de dados;
- Uso de planilhas para monitoramento e comunicação do grupo;
- Assessoria em pesquisa quantitativa e qualitativa em todas as fases do projeto de pesquisa.
- Colaboração de alguns municípios na coleta de dados com disponibilização de motoristas dos serviços de saúde para transporte em algumas visitas aos serviços de saúde ou domicílio do doente;
- Fornecimento de vale transporte aos doentes para comparecer aos serviços de saúde para a entrevista;
- Disponibilização do acesso aos prontuários eletrônicos dos doentes no Hygia-WEB mediante carta de solicitação ao gestor do serviço de saúde (acesso restrito) em RP.

Dificuldades encontradas na coleta de dados:

- Obter a amostra mínima necessária de doentes de TB (alguns municípios não dispunham do número mínimo de doentes na época da coleta de dados);
- Necessidade de estender o período de coleta de dados para atender a amostra mínima necessária;
- Doentes não compareciam à unidade para entrevista pré-agendada;

- Doentes não residiam mais no endereço cadastrado ou endereços incorretos;
- Algumas entrevistas realizadas em domicílio de difícil acesso devido à distância (periferia urbana, MST, Favelas) e violência (narcotráfico, assalto);
- Horário de coleta ser o mesmo do horário de trabalho dos doentes dificultou o encontro com os mesmos, necessitando realizar a entrevista nos finais de semana;
- Recusa em participar da pesquisa devido ao estigma.
- Possível viés de memória por parte dos doentes ao informarem o tempo de diagnóstico e o primeiro serviço de saúde procurado;
- Dificuldades quanto à indisponibilidade de horário para entrevistas por sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e gestores entrevistados;
- Desinteresse de alguns profissionais, tanto do PA quanto das Unidades de Atenção Básica, em participar da pesquisa;
- Necessidade de realização de entrevistas no PA com profissionais de saúde no período da noite por ser o horário com menor demanda;
- Os homônimos encontrados dificultaram a busca no sistema de informação Hygia-WEB, o que exigiu maior atenção por parte dos pesquisadores no momento da coleta de dados, tendo então, que lançar mão de outras informações, tais como, nome da mãe e data de nascimento, para de fato ter certeza que se tratava do doente de TB em questão;
- Números de prontuários incorretos obtidos no TB-WEB também dificultaram a busca pelo doente no sistema de informação Hygia-WEB.

Abaixo serão apresentados os procedimentos de coleta de dados realizados para cada ator estudado:

- DOENTES:

O instrumento de coleta de dados do doente foi baseado no Primary Care Assessment Tool (PCAT) (ALMEIDA; MACINKO, 2006 e VILLA; RUFFINO NETTO, 2009) com ênfase nas dimensões porta de entrada, acesso, enfoque na família e comum idade e elenco de serviços adaptados para o estudo do acesso ao diagnóstico

Inicialmente foi realizado um estudo piloto dos questionários dos doentes envolvidos no estudo. Após o teste, as sugestões de adequação dos questionários foram discutidas coletivamente com os grupos de todos os locais de estudo por meio de videoconferência em três reuniões e os questionários foram adequados. Antes do início da coleta de dados, foram

enviados ofícios comunicando a realização da pesquisa nos municípios do estudo solicitando a cooperação dos mesmos para contato com os informantes do estudo para as entrevistas.

Também realizou-se um treinamento dos entrevistadores conduzido pela coordenação geral do projeto em Ribeirão Preto-SP que envolveu todos os locais participantes da pesquisa por meio da videoconferência, onde foi discutido o manual e roteiro das entrevistas e a forma de preenchimento dos questionários específicos de cada ator, possibilitando esclarecer dúvidas e identificar peculiaridades das questões de cada ator a ser entrevistado. Após as entrevistas, os questionários eram revisados, a fim de identificar lacunas no preenchimento de alguns dados.

Para as entrevistas dos doentes, utilizou-se um instrumento de coleta que contemplou questões referentes às características sócio-demográficas e questões procuraram recuperar o trajeto do mesmo desde o momento em que apresentou sinais e sintomas da TB, se sentiu doente, desejando obter cuidado de saúde até a procura pelos serviços de saúde, o diagnóstico e início do tratamento, buscando identificar aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico por parte do doente e do serviço de saúde.

O entrevistado respondeu as perguntas do questionário segundo escalas de classificação variadas como dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e de somatória (escala Likert). Na escala Likert, os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

As entrevistas com os doentes foram realizadas por meio de um agendamento, via telefone ou através dos próprios profissionais dos serviços. O local e o horário da aplicação do questionário foram escolhidos pelo doente. Quando realizada na própria unidade de saúde, a entrevista foi feita em local que proporcionasse privacidade ao entrevistado.

Em Ribeirão Preto, adicionalmente, realizou-se um estudo para identificar a trajetória e os serviços de saúde percorridos pelo doente desde o início dos sintomas até o diagnóstico da TB utilizando o sistema municipal de informação de registros Hygia-WEB, que opera nas unidades da rede básica em um único banco de dados, contendo os prontuários eletrônicos dos pacientes de toda a rede, além de informações oriundas dos laboratórios públicos.

- **PROFISSIONAIS DE SAÚDE:** Para as entrevistas dos profissionais de saúde utilizou-se um questionário estruturado e preenchido um roteiro de observação do serviço de saúde no formato check list. O questionário continha questões que seguem o referencial de avaliação dos componentes dos serviços de saúde: estrutura-processo-resultado.

Os entrevistados responderam cada pergunta com respostas dicotômicas, abertas ou segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre 1 e 5, permitindo registrar o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações. Também se atribuiu o valor zero para resposta não sei e o valor 99 para a opção não se aplica.

Para o levantamento dos materiais e equipamentos necessários ao diagnóstico da TB disponíveis nas unidades de saúde onde trabalham os profissionais que participarão da coleta de dados, foi utilizado um roteiro de observação no formato Check List elaborado de forma a fornecer informações quanto à disponibilidade de formulário para pedido de baciloscopia, pote para coleta de escarro, geladeira para acondicionamento dos exames de escarros coletados e livro de sintomáticos respiratórios; acessibilidade do pote de escarro; existência de apoio laboratorial; existência de rotina sistematizada para o atendimento dos usuários sintomáticos respiratórios e existência de um profissional de referência para a TB.

- **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:** Para as entrevistas com os ACS utilizou-se um instrumento elaborado com base em estudos anteriores e similares, que trouxeram subsídios para a construção de indicadores relacionados à Busca de Sintomático Respiratório (BSR) de TB na prática do ACS (MUNIZ et al, 2005; NOGUEIRA et AL, 2007; MACIEL et AL., 2008). O instrumento foi dividido em duas sessões: a primeira referente à percepção do ACS quanto ao seu preparo para a BSR e a segunda referente as ações realizadas do ACS para BSR. O entrevistado respondeu cada pergunta com respostas dicotômicas, qualitativas ordinais e uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre 1e 5. Os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações, sendo que os mesmos foram considerados insatisfatórios para os valores médios próximos de 1 e 2, valores próximos de 3 - regular e valores próximos de 4 e 5 - satisfatórios.

Para coletar informações quanto à aspectos estruturais e organizacionais do serviço utilizou-se o instrumento de check list, elaborado para obter informações quanto à disponibilidade dos materiais e equipamentos necessários para a realização do diagnóstico da TB nas unidades de saúde onde trabalhavam os ACS que participaram da coleta dos dados (p. ex. formulário para pedido de baciloscopia, pote para coleta de escarro, geladeira para acondicionamento dos exames de escarros coletados e livro de sintomáticos respiratórios; existência de apoio laboratorial; existência de rotina sistematizada para o atendimento dos usuários SR e existência de um profissional de referência para a TB). Tal instrumento foi

preenchido com informações a partir da observação *in loco* dos pesquisadores no serviço e complementadas, quando necessário, por responsável pela unidade.

- **GESTORES e SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA:** Para a coleta de dados dos gestores e sociedade civil foi realizada técnica de entrevista semi-estruturada, registrada com auxílio de um gravador digital. Para as entrevistas realizadas com os gestores, partiu-se da seguinte questão norteadora “Como o retardo do diagnóstico da TB é percebida pelos gerentes da AB?”. Já para as entrevistas com os membros da sociedade civil organizada, partiu-se da seguinte questão norteadora “Como o retardo do diagnóstico da TB é percebida pela sociedade civil organizada?”. Para ambos estudos foram construídos instrumentos com perguntas semi-estruturadas que permitissem os sujeitos discorrerem sobre as possíveis causas de retardo do diagnóstico da TB, do ponto de vista da gestão e da sociedade civil organizada.

3.4. Plano de análise

Os dados quantitativos foram armazenados e analisados no Software Statistica 9.0 da Statsoft. Os dados qualitativos foram transcritos e analisados com o software Atlas T.I. A seguir, apresenta-se o plano de análise por tipo de ator estudado:

- **DOENTES:** De modo geral foram realizados dois tipos de estudo com os dados encontrados a partir das entrevistas: análise dos fatores relacionados aos doentes e fatores relacionados aos serviços de saúde que podem interferir no retardo do diagnóstico da TB.

Inicialmente foi calculado o tempo de diagnóstico relacionados ao doente (período entre o início dos sintomas e a primeira procura por um serviço de saúde) e aos serviços de saúde (período entre o primeiro atendimento em um serviço de saúde até a realização do diagnóstico). Estabeleceu-se a mediana como valor mais adequado para a caracterização desses tempos, uma vez que estas variáveis possuem uma distribuição assimétrica, e, por meio desta medida foi possível evitar o efeito de valores aberrantes.

Para a análise dos fatores relacionados aos doentes foram selecionados *variáveis do perfil do indivíduo adoecido por TB* (sexo; idade; raça; estado civil; crença ou religião; escolaridade; situação empregatícia; renda mensal da família; uso de bebidas alcoólicas; tabagismo; nível de conhecimento sobre a TB entre os pacientes; sintomas sentidos pelo doente; percepção em relação à gravidade dos sintomas sentidos; co-infecção pelo HIV;

forma clínica da TB; tipo de caso) e *variáveis sobre os hábitos de utilização dos serviços de saúde* (frequência com que procurava preventivamente por serviços de saúde antes da TB; tipo de unidade procurada primeiro pelo doente; procura pela unidade mais próxima de casa).

Para a análise dos fatores relacionados aos serviços de saúde selecionaram-se *variáveis relacionadas ao primeiro serviço de saúde procurado pelo doente* (tipo de primeiro serviço de saúde procurado; tempo para obtenção de consulta; hipótese diagnóstica realizada; exames solicitados; encaminhamento do doente para realização de exames em outros serviços; número de vezes que procurou pelos serviços de saúde para descobrir que tinha TB e realização do diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado).

Os dados foram analisados por meio de medidas descritivas. Para analisar os fatores de retardo relacionados aos serviços de saúde também construiu-se três grupos de tipos de serviços e utilizou-se testes de qui-quadrado para proporções com análise de resíduo:

- **Unidades de Atenção Básica (AB):** compreendem as UBS e USF. Caracterizam-se por atender uma demanda espontânea e programada da população adscrita à unidade de saúde, e de acordo com os princípios de territorialização, a partir do qual fazem o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Desenvolvem, principalmente, atividades ligadas à saúde da mulher, da criança e programas como o de diabetes e hipertensão. Funcionam em horário comercial, de segunda à sexta-feira, com equipe generalista que dispõem de recursos de baixa complexidade tecnológica para o atendimento dos usuários. Algumas UBS possuem PACS responsáveis por uma micro área.
- **Pronto-atendimento (PA):** caracteriza-se pelo atendimento de casos que procuram espontaneamente a unidade de saúde em situações agudas ou crônico-agudizadas. Atende a população (do distrito sanitário, assim como livre demanda. Baseia sua lógica de atendimento na queixa-conduta, funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, atende com equipe emergencialista e dispõe de média densidade tecnológica para o atendimento aos usuários (Raio-X e laboratórios, por exemplo).
- **Serviços Especializados:** compreendem os consultórios particulares, hospitais e ambulatórios de especialidades ou de referência e os PCT. Estes serviços atendem uma demanda programada, ou seja, necessitam de agendamento e o usuário precisa ser encaminhado por meio de carta de referência (exceto, consultórios particulares e hospitais particulares) a partir de alguma unidade de AB ou PA. São serviços que dispõem de uma alta densidade tecnológica e equipes especializadas. O horário de funcionamento é comercial, de segunda a sexta-feira, exceto para os hospitais, que funcionam 24h por dia, todos os dias da semana.

Para um dos estudos realizados em Ribeirão Preto utilizou-se fontes primárias: entrevista com o doente de TB em tratamento e fontes secundárias: informações registradas no sistema estadual de notificação de TB (TBWEB) e o sistema de prontuários eletrônicos do município (Hygia WEB), obtendo-se os seguintes dados: *serviços de saúde da rede municipal nos quais os doentes foram atendidos (primeiro serviço de saúde procurado até o diagnóstico); número de vezes que precisou ir aos serviços de saúde até o diagnóstico; número e categorias profissionais que atenderam o suspeito até o diagnóstico; exames solicitados em cada tipo de serviço; tempo transcorrido desde a primeira procura pelo serviço de saúde até o diagnóstico.*

Essas variáveis também foram analisadas a partir de técnicas de estatísticas descritiva, como distribuição de frequência, média, desvio-padrão, medianas e quartis e foi elaborado um esquema do percurso do doente desde o primeiro serviço de saúde procurado até o diagnóstico, a fim de permitir uma melhor observação desta trajetória.

- PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Na análise dos dados, foram criados indicadores de estrutura, processo e resultado, a partir do cálculo de proporção e média de algumas variáveis:

DIMENSÃO	INDICADORES
ESTRUTURA	Proporção de unidades de saúde com raio-X
	Proporção de unidades de saúde com geladeira para armazenamento da baciloscopia
	Proporção de unidades de saúde com formulário para solicitar baciloscopia
	Proporção de unidades de saúde com pote para coleta de escarro
	Proporção de profissionais que se sentem preparados para identificar suspeitos de TB
	Frequência que o serviço tem disponibilidade suficiente de profissionais de saúde no serviço ^{*∞}
	Frequência que o serviço tem rotatividade de profissionais ^{*Ω}
	Frequência que os profissionais sentem sobrecarga de trabalho ^{*Ω}
PROCESSO	Condição do local destinado para a coleta de escarro no serviço de saúde ^{*π}
	Proporção de PS que realiza a anamnese de um caso suspeito de TB
	Proporção de PS que solicita baciloscopia a um caso suspeito de TB
	Proporção de médicos que solicita raio X a um caso suspeito de TB
	Proporção de profissionais da equipe de enfermagem que encaminham um caso suspeito de TB ao médico
	Proporção de médicos que encaminham um caso suspeito de TB a outro serviço de saúde
	Qualidade do tempo que o profissional destina para atender os usuários ^{*π}
	Frequência que os profissionais sentem dificuldade para falar sobre a TB com o paciente ^{*Ω}
	Frequência que os profissionais sentem dificuldade para convencer o paciente a colher escarro ^{*Ω}

	Frequência que os profissionais sentem dificuldade para preencher pedidos de exame* ^Ω
	Frequência que os profissionais se sentem responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB* ^Ω
	Frequência que os profissionais da atenção básica realizam busca ativa de sintomáticos respiratórios* [∞]
	Frequência que os profissionais da atenção básica realizam visitas domiciliares na área de abrangência para a entrega de pote para coleta de escarro* [∞]
	Frequência que os profissionais da atenção básica realizam orientações relacionadas à TB na comunidade* [∞]
	Frequência que os profissionais da atenção básica solicitam a participação da comunidade para discutir sobre TB* [∞]
	Frequência que os profissionais da atenção básica realizam ações intersetoriais para entrega de pote de escarro* [∞]
RESULTADO	Proporção de sintomáticos respiratórios examinados segundo número de sintomáticos respiratórios estimados**
	Proporção de diagnósticos de TB realizados segundo o número de casos esperados***

Legenda: US – unidade de saúde; PS – profissional de saúde; TB - tuberculose.

Notas:

*Questões com escala Likert de resposta (escores de 1 a 5 - O desempenho foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores: aos valores próximos de 1 e 2 foi estipulado a classificação de desempenho não-satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatório)

[∞] Escala de resposta – 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre.

^Ω Escala de resposta – 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

^π Escala de resposta – 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 – regular; 4 – bom; 5 – muito bom;

**O número de sintomáticos respiratórios estimados foi calculada de acordo com a seguinte proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010): 1% dos atendimentos realizados a maiores de 14 anos nas Unidades de Saúde da Família; 5% dos atendimentos realizados a maiores de 14 anos nas Unidades Básicas de Saúde; 8% dos atendimentos a maiores de 14 anos realizados no PA.

***O número de casos esperados foi calculado a partir da seguinte fórmula: $0,04 \times \text{número de sintomáticos respiratórios estimados} / 0,55$.

Os indicadores foram analisados individualmente e entre as unidades de saúde, utilizando intervalos de confiança para médias e proporções.

- **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:** inicialmente foram construídos indicadores para analisar o preparo (*identificação dos suspeitos de TB; orientação sobre TB e sobre a coleta de baciloscopia*) e as ações desenvolvidas pelos ACS para a BSR (*suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB; leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; ensina o usuário a coletar o escarro; ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; participa de discussões sobre as ações de controle da doença; questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que morram com o doente; questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; orienta as pessoas da comunidade sobre TB e realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar SR*).

Com o objetivo de investigar a influência do tempo de atuação do ACS sobre estes indicadores, a amostra foi estratificada de acordo com a mediana em dois grupos: (a) ACS com menos de 9 anos de atuação; (b) com 9 anos ou mais de serviço.

Para analisar a influência do número de doentes acompanhados pelos ACS sobre estes indicadores, a amostra foi estratificada em dois grupos de acordo com a mediana: (c) ACS que não acompanhou nenhum doente de TB e (d) que acompanhou 1 ou mais doentes de TB.

Para a análise da influência da participação em treinamentos relacionados à TB sobre estes indicadores, a amostra foi estratificada em mais dois grupos: (e) ACS com nenhum treinamento em TB e (f) ACS com treinamento.

Realizou-se o cálculo das proporções, médias e intervalos de confiança dos indicadores que apresentaram escala Likert de resposta.

Em Ribeirão Preto também investigou-se o número de baciloscopias de diagnóstico solicitadas pelas unidades de saúde em estudo a partir do laboratório municipal. Para avaliar a atividade da BSR por meio dos indicadores sugeridos pelo MS, 2010, optou-se pelo cálculo da proporção de SR examinados. Adotou-se o número de SR que se espera encontrar em um determinado período de tempo de acordo com o parâmetro nacional apregoado de 1% da população (MS, 2010).

O projeto realizado em Natal teve o objetivo de analisar o acesso dos SR aos serviços de saúde e a estrutura das unidades de AB, na perspectiva do ACS, utilizando as variáveis: *horário de funcionamento da unidade de saúde; necessidade de transporte motorizado; recusa da coleta de BSR; motivos que causam a recusa da BSR; disponibilidade de formulários para solicitação do exame de escarro; pote para coleta; educação do SR para realização da coleta; disponibilidade de local adequado para o armazenamento do pote de escarro; retaguarda laboratorial responsável; frequência de coleta das amostras de escarro pelo laboratório; presença de profissional que responda pelas ações de TB na unidade*, analisadas de forma descritiva.

- **GESTORES e SOCIEDADE CIVIL:** inicialmente os depoimentos foram gravados com o auxílio de gravador portátil e MP4 e transcritos e organizados com uso do *software* Atlas.ti (versão 6.0) e suas ferramentas para codificar as falas segundo as categorias de análise. Este *software* permite a organização e o tratamento dos indicadores por meio de códigos, bem como a criação de redes conceituais, permitindo ao pesquisador manter o foco de sua pesquisa com a análise de cada figura. Assim, agrupou-se de todos os documentos primários (*Primary Documents*) em um único projeto denominado unidade hermenêutica

(HU), no qual é possível explorar e interpretar as informações. Ele é utilizado estrategicamente, para que se mantenha focado nos dados pela visualização das figuras, que propiciam a análise de forma intuitiva, encontrando, às vezes, até respostas e questões consideradas relevantes que anteriormente passaram despercebidas. Partindo-se da questão de investigação, a interpretação das falas resultou na construção de blocos discursivos.

Para interpretação das informações, utilizou-se como referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD), de matriz pêcheuxtiana. Utilizou-se como expoente Eni Puccinelli Orlandi, para trabalhar com a compreensão e produção dos sentidos dos discursos dos gerentes dos serviços de saúde da AB e da sociedade civil organizada. A AD trabalha a relação língua-discurso-ideologia, pois concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social (ORLANDI, 2009). Segundo Pêcheux (1975): “Não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia. O indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido”. Inicia-se a AD visando compreender como um objeto simbólico produz sentidos, por meio da configuração do corpus, delineando seus limites, fazendo recortes, na mesma medida em que se vai pensando um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções, pois a AD tem um movimento de ir e vir constante entre teoria, consulta ao corpus e análise. Esse procedimento se dá ao longo de todo o trabalho. Ressalta-se que as palavras refletem sentidos de discursos já realizados, imaginados ou possíveis, sendo dessa forma que a história se faz presente na língua (ORLANDI, 2009).

(DES)IGUALDADE

No país,
a desigualdade de distribuição de riquezas;

Das pessoas,
a desigualdade de acesso a educação,
a desigualdade de acesso aos serviços de saúde,
a desigualdade de acesso aos alimentos
a desigualdade de acesso às moradias;

Explica nas pessoas,
a desigualdade das modalidades de vida,
a desigualdade da distribuição de bens,
a desigualdade de distribuição de saúde,
a desigualdade de distribuição de riscos,
a desigualdade de distribuição das doenças;

Explica entre as pessoas,
aquilo que se chama injustiça,
gerador de infelicidade,
falta de paz e harmonia
e portanto... intranquilidade.

E juntas, tantas desigualdades,
clamam por uma postura única, igualdade
de objetivos para todos aqueles
que sentem um mínimo de dignidade.

E a postura única deverá ser:
de falar e divulgar,
de expressar e revelar,
de exprimir e delatar,
de divergir e proclamar,
de destoar e denunciar,
de gritar e acusar,
tais desigualdades,
e lutar, e combater e brigar,
e pelejar, e divergir e pugnar
e despender todas as forças na luta
enquanto aquelas teimam em existir e ficar

Luta incessante

para que haja igualdade de entendimentos,
para que haja igualdade de condições de trabalho,
para que haja igualdade de direitos,
para que haja igualdade de modos decentes de viver,
para que haja igualdade de modos dignos de morrer.

E somente assim

com distribuição de igualdades,
teremos alcançado a justiça,
base da harmonia e paz,
efetuado a conquista irreversível
do almejado e tão esperado
direito a vida com tranquilidade.

Antonio Ruffino Netto
19.11.90

CAPITULO II

**DOENTES
RESULTADOS E CONCLUSÕES**



1. DOENTES

1.1. RIBEIRÃO PRETO - SP

No período da coleta havia 113 doentes de TB em tratamento, dos quais 2 não atendiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos, 4 se recusaram a participar do estudo e 6 não foram localizados. Assim, permaneceram no estudo 101 doentes de TB, seguidos nos cinco ambulatorios onde funcionam o PCT na cidade e 2 doentes seguidos pelo Hospital das Clínicas da FMRP.

A maioria dos doentes (68,3%) eram do sexo masculino, com idade média de 41,4 anos, ($dp=15,48$) e idade máxima de 82 anos. Uma grande parte dos doentes considerava-se da raça branca (45,5%), eram casados ou viviam em uma união estável (40,6%) e católicos (59,4%). A maioria dos doentes (96%) moravam na zona urbana e em residências (95%), todavia 2% declararam ser moradores de rua.

Observou-se, entre os doentes, uma baixa escolaridade, sendo que 55,5% possuíam de zero a oito anos de estudo incompletos, 37,6% não possuem atividade profissional remunerada, sendo destes 32,7% desempregados e 4,9% do lar.

O rendimento médio familiar dos doentes de TB encontrado foi de 2,3 salários mínimos (SM), com $dp=2,3$, sendo que 54,4% dos doentes estão nesta faixa salarial, três não souberam informar sua renda. O número médio de pessoas que se declararam dependentes desta renda foi de 4,1 ($dp=2,2$), sendo encontrado um número máximo de 12 pessoas consideradas dependentes deste rendimento.

Quanto à forma clínica da TB, 77,2% dos doentes eram TB pulmonar, predominando o tipo de caso como sendo caso novo, 93%; e 85% não apresentam co-infecção com o vírus do HIV para a TB.

1.1.1. A busca por cuidados em saúde para o diagnóstico da TB entre doentes de Ribeirão Preto: estudo descritivo, 2009

Aline Ale Beraldo¹, Aline Aparecida Monroe¹, Anneliese Domingues Wysocki¹, Érika Simone Pinto¹, Beatriz Estuque Scatolin¹, Reinaldo da Silva-Sobrinho¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Antonio Ruffino Netto², Pedro Fredemir Palha¹, Lucia Marina Scatena³, Tereza Cristina Scatena Villa¹.

Dos 101 doentes entrevistados, quatro não souberam responder quantos dias demoraram para procurar por um serviço de saúde a partir do momento que perceberam os sinais e sintomas da TB, e três não sabiam qual foi o primeiro serviço de saúde procurado e por esse motivo foram excluídos dos cálculos relacionados ao tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas, e a procura por um serviço de saúde. Essa mediana foi de 15 dias, sendo que 75% destes, demoraram até 30 dias para buscar por um primeiro serviço (Figura 2).

A Tabela 3 demonstra o perfil, sócio-demográfico, econômico e clínico e o tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas, e a procura por um primeiro serviço de saúde.

Aqueles cuja renda familiar era de até 2 SM (55,3%), a mediana de tempo foi de 18 dias, enquanto 75% dos doentes sem rendimento (5,3%) e os com renda entre 2 a 5 SM, levaram 15 dias para ir em busca do primeiro serviço de saúde e 75% dos que possuíam renda familiar maior que 5 SM (6,4%) demoraram 60 até dias.

Com relação ao tipo de caso, os casos novos (92,6%) a mediana de atraso foi de 15 dias e os que estavam em tratamento após abandono (2,1%) não tiveram atraso.

Com relação ao tipo de serviço de saúde onde realizava consultas de rotina antes da TB, os que procuravam os serviços de AB (37,2%), demoraram até 10 dias, os que não realizavam demoraram até 30 dias. 75% dos que procuraram a AB, os serviços especializados, e os que não realizavam as consultas de rotina, demoraram até 30 dias.

Em se tratando do uso de bebida alcoólica (78,7%), a mediana para procura dos serviços de saúde pelos doentes foi de 15 dias. Entre os 21,3% dos pacientes que referiram não fazer uso de bebida alcoólica, demoraram 20 dias e 75% destes demoraram até 38 dias para procurar o serviço de saúde.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

E-mail: li_aab@yahoo.com.br

Quanto ao conhecimento sobre TB antes do diagnóstico, 66% tinham conhecimento precário, com mediana de 15 dias, já os que tinham conhecimento satisfatório (34%) tiveram mediana de 21 dias, e 75% de ambos demoraram até 30 dias para a primeira procura.

Em se tratando dos que procuraram por serviço de saúde mais próximo do domicílio quando começou a ficar doente de TB (53%) a mediana foi de 20 dias, enquanto os que não procuraram os serviços de saúde mais próximo, tiveram mediana de 12 dias. 75% dos que procuram pelo mais próximo demoraram até 30 dias, e os que não procuram demoraram 21 dias.

Em se tratando de transporte motorizado, 83% referiram utilizar, e tiveram mediana de 15 dias, já os que não utilizaram (17%), tiveram mediana de 25 dias. 75% dos que não utilizaram transporte motorizado demoraram até 75 dias.

Com relação a gasto com transporte para ir ao serviço de saúde, 58,5% tiveram gasto e mediana foi de 15 dias, os que não tiveram gasto (41,5%) tiveram mediana de 20 dias, e 75% de ambos demoraram até 30 dias.

Com relação a pagamento para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que descobriu a TB, 92,6% não pagaram e tiveram mediana de 15 dias, já os que pagaram (7,4%) tiveram mediana de 20 dias, 75% de ambos demoraram até 30 dias.

Quanto a receber ajuda financeira para realizar consultas ou exames de rotina, 78,7% não receberam e tiveram mediana de 15 dias, já os que obtiveram (21,3%), a mediana foi de 20 dias, e 75% de ambos demoraram até 30 dias.

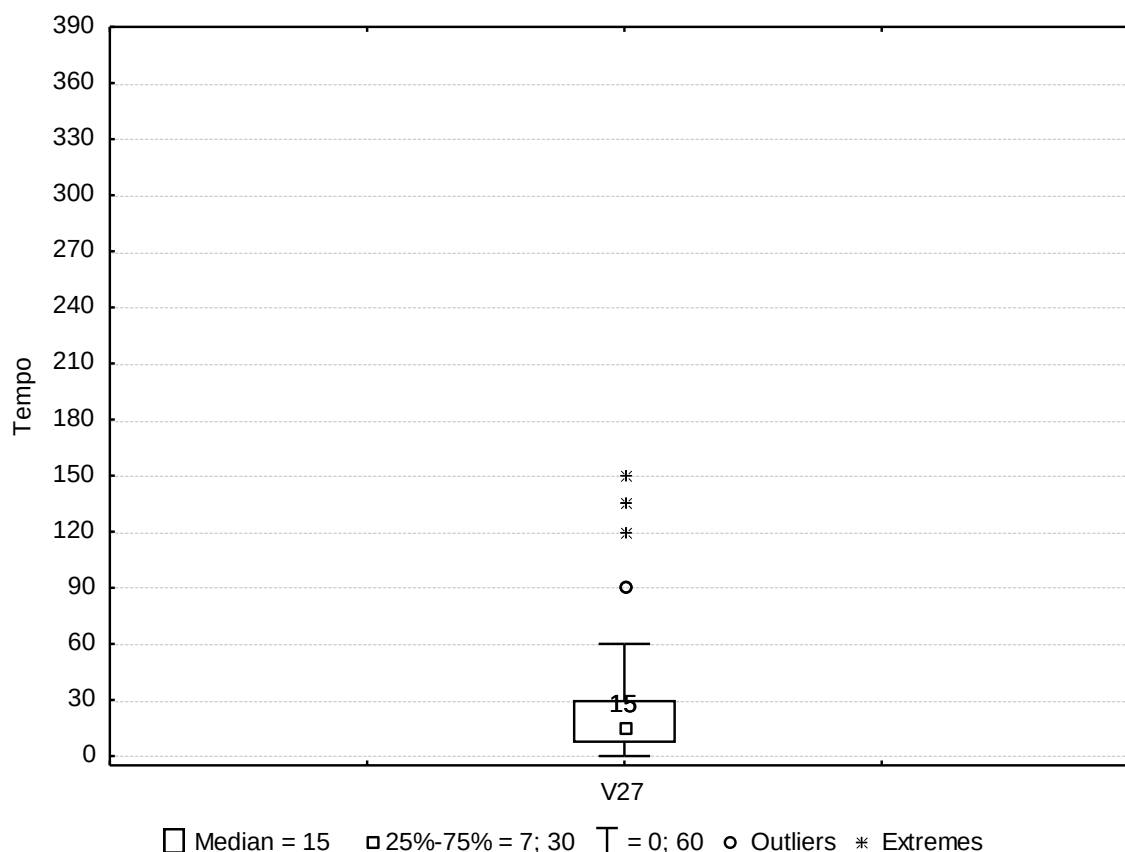


Figura 2. Tempo do início dos sintomas da TB, e a procura pelo primeiro atendimento em um serviço de saúde no município de Ribeirão Preto, 2009.

Tabela 3. Perfil sócio-demográfico, econômico e clínico relacionados aos doentes de TB e o tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

Variáveis sócio-demográficas, econômicas e clínicas dos doentes de TB	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde			
	N	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75
Sexo				
Feminino	29,0	(30,9)	14,0	[7; 30]
Masculino	65,0	(69,1)	15,0	[7; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Faixa Etária				
18 a 40 anos	44,0	(46,8)	14,0	[7; 30]
41 a 59 anos	40,0	(42,6)	15,0	[6; 30]
Acima de 60	10,0	(10,6)	15,0	[6; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Estado Civil				
Solteiros	35,0	(37,2)	20,0	[7; 30]
Casados/união estável	38,0	(40,4)	14,0	[3; 30]
Divorciados/separados	14,0	(15,0)	18,0	[7; 30]
Viúvos	7,0	(7,4)	7,0	[0; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Raça				
Branco	41,0	(43,6)	15,0	[3; 30]
Negros	25,0	(26,6)	14,0	[7; 16]
Pardos	28,0	(29,8)	18,0	[7; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		

Religião				
Católicos	58,0	(25,5)	16,0	[7; 30]
Evangélicos	24,0	(61,7)	7,0	[4; 38]
Sem religião	12,0	(12,8)	15,0	[1; 25]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Escolaridade				
Sem Escolaridade	61,0	(64,9)	15,0	[7;30]
Com escolaridade	33,0	(35,1)	15,0	[3; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Situação Empregatória				
Com remuneração	60,0	(63,8)	15,0	[5; 30]
Sem remuneração	34,0	(36,2)	15,0	[7; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Renda em Salário Mínimo				
Sem Renda	5,0	(5,3)	15,0	[7;15]
Até 2 SM*	52,0	(55,3)	18,0	[6; 30]
De 2 SM a 5 SM	31,0	(33,0)	15,0	[7; 30]
Acima de 5 SM	6,0	(6,4)	9,0	[3; 60]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Forma Clínica da Doença				
Pulmonar	75,0	(79,8)	15,0	[7; 30]
Extrapulmonar	16,0	(17,0)	14,0	[3; 23]
Pulmonar + extrapulmonar	3,0	(3,2)	7,0	[0; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Tipo de caso				
Casos novos	87,0	(92,6)	15,0	[7; 30]
Recidiva/retratamento	5,0	(5,3)	3,0	[2; 20]
Tratamento após Abandono	2,0	(2,1)	0,0	[0; 0]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Co-infecção TB/HIV				
Sim	15,0	(16,0)	7,0	[2; 15]
Não	79,0	(84,0)	15,0	[7; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Local que costumava procurar antes da TB				
Serviços de Saúde	65,0	(69,1)	15,0	[7; 30]
Farmácia	5,0	(5,3)	7,0	[3; 14]
Outros Locais	24,0	(25,5)	18,0	[7; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Realização de controle preventivo de saúde antes da TB				
Sim	57,0	(60,6)	15,0	[7; 30]
Não	37,0	(39,4)	15,0	[4; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Uso de bebidas alcoólicas				
Sim	74,0	(78,7)	15,0	[5; 30]
Não	20,0	(21,3)	20,0	[7; 38]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Uso do tabaco				
Sim	61,0	(64,9)	15,0	[7; 30]
Não	33,0	(35,1)	15,0	[3; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico				
Precário	62,0	(66,0)	15,0	[7; 30]
Satisfatório	32,0	(34,0)	21,0	[5; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Sintomas da doença eram Fortes				
Sim	67,0	(71,3)	15,0	[7; 30]
Não	27,0	(28,7)	15,0	[2; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Procura por serviço de saúde mais próximo do Domicílio Antes de Ficar Doente TB				
Sim	66,0	(70,2)	15,0	[7; 30]

Não	28,0	(28,8)	18,0	[3; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Procura pelo serviço de saúde mais próximo do Domicílio quando começou a ficar doente de TB				
Sim	50,0	(53,0)	20,0	[7; 30]
Não	44,0	(47,0)	12,0	[3; 21]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Distância do serviço de saúde que diagnosticou a TB em relação ao domicílio				
Sim	24,0	(25,5)	9,0	[3; 16]
Não	70,0	(74,5)	18,0	[7; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Utilização de transporte motorizado para ir ao serviço de saúde				
Sim	78,0	(83,0)	15,0	[4; 30]
Não	16,0	(17,0)	25,0	[7; 75]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Perda de turno de trabalho para procurar serviço de saúde para diagnóstico da TB				
Sim	38,0	(40,4)	15,0	[7; 30]
Não	56,0	(59,6)	18,0	[4; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Gasto de dinheiro com o transporte para ir até serviço de saúde para diagnosticar a TB				
Sim	55,0	(58,5)	15,0	[3; 30]
Não	39,0	(41,5)	20,0	[7; 30]
Total	94,0	(100,0)		
Pagar para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que descobriu a TB.				
Sim	7,0	(7,4)	20,0	[3; 30]
Não	87,0	(92,6)	15,0	[7; 30]
TOTAL	94,0	(100,0)		
Ajuda financeira para realizar as consultas e exames para diagnóstico				
Sim	20,0	(21,3)	20,0	[7; 30]
Não	74,0	(78,7)	15,0	[4;30]
TOTAL	94,0	(100,0)		

*SM -Salário Mínimo = durante a coleta de dados, era de R\$ 465,00.

CONCLUSÕES

O tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas de TB e a procura do primeiro serviço de saúde para o diagnóstico através da entrevista estruturada com o doente de Ribeirão Preto teve uma mediana de 15 dias. No entanto, observou-se que no 3º quartil diversos indicadores relacionados as variáveis sócio-demográficas, econômica e clínicas, tiveram um tempo igual ou superior a 30 dias de atraso.

Os resultados mostram, que é necessário um olhar mais perspicaz dos trabalhadores de saúde na identificação dos doentes de TB, pois estes por si só, não são capazes de perceber a gravidade de uma doença como a TB, através dos sinais e sintomas, e procurar um serviço de saúde com rapidez, e assim obter um diagnóstico em tempo aceitável, para evitar a propagação da doença.

1.1.2 Ações desempenhadas pelo primeiro serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose – Ribeirão Preto, SP, 2009

Tereza Cristina Scatena Villa¹, Marcela Mobiglia D'Agostini¹, Maria Amélia Zanon Ponce¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Tiemi Arakawa¹, Lucia Marina Scatena², Ione Carvalho Pinto¹, Aline Aparecida Monroe¹

Utilizou-se o teste Qui-quadrado para proporções com análise de resíduo das variáveis utilizadas neste estudo, analisadas de acordo com os três tipos de serviços.

O serviço de saúde mais procurado pelos doentes de TB ao início dos sintomas no município de Ribeirão Preto, foi o PA (56,4%), seguido da UBS (16,8%). Entretanto apenas 35,7% dos doentes obtiveram o diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado, sendo o PCT o serviço que mais diagnosticou a doença (30,7%) e a USF o serviço que obteve um menor percentual de diagnósticos (1%).

Não houve associação entre o primeiro serviço de saúde procurado e a obtenção de consulta no mesmo dia ($p=0,3284$), suspeita do profissional ($p=0,0532$), encaminhamento para consulta em outro serviço ($p=0,3826$) e diagnóstico realizado no primeiro serviço de saúde procurado ($p=0,7895$).

O tempo decorrido para obtenção de consulta foi melhor no PA, (68,4%). Entretanto, foi nos serviços especializados onde houve a maior frequência de suspeita diagnóstica da doença TB por parte dos profissionais de saúde (57,9%), e no PA (56,1%).

Encontrou-se associação entre o primeiro serviço de saúde procurado e a solicitação de exame de escarro ($p=0,0104$) e raio-x ($p=0,0217$). Em relação a solicitação de escarro, os doentes dos serviços de AB e especializados tiveram este exame solicitado (63,6% e 68,4% respectivamente), e o PA o serviço que menos solicitou (35,1%). Do total de doentes que tiveram o exame de escarro solicitado ($n=47$), apenas 29,8% necessitaram ser encaminhados para outros serviços para realizar o exame, sendo o PA o serviço que mais encaminhou (57,1%).

Encontrou-se uma maior solicitação de raio-x em relação ao exame de escarro, sendo que a maior solicitação de raio-x se deu por parte dos serviços especializados (84,2%), seguido pelos PA (82,5%). As unidades de AB foram as que menos solicitaram este exame

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

E-mail: tite@eerp.usp.br

(54,5%). Do total de doentes cujo raio-x foi solicitado (n=75), 60% não precisaram ser encaminhados a outro serviço para realizá-lo.

Houve maior índice de encaminhamento a outros serviços de saúde para consulta médica com distintos profissionais para aqueles doentes que procuraram o PA (71,9%), sendo os serviços especializados os que apresentaram o menor índice de encaminhamento (57,9%).

Os serviços especializados foram os que apresentaram desempenho satisfatório relacionados à efetivação do diagnóstico da doença (57,9%). Já os serviços de AB e o PA apresentaram níveis muito inferiores na realização do diagnóstico da TB (31,8% e 29,8%, respectivamente).

A mediana relacionada ao tempo decorrido entre o primeiro atendimento e a realização do diagnóstico de TB em todos os serviços de saúde procurados pelos doentes foi de 7 dias, entretanto 75% demoraram até 30 dias para obter o diagnóstico. Entre os doentes que procuraram primeiro a AB, a mediana do tempo para o diagnóstico foi de 13 dias, sendo que 75% esperaram até 45 dias. Encontrou-se semelhança para aqueles que buscaram o PA e os serviços especializados cuja mediana do tempo foi de 7 dias (uma semana), sendo que 75% demoraram até 20 dias para a obtenção do diagnóstico.

CONCLUSÕES

- O PA apresentou melhor desempenho no que tange ao tempo decorrido para obtenção de consulta;
- Serviços especializados onde houve a maior frequência de suspeita diagnóstica da doença TB por parte dos profissionais de saúde, diferentemente do PA;
- Maioria dos doentes dos serviços de AB e especializados tiveram a baciloscopia solicitada (63,6% e 68,4%) respectivamente, entretanto encontrou-se uma maior solicitação de Raio-X em relação ao exame de escarro (82,5%);
- PA foi o serviço que menos solicitou a baciloscopia, a maior solicitação de raio-x se deu por parte dos serviços especializados (84,2%), e PA (82,5%);
- Maior índice de encaminhamento a outros serviços de saúde para consulta médica se deu entre os doentes que procuraram o PA (71,9%);
- 75% dos doentes demoraram até 30 dias para obter o diagnóstico sendo o maior tempo entre os doentes que procuraram primeiro a AB.

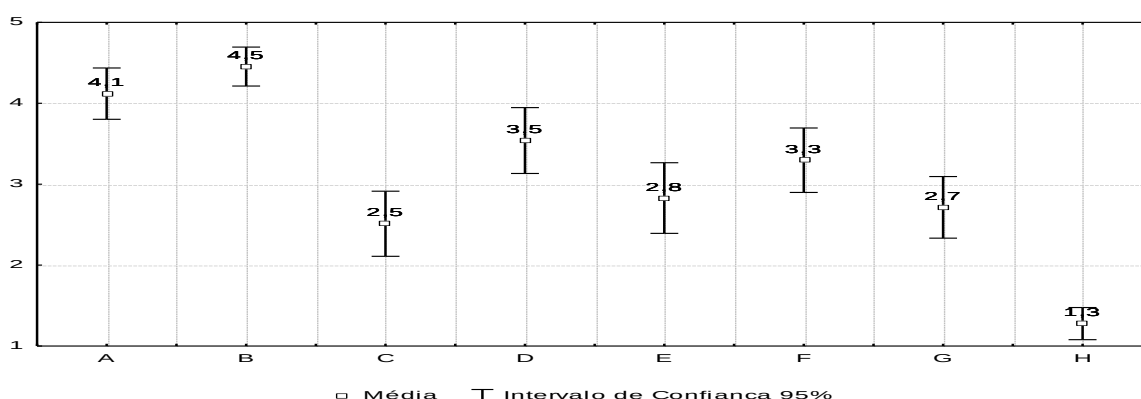
1.1.3 Ações para o diagnóstico na família e comunidade dos doentes de tuberculose, Ribeirão Preto – SP, 2009

Lucia Marina Scatena¹, Graziela Mantegazza², Beatriz Estuque Scatolin², Rubia Laine de Paula Andrade², Antonio Ruffino Netto³, Gabriela Tavares Magnabosco², Tereza Cristina Scatena Villa²

Em relação às ações desenvolvidas para o diagnóstico na família, verificou-se que a visita na comunidade pelos profissionais de saúde para a busca ativa e avaliação dos contatos intra-domiciliares com exame de escarro foi considerada insatisfatória (Figura 3).

As ações relacionadas aos contatos intra-domiciliares como: avaliação por meio do raio-X e PPD, fornecimento de informações sobre a doença e conversa dos profissionais de saúde sobre as condições de vida do doente e de seus familiares foram consideradas atividades medianas (Figura 3).

Contudo, as ações de questionamento de sinais e sintomas da doença na família e a realização de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde após o diagnóstico da TB, foram ações consideradas satisfatórias (Figura 3).



Legenda: A - Questionamento dos profissionais do serviço que descobriu a TB sobre a presença de sintomas da TB aos familiares do doente; B - Visita dos profissionais da saúde na casa do doente após o diagnóstico da TB; C - Avaliação dos contatos intra-domiciliares com exame de escarro; D - Avaliação dos contatos intra-domiciliares com exame de raio-X; E - Avaliação dos contatos intra-domiciliares com exame de PPD; F - Conversa sobre a TB entre os profissionais do serviço que descobriu a TB e as pessoas que moram com o doente de TB; G - Conversa entre os profissionais do serviço que descobriu a TB e os intra-domiciliares sobre suas condições de vida; H - Observação da realização de visitas na vizinhança dos doentes de TB pelos profissionais da unidade de saúde para perguntar se as pessoas têm tosse.

Figura 3. Distribuição das médias e intervalos de confiança das ações para o diagnóstico da TB na família e comunidade dos doentes de TB em Ribeirão Preto, 2009.

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

E-mail: lmscatena@uol.com.br

No contexto apresentado das características clínicas e dos determinantes sociais dos doentes de TB deste estudo, destaca-se a importância da monitorização principalmente dos contatos intra-domiciliares. Desta forma, evidencia-se a necessidade da efetivação da vigilância em saúde, principalmente na valorização da prevenção da TB relacionada aos contatos dos doentes de TB neste município.

Em relação à visita domiciliar (VD) dos profissionais de saúde (PS) na casa do doente após o diagnóstico observou-se que apesar de considerada satisfatória o que os entrevistados consideraram como VD foi a ida do profissional de saúde em sua residência para entregar o medicamento do Tratamento Supervisionado.

Acredita-se que os PCT do município estudado deixam de priorizar ações de prevenção e acabam por focar a gestão do cuidado individual no doente de TB, não conseguindo desempenhar na sua totalidade a responsabilidade do controle de contatos por apresentarem falhas observadas como a sobrecarga de trabalho da equipe, ausência de enfermeiras exclusivas ao programa e horários alternativos da equipe para dedicação ao controle da TB. De fato, estes aspectos estruturais e organizacionais podem estar acarretando falhas na sistematização e oferecimento das ações de controle de contatos dos doentes de TB.

Em Ribeirão Preto identificou-se uma deficiência na sistematização das ações de controle desses contatos, tendo estes seus registros muitas vezes feitos em prontuários apenas dificultando o trabalho para a avaliação e acompanhamento desses contatos.

No entanto, não basta somente a realização da coleta de dados e análise das informações, mas é necessário o planejamento com bases técnicas para oferecer subsídios aos serviços de saúde na elaboração e implementação das ações de saúde com a agilidade na identificação de problemas e a oportuna intervenção para seu controle.

Todavia, os achados demonstram que há um déficit de recursos humanos dos serviços de saúde para viabilizar as medidas de prevenção de forma sistemática e contínua.

CONCLUSÕES

Observa-se que a complexidade do controle dos contatos de doentes de TB perpassa as necessidades de territorialização como ferramenta do planejamento estratégico situacional, de capacitações da equipe de saúde, recursos humanos e materiais suficientes e adequados, da priorização da prevenção em saúde, incorporada a atividade cotidiana de trabalho da equipe e do planejamento por meio das análises dos indicadores de saúde, além do trabalho delineado pelo modelo da vigilância em saúde, para a transcendência da limitada sistematização de

indicadores para o planejamento e organização dos serviços de saúde de acordo com a necessidade do território para a implantação de novas práticas de controle da TB.

Todos esses fatores levam ao entendimento que o controle de contatos de TB apresenta-se como uma ação que exige além da necessidade de uma maior retaguarda laboratorial um compromisso gerencial, técnico e político efetivo, para a mobilização de recursos humanos e financeiros e suporte administrativo necessário para assegurar que o controle dos contatos de TB seja uma parte essencial dos serviços de saúde.

1.1.4 Diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto-SP: análise do percurso do doente, 2009

Maria Eugenia Firmino Brunello¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Aline Aparecida Monroe¹, Ricardo Alexandre Arcencio¹, Nathalia Halax Orfão¹, Beatriz Estuque Scatolin¹, Gabriela Tavares Magnabosco¹, Tiemi Arakava¹, Lúcia Marina Scatena², Antonio Ruffino Netto³, Tereza Cristina Scatena Villa¹

Utilizou-se como fontes de coleta de dados: entrevista com o doente de TB em tratamento (primárias), informações registradas no sistema estadual de notificação de TB (TB-WEB) e o sistema de prontuários eletrônicos do município (Hygia-WEB) (secundárias).

Os dados foram analisados por meio de técnica de estatística descritiva (frequência e medidas de posição central - média e mediana). Para melhor representar o percurso do usuário pelo sistema de saúde foi elaborado um esquema em que os tipos de serviços de saúde são representados por símbolos geométricos, sendo utilizado como fluxograma.

Em relação ao primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB quando este ainda era suspeito da doença, observou-se a seguinte distribuição: 69% procuraram uma Unidade de PA, 16% procuraram uma Unidade de AB e 15% procuraram diretamente por um Serviço Especializado (SE).

Quanto ao tipo de serviço de saúde que realizou o diagnóstico da doença, os SE foram os mais representativos, responsáveis por 90% dos diagnósticos seguidos do PA, com 8% e das unidades de AB com 2%.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

E-mail: brunello@eerp.usp.br

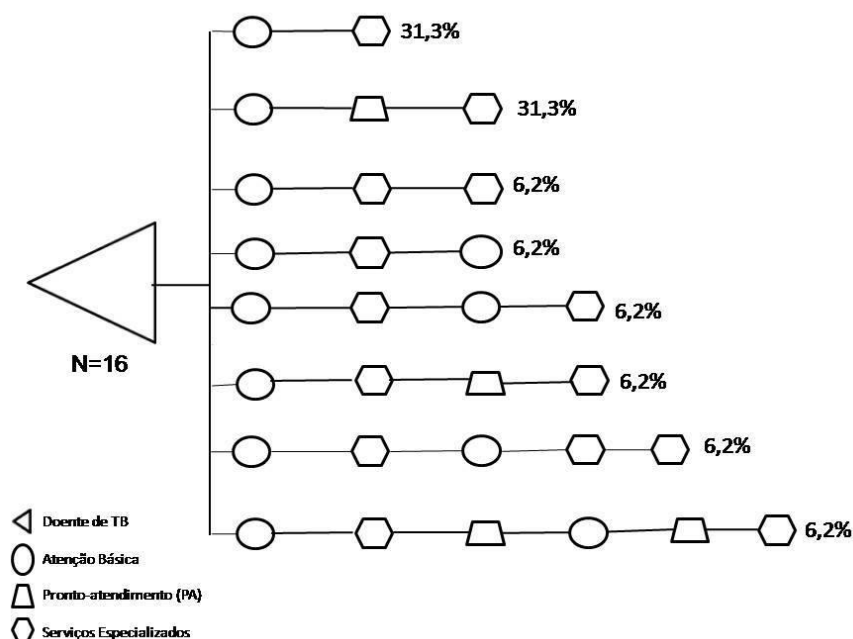


Figura 4. Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram UAB como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009

Na figura 4 é possível observar que 31,3% dos doentes de TB que procuraram uma Unidade de AB frente à identificação de um problema, no caso, sintomas de TB, foram encaminhados para um SE a fim de obter a elucidação do caso. O restante (37,2%) que procurou uma Unidade de AB como primeiro serviço de saúde, passaram por 3 ou mais serviços de saúde para a obtenção do diagnóstico, dentre os quais estão as unidades de PA e SE, sendo este último o que mais frequentemente foi procurado, realizando a maior parte dos diagnósticos. Ressalta-se que apenas 1 caso (6,2%) obteve o diagnóstico no mesmo tipo de unidade de saúde, embora tenha sido necessário passar por mais de um tipo de serviço de saúde até o diagnóstico.

Nota-se que quando o doente procurou a AB como primeiro serviço de saúde, acabou sendo encaminhado ou precisando procurar outro tipo de serviço de saúde, o que faz suspeitar que a primeira visita a uma unidade de AB não foi suficiente para a obtenção do diagnóstico da TB e para a resolução dos problemas referentes a tal agravo.

Estes resultados podem refletir algumas barreiras associadas à AB no que diz respeito ao acesso, à dificuldade no agendamento de consultas, o horário de atendimento, à falta de vínculo dos usuários com os profissionais dos serviços de saúde, bem como, à baixa densidade tecnológica peculiares deste tipo de serviço de saúde, o que, muitas vezes, implica em uma visão de baixa resolutividade dos casos, por parte dos usuários.

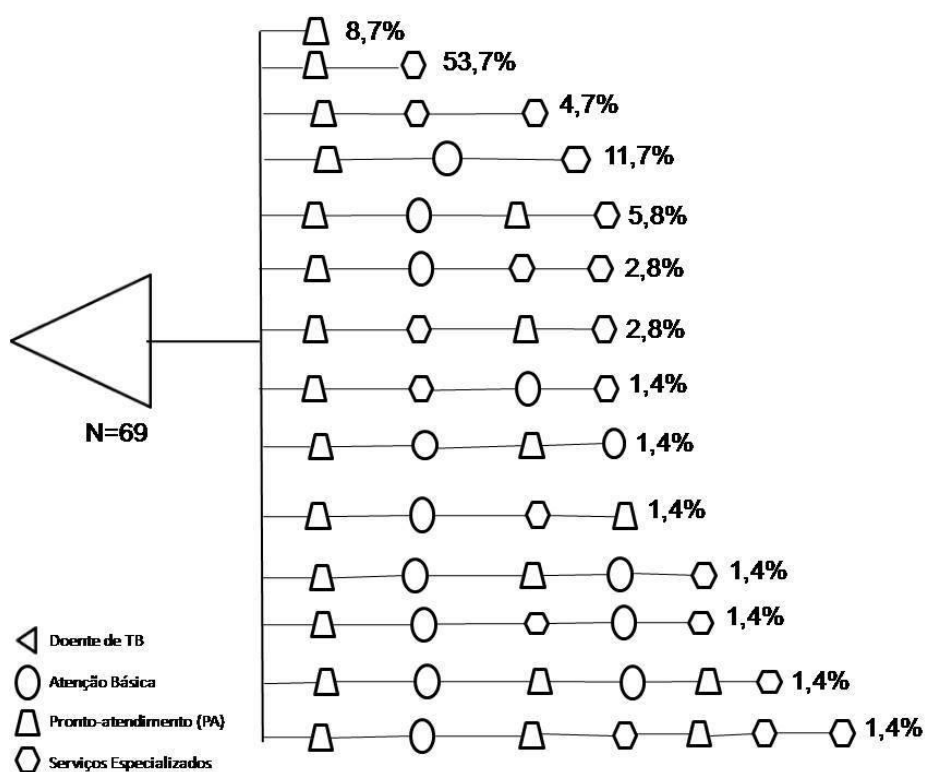


Figura 5. Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram uma unidade de Pronto-atendimento como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009

De acordo com a figura 5, nota-se que 26% dos doentes que procuraram o PA como primeiro serviço de saúde passaram por 3 ou mais serviços de saúde até obter o diagnóstico da TB que, geralmente, foi realizado em serviços de saúde especializados, o que indica o encaminhamento dos usuários para serviços de nível secundário e terciário de atenção. Dentre os que procuraram o PA, 8,7% conseguiram o diagnóstico da TB na primeira visita a este tipo de serviço de saúde e 1,4% conseguiu ser diagnosticado no PA, mas após passar por tanto pela Unidade de AB quanto pelo SE.

Conforme observado na figura acima, fica evidente a preferência em procurar o PA. Tal comportamento pode ser explicado pela facilidade de acesso ao atendimento médico, medicamentos e alguns recursos tecnológicos disponíveis neste tipo de unidade de saúde, tais como, exames laboratoriais e radiológicos, muitas vezes, ausentes ou dificultados nas Unidades de AB. Outro fator determinante que pode justificar a grande procura pelo PA é o horário de atendimento. No município de Ribeirão Preto, 5 unidades de PA ficam abertas por 24 horas, facilitando a procura, por exemplo, dos usuários que trabalham em horário comercial. Muito embora os resultados mostrem essa preferência por parte dos doentes de TB, observando o percurso, nota-se que, para a maior parte deles a primeira visita a este tipo de serviço não foi determinante para a resolução do problema, bem como, percebe-se um número

significativo de procura ou encaminhamentos para serviços especializados para a elucidação do caso.

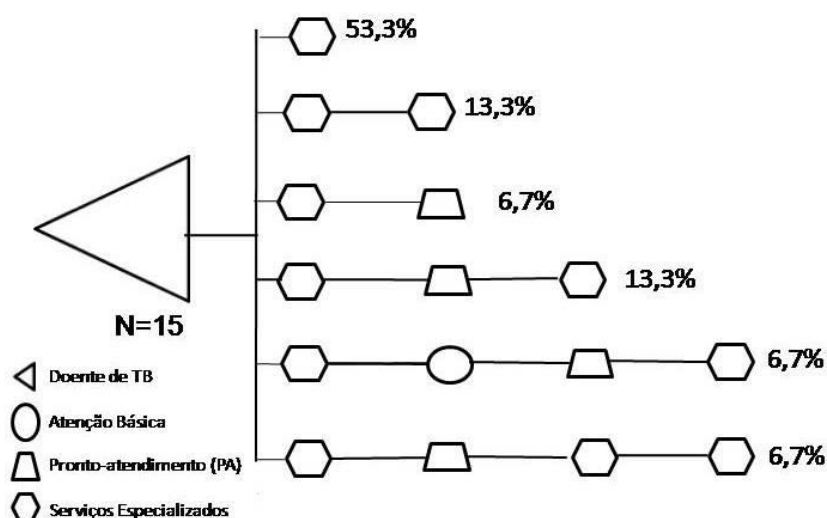


Figura 6. Percurso dos doentes de TB entrevistados que procuraram SE como primeiro serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009

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

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

Sabe-se que os SE contam com um aporte maior e mais complexo de tecnologias para realização de exames e assim realizar o diagnóstico. Dentre os serviços que fazem parte do conjunto de SE considerados no estudo, estão os PCT do município de Ribeirão Preto, o que pode ter facilitado a suspeição por parte dos profissionais quanto à TB e direcionado melhor os tipos de exames solicitados, influenciando no número de serviços procurados, por exemplo.

CONCLUSÕES

- O PA figura como preferência entre a maioria dos entrevistados (69%);
- O PCT foi o serviço de saúde responsável pelo maior percentual de diagnósticos realizados (90%);
- Embora haja uma política para readequar a demanda nos serviços de saúde priorizando a procura pelas unidades de AB, nota-se que este tipo de unidade foi a menos procurada e consequentemente a que realizou um menor número de diagnósticos, destacando que, a primeira procura do usuário, ainda suspeito de TB, a este tipo de serviço de saúde como primeira opção, necessariamente significou a procura por assistência em outras unidades de saúde até o diagnóstico;
- A maior parte dos doentes que procuraram primeiro um SE foram diagnosticados já na primeira visita, fato que pode mostrar a melhor capacitação dos profissionais destas unidades, bem como, o melhor aparato tecnológico para a elucidação do caso;
- De modo geral, percebe-se que a primeira visita ao serviço de saúde não é suficiente para obtenção do diagnóstico, mostrando assim, uma peregrinação do doente até a obtenção do diagnóstico. Tais observações podem ser reflexo de uma baixa capacitação dos profissionais que atuam nestes serviços de saúde, a inespecificidade das queixas expostas pelos usuários no momento da consulta, bem como, das barreiras operacionais.

1.1.5 Descrição do processo de realização de exames para o diagnóstico da TB - Ribeirão Preto, 2009

Tereza Cristina Scatena Villa¹, Mayara Segundo Ribeiro¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Aline Ale Beraldo¹, Maria Amélia Zanon Ponce¹, Anneliese Domingues Wysocki¹, Lucia Marina Scatena², Aline Aparecida Monroe¹

Verificou-se que na **primeira visita** aos serviços de PA e SE, foram solicitados predominantemente exame de raio X, e os serviços de AB mais baciloscopia (tabela 4). Além disso, na primeira visita ao serviço de saúde, para 50% dos entrevistados, foram solicitados exames como sangue, urina, tomografia e ressonância e 63,1% foram encaminhados para consulta com outro profissional.

Tabela 4. Distribuição de frequência de solicitação de raio X e baciloscopia durante a primeira visita dos doentes de TB pulmonar aos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - SP, 2009.

Primeiro serviço de saúde procurado								
Exames solicitados	ABS (n=20)		PA (n=48)		Serviços especializados (n=16)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Raio X	10	50	40	83,3	13	81,3	63	75,0
Baciloscopia	13	65	18	37,5	12	27,9	43	51,2

Legenda: ABS – Serviço de Atenção Básica à Saúde; PA – Pronto Atendimento

Durante **todo o processo diagnóstico** (todas as visitas aos serviços até o diagnóstico), 96,4% realizaram raio X, 95,2% exame anti-HIV, 90,5% baciloscopia, 51,2% cultura de escarro, 14,3% biópsia e 11,9% outros exames como sangue, urina, tomografia e ressonância.

À maioria dos doentes que tiveram a TB como primeira suspeita de seu diagnóstico, foram solicitados os exames de raio X e baciloscopia, sendo que esses exames também foram solicitados em sua maioria aos doentes não informados quanto a essa suspeita. À maior parte dos doentes que tiveram outras suspeitas (pneumonia, neoplasia, dengue, tosse alérgica, gripe, fraqueza, desconforto gástrico) foi solicitado apenas o raio X (tabela 5).

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

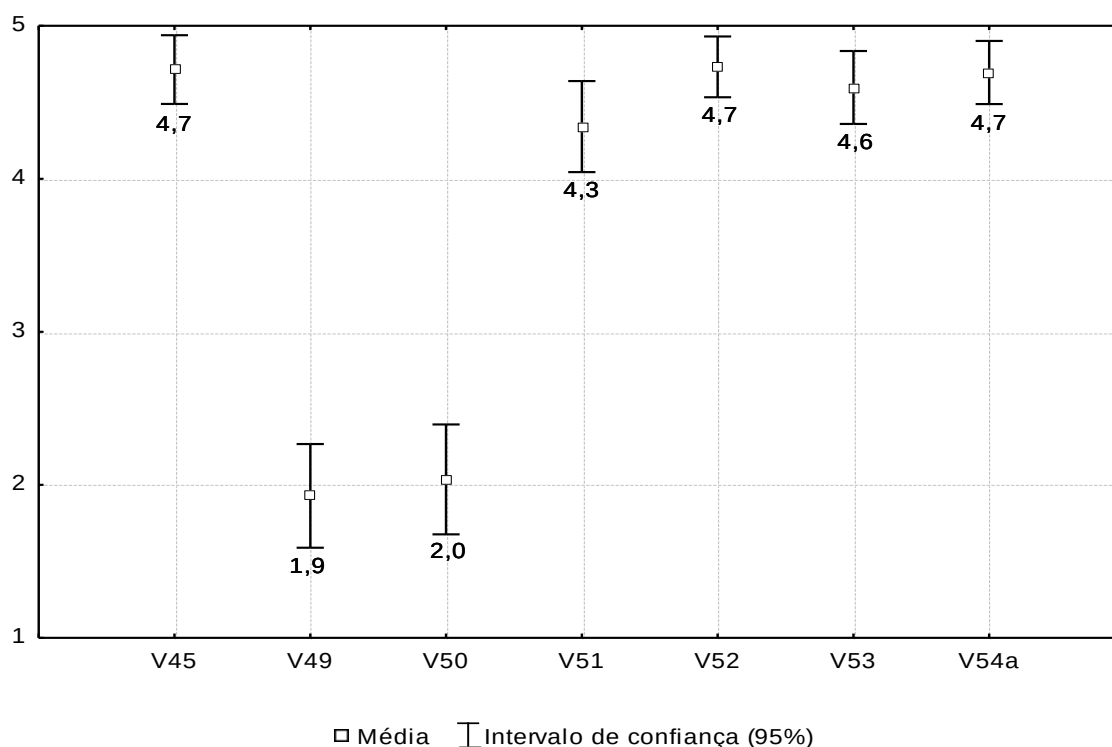
² Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

E-mail: tite@eerp.usp.br

Tabela 5. Distribuição de frequência de solicitação de raio X e baciloscopia frente ao tipo de suspeita diagnóstica realizada no primeiro serviço de saúde visitado pelo doente no município de Ribeirão Preto - SP, 2009.

Exames solicitados	Suspeita do profissional de saúde					
	Tuberculose (n=36)		Outras (n=32)		Não informou (n=16)	
	n	%	N	%	n	%
Raio X	30	83,3	23	71,8	10	62,5
Baciloscopia	26	72,2	7	21,9	10	62,5

Na figura 7, verifica-se um desempenho satisfatório dos serviços de saúde em relação à “necessidade de pagamento para realizar exames”; “recebimento de orientação para realização dos exames”; “disponibilidade de materiais para realização dos exames”; “dificuldade para entregar o pote de escarro”; “recebimento dos resultados de exames no mesmo serviço que solicitou” e um desempenho insatisfatório em relação ao “questionamento do profissional quanto à dificuldade de transporte para realizar os exames” e “oferecimento de transporte para realização dos exames”.



Legenda: V45 – Necessidade de pagamento para ser atendido ou realizar exames; V49 – Questionamento do profissional quanto à dificuldade de transporte para realizar os exames; V50 – Oferecimento de transporte para realização dos exames; V51 – Recebimento de orientação para realização dos exames; V52 – disponibilidade de materiais para realização dos exames; V53 – Dificuldade para entregar o pote de escarro; V54a – Recebimento dos resultados de exames no mesmo serviço que solicitou.

Figura 7: Distribuição dos intervalos de confiança das variáveis pertinentes às respostas dos doentes de TB pulmonar em relação à realização de exames diagnósticos, Ribeirão Preto – SP, 2009.

O valor da mediana para o número de vezes que o doente precisou ir ao serviço de saúde para diagnosticar a TB foi duas vezes (intervalo interquartis 1-3), sendo que 65,5% dos doentes tiveram todos os exames solicitados no mesmo serviço que diagnosticou a TB. Dos doentes que fizeram a baciloscopia no primeiro serviço de saúde procurado, o tempo mediano para o diagnóstico foi de 6 dias (intervalo inter-quartis 0-20), e os que não fizeram foi de 10 dias (intervalo inter-quartis 3-30). Dos doentes que fizeram raio X no primeiro serviço de saúde procurado, o tempo mediano para o diagnóstico foi de 7 dias (intervalo inter-quartis 1-20), e os que não fizeram foi de 16 dias (intervalo inter-quartis (7-60)).

Identificou-se que a solicitação de baciloscopia de forma isolada, sem o raio X, não contribui para o diagnóstico precoce da TB, visto que o desempenho foi parecido ao tempo decorrido quando nenhum exame foi solicitado (figura 8). Este resultado tem uma limitação do número (n=6) de doentes que referiu ter realizado apenas a baciloscopia, sendo que três doentes apresentaram 30 dias para o diagnóstico e os demais apresentaram de 3 a 5 dias.

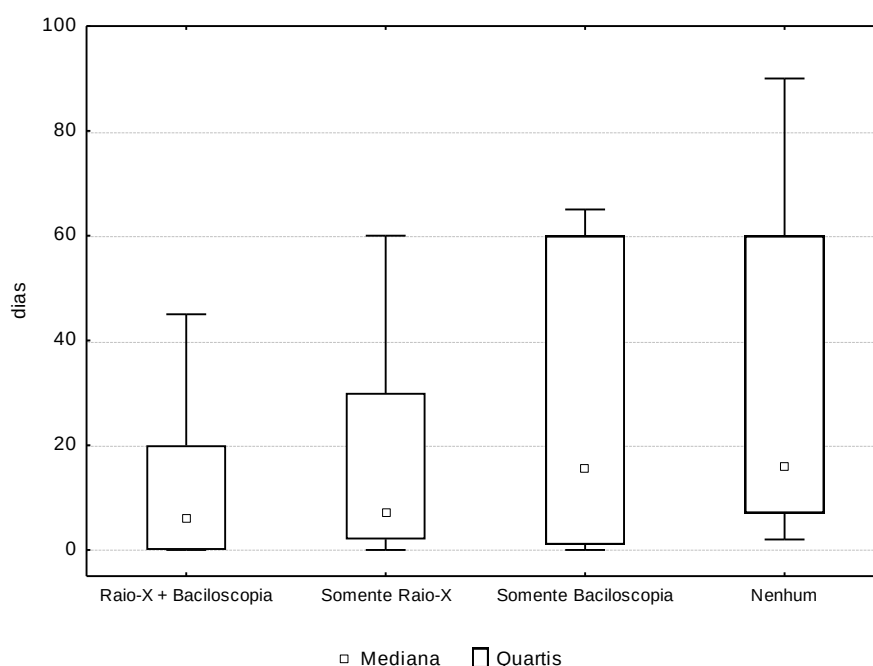


Figura 8: Distribuição das medianas e quartis do tempo decorrido até o diagnóstico da TB pulmonar a partir dos exames solicitados no primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, Ribeirão Preto – SP, 2009.

CONCLUSÕES

A solicitação de baciloscopia de forma isolada, sem o RX, apresentou desempenho insatisfatório, uma vez que o tempo decorrido foi o mesmo quando nenhum exame foi solicitado.

Em relação ao primeiro serviço procurado para atendimento identificou-se o PA, cujos profissionais ofereceram predominantemente o exame de RX aos suspeitos.

A maior parte (75%) da população do estudo demorou até 30 dias para procurar o primeiro serviço de saúde após o aparecimento dos sintomas;

A solicitação de raio-x ocorreu nos SE (84,2%), PA (82,5%) e unidades de AB (54,5%).

1.2. SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- SP

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os doentes em tratamento no período de novembro de 2008 a novembro de 2009. De acordo com os dados dos livros de registros do PCT e do TB-WEB, no período supracitado, 224 doentes realizaram tratamento para TB. Destes, 110 atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, entretanto, foram entrevistados 100 doentes sendo que houve 09 recusas e 01 doente sem condições de participar por estar internado na UTI de um hospital, totalizando 100 doentes.

Dos 100 doentes entrevistados em São José do Rio Preto, a maioria era do sexo masculino (63%), com idade média de 44,5 anos, (dp = 15,5) e com baixa escolaridade (64% possuíam de zero a oito anos de estudo incompletos). O rendimento médio familiar dos doentes de TB foi de 2,6 salários mínimos (SM), com dp = 2,6. Quanto à forma clínica, 79% tinham TB pulmonar. Dos 21% com TB extrapulmonar ou as duas formas, 9% eram TB pleural. 93% era caso novo e 81% não eram co-infectados com o HIV.

2.1.2.1 A busca por cuidados em saúde para o diagnóstico da TB entre doentes em São José do Rio Preto: estudo descritivo

Anneliese Domingues Wysocki¹, Maria Amélia Zanon Ponce¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Beatriz Estuque Scatolin¹, Silvia Helena Figueiredo Vendramini², Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos², Maria Rita de Cássia Oliveira Cury³, Lucia Marina Scatena⁴, Antonio Ruffino Netto⁵, Tereza Cristina Scatena Villa¹

Dos 100 doentes entrevistados, foram excluídos nas análises deste estudo dois doentes que não souberam responder quantos dias demoraram para procurar por um serviço de saúde a partir do momento que perceberam os sintomas da TB e um não sabia identificar qual o primeiro serviço de saúde procurado, uma vez que tais informações eram imprescindíveis para este estudo.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

³ Programa de Controle da Tuberculose. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto

⁴ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

⁵ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

E-mail: lilisew@yahoo.com.br

Utilizou-se a mediana para se calcular o tempo decorrido entre a percepção do início dos sintomas da TB e a primeira procura pelo serviço de saúde, segundo o perfil sócio-demográfico, clínico e aspectos relacionados aos doentes de TB.

Encontrou-se uma mediana de tempo relacionado ao doente de 15 dias, sendo que 75% destes demoraram até 45 dias para buscar pelo primeiro atendimento.

De acordo com a tabela 6, observa-se que a faixa etária com maior mediana de tempo para procurar atendimento foi de 50 a 59 anos. 75% dos doentes com 60 anos ou mais demoraram até 60 dias para buscar o primeiro serviços de saúde. Aqueles que possuíam Ensino Fundamental completo ou mais anos de estudo apresentaram mediana de tempo de procura menor (10,5 dias) do que os doentes sem escolaridade ou com Ensino Fundamental Incompleto (15 dias).

Os 69,4% de doentes com algum tipo de renda mensal tiveram a mediana de tempo para ir em busca do primeiro atendimento menor (12,5 dias) que os 36,6% que não possuíam renda, com tempo mediano de 15 dias. 49% tinham renda familiar de até 2 SM, com mediana de tempo de busca por serviços de saúde de 7 dias, menor do que aqueles cuja renda familiar era de 2 a 5 SM (20 dias).

Para os que apresentavam forma clínica pulmonar, a mediana de tempo foi de 15 dias, entre os que possuíam a forma extrapulmonar a mediana foi de 7 dias. Os casos novos tiveram um tempo mediano menor para a procura do primeiro atendimento (14 dias) dos que aqueles em recidiva/retratamento (20 dias). Não houve diferenças entre co-infectados e não co-infectados para a mediana do tempo de procura do primeiro serviço de saúde (15 dias), entretanto, 75% dos não co-infectados demoraram até 45 dias para realizar essa procura, enquanto que 75% dos infectados demoraram 20 dias.

Em relação aos locais que o paciente costumava procurar quando sentia doente antes da TB, encontrou-se maior tempo de diagnóstico entre os que não costumavam procurar local algum (6,1%) a mediana foi de 9,5 dias. Aqueles que buscavam auxílio em farmácia ou locais religiosos (8,2%), mediana foi de 8 dias, sendo que 75% dos doentes demoraram até 52,5 dias.

Para os doentes que tinham o hábito de se consultarem rotineiramente em serviços (como preventivos) de AB (48%) antes da TB, a mediana do tempo para procurar por atendimento em um serviço de saúde após o início dos sintomas da doença foi de 15 dias, enquanto os doentes que referiram procurar pelo PA para se consultarem rotineiramente essa mediana foi de 30 dias.

Os doentes que eram tabagistas (61,2%) tiveram uma mediana de 14,5 dias, adiantando em 3 dias a busca por um serviço de saúde daqueles que não fumavam (mediana=17,5 dias).

Do total de doentes, 68,4% possuíam um conhecimento precário sobre a TB antes do diagnóstico da doença, sendo que a mediana de procura pelos serviços de saúde após o início dos sintomas foi de 15 dias (75% demoraram até 45 dias), superior aos que possuíam conhecimento satisfatório, cuja mediana foi de 12 dias. Os doentes que referiram sintomas fortes da doença (74,5%) tiveram uma mediana de tempo de 14,5 dias, 3 dias a menos que os que não consideraram fortes seus sintomas (17,5 dias).

Os doentes que residiam próximo ao primeiro serviço de saúde procurado (42,9%), tiveram uma mediana de 17,5 dias de demora pela procura, tempo superior àqueles que residiam distante do serviço de saúde (57,1%, mediana de 9,5 dias).

Os doentes que perderam turno de trabalho (58,2%) tiveram uma mediana de tempo de 7 dias, tempo inferior ao dos doentes que não perderam nenhum compromisso para acessar o serviço de saúde (20 dias).

Doentes que não gastaram dinheiro com transporte (32,7%) tiveram um tempo mediano de 15 dias. Aqueles que pagaram para serem atendidos no serviço de saúde (8,2%) demoraram 32,5 dias para ir em busca de um serviço de saúde após o início dos sintomas da TB. Entre os que não precisaram de ajuda financeira para realizar consultas e exames para o diagnóstico da TB, o tempo mediano para proceder essa procura foi de 15 dias, praticamente o dobro do tempo que o encontrado entre os doentes que precisaram de ajuda financeira para a realização desses (16,3%), cujo tempo foi de 7 dias.

Tabela 6. Perfil sócio-demográfico, clínico e aspectos relacionados aos doentes de TB e o tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde, São José do Rio Preto, 2009.

Variável	Tempo entre o início dos sintomas e a primeira procura pelo serviço de saúde				
	n	%	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Faixa Etária					
18 a 29 anos	17	17.4	7	20	30
30 a 39 anos	25	25.5	4	7	45
40 a 49 anos	25	25.5	5	7	45
50 a 59 anos	15	15.3	7	21	40
Acima de 60 anos	16	16.3	3	7	60
TOTAL	98	100	5	15	45
Escolaridade					
Sem escolaridade ou EF incompleto	70	71.4	5	15	45

EF completo ou mais	28	28.6	3	10.5	30
TOTAL	98	100	5	15	45
Situação empregatícia					
Com renda	68	69.4	3.5	12.5	45
Sem renda	30	30.6	7	15	40
TOTAL	98	100	5	15	45
Renda familiar categorizada					
Sem rendimento	5	5.1	14	15	15
Até 2 SM	48	49.0	3.5	7	42.5
De 2 a 5 SM	37	37.7	7	20	45
Maior 5 SM	8	8.2	5	15	60
TOTAL	98	100	5	15	45
Forma clínica da doença					
Pulmonar	77	78.6	7	15	45
Extrapulmonar	18	18.4	3	7	45
Pulmonar + extrapulmonar	3	3.0	3	3	21
TOTAL	98	100	5	15	45
Tipo de caso					
Casos novos	91	92.9	5	14	45
Recidiva/retratamento	7	7.1	7	20	40
TOTAL	98	100	5	15	45
Co-infecção TB/HIV					
Sim	17	17.3	4	15	20
Não	81	82.7	5	15	45
TOTAL	98	100	5	15	45
Sintomas da doença					
Fraco a moderado	26	26.5	5	17.5	120
Forte	72	74.5	5	14.5	30
TOTAL	98	100	5	15	45
Local que costumava procurar antes da TB					
Serviços de Atenção básica	84	58.7	5	15	45
Farmácia, locais religiosos	8	8.2	4.5	8	52.5
Não procurava	6	6.1	5	9.5	45
TOTAL	98	100	5	15	45
Realização de controle preventivo de saúde antes da TB					
Sim	72	74.5	5	12	42.5
Não	26	26.5	5	17.5	45
TOTAL	98	100	5	15	45
Tipo de SS onde realizava consultas de rotina antes da TB					
Atenção Básica	47	48	5	15	40
Serviços especializados	15	15.3	4	7	60
PA	10	10.2	7	30	60
Não realizava	26	26.5	5	11	35
TOTAL	98	100	5	15	45
Uso do cigarro					
Sim	60	61.2	6	14.5	42.5
Não	38	38.8	3	17.5	60
TOTAL	98	100	5	15	45
Distância do domicílio do doente até o primeiro serviço de saúde procurado					
Distante	56	57.1	5	9.5	30
Próximo	42	42.9	5	17.5	60

TOTAL	98	100	5	15	45
Perda de turno de trabalho para ir ao serviço de saúde					
Sim	57	58.2	5	7	30
Não	41	41.8	5	20	60
TOTAL	98	100	5	15	45
Pagamento para ser atendido no SS que diagnosticou a TB					
Sim	8	8.2	3	32.5	150
Não	90	91.8	5	15	40
TOTAL	98	100	5	15	45

CONCLUSÕES

Houve atraso na busca pelo primeiro atendimento entre os doentes de TB, com as seguintes características:

- doentes na faixa etária dos 50 a 59 anos e acima dos 60 anos;
- sem escolaridade ou com Ensino Fundamental incompleto;
- não possuíam renda (embora tenha se encontrado que doentes cuja renda familiar era de até 2 SM foi menor do que aqueles cuja renda familiar era de 2 a 5 SM);
- recidiva ou retratamento;
- não co-infectados pelo HIV;
- possuíam conhecimento precário sobre a TB anteriormente ao diagnóstico;
- consideraram fracos os sintomas iniciais da TB;
- residiam próximo ao primeiro serviço de saúde procurado;
- pagaram para serem atendidos no serviço de saúde.

1.2.2 Tempo do diagnóstico da tuberculose no primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto-SP

Maria Amélia Zanon Ponce¹, Anneliese Domingues Wysocki¹, Beatriz Estuque Scatolin¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Silvia Helena Figueiredo Vendramini², Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos², Claudia Eli Gazetta², Livia Maria Lopes², Lucia Marina Scatena³, Antonio Ruffino Netto⁴, Tereza Cristina Scatena Villa¹

As variáveis selecionadas para este estudo foram analisadas considerando os três tipos de serviços já mencionados (AB, PA e Serviços Especializados), utilizando o teste Qui-quadrado para proporções com análise de resíduo. Para essa análise, excluiu-se um doente por não saber informar o primeiro serviço de saúde procurado ao início dos sintomas da TB.

Encontrou-se que os primeiros serviços de saúde procurados quando o doente começou a sentir os sinais e sintomas, foram o PA (48,5%), seguido pelas UBS (27,3%). Daqueles que procuraram o PA, 87,5% conseguiram consulta no mesmo dia, entretanto, a maioria daqueles que procurou a AB (56,7%), não obtiveram a consulta imediata.

Encontrou-se baixa suspeição de TB nos três tipos de serviço. Os profissionais de saúde da AB (40,0%) e dos serviços especializados (42,8%) foram os que mais suspeitaram de TB. Houve grande quantidade de suspeita diagnóstica não informada aos doentes em todos os tipos de serviço. Apenas 43,4% de baciloscopias foram solicitadas pela AB, 29,2% pelo PA. Os serviços especializados solicitaram 57,1% de baciloscopia e 76,2% de raio-x. O PA foi o SS que menos solicitou o raio-x (77,1%).

Acredita-se que a baixa solicitação de exames diagnóstico da TB pode estar interligada a baixa suspeição, refletindo o baixo conhecimento sobre TB e sobre o funcionamento do sistema de saúde entre os profissionais.

Ressalta-se ainda que a sobrecarga de trabalho e a priorização das condições agudas, principalmente as doenças classificadas como sazonais, têm deixado a TB em segundo plano, sendo que as ações de busca de sintomáticos respiratórios têm sido abordadas de forma pontual entre os profissionais e usuários apenas em época de campanha do MS. Somada a sobrecarga intensa de trabalho, a rotatividade dos profissionais nas UBS e USF, resultado de

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

⁴ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br

uma política de governo implantada no município em 2009, pode configurar-se como um problema de adaptação e prejudicar a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB, além de prejudicar o vínculo dos usuários com os profissionais destas unidades, podendo ser este também um motivo que leva a procura dos serviços de emergência.

Dos 39,4% doentes com solicitação de exame de escarro, nos três tipos de serviços de saúde, 7,7% foram encaminhados para coleta em outros serviços. Em relação a realização de raio-x, das 44,4% de solicitações, 72,7% foram encaminhadas. Os serviços que mais encaminharam foram, principalmente a AB (31,8%) e os PA (25%).

O modo como os exames diagnósticos são ofertados nos serviços municipais explica os resultados encontrados neste estudo quanto a não necessidade de encaminhamento do doente para a realização da baciloscopia (uma vez que este é realizado no próprio serviço) e o encaminhamento para a realização do raio-x, realizado exclusivamente em serviços especializados (hospitais públicos e PCT).

Apenas 35,4% dos doentes foram diagnosticados no primeiro serviço de saúde procurado. O que mais diagnosticou a TB foi o hospital (45,5%), seguido pelas UBS (18,2%). O PA foi o serviço menos diagnosticou os suspeitos (8,3%) que procuraram primeiro atendimento neste serviço. A maioria dos doentes que procuraram o PA foi diagnosticada nos hospitais (52,1%). Dos doentes que procuraram as UBS, 40,7% obtiveram o diagnóstico no mesmo local procurado.

A mediana de tempo relacionado aos serviços foi de 15 dias, sendo que 75% dos doentes tiveram seu diagnóstico realizado em até 30 dias. Os doentes que buscaram primeiro a AB apresentaram maior tempo para receber o diagnóstico de TB (mediana= 22,5 dias) do que aqueles que procuraram o PA e os serviços especializados (medianas de 15 e 17 dias, respectivamente).

Apesar de estar de acordo com achados em outros estudos, acredita-se que o tempo de diagnóstico no município deveria ser de apenas alguns dias, já que todas as unidades de saúde há potes de escarro e formulários disponíveis para a solicitação de exame e os resultados da baciloscopia analisadas são encaminhados diretamente aos serviços pelo laboratório de 7 a 10 dias após a coleta, sendo os casos positivos avisados ao serviço de saúde via telefone pelo laboratório após o fechamento do diagnóstico. Deste modo, o tempo de diagnóstico encontrado em São José do Rio Preto parece estar mais relacionado à baixa suspeição e a não solicitação de exames diagnósticos do que a falta de insumo e atraso nas análises dos exames.

Observou-se que 75% dos doentes tiveram que ir até 5 vezes aos serviços de saúde para obterem o diagnóstico. Os doentes que buscaram primeiro a AB e os serviços especializados

foram mais vezes ao serviço para obter o diagnóstico (mediana = 3 vezes) que os doentes que procuraram o PA (mediana = 2 vezes).

Entretanto, os resultados deste estudo mostram que a AB, embora tenha diagnosticado uma parcela significativa daqueles que buscaram esses serviços como primeira opção, mostra-se ainda falhar no papel de resolver a maioria dos problemas de saúde sensíveis a este nível, levando o doente a procurar mais vezes os serviços de saúde contribuindo para o retardo no diagnóstico da TB.

CONCLUSÕES

- PA se configura como a principal porta de entrada no sistema de saúde para a maioria dos doentes entrevistados;
- Apesar da facilidade em obtenção de consulta em um prazo de 24 horas (diferentemente do que foi relatado em relação as unidades de AB), o PA foi o serviço que menos realizou o diagnóstico entre aqueles que procuraram este tipo de serviço;
- Maior parte do diagnóstico realizado nos hospitais;
- Baixa suspeição de TB nos três tipos de serviço, principalmente o PA;
- Baixa solicitação de baciloscopia pelos serviços de AB e PA;
- PA também foi o serviço de saúde que menos solicitou o raio-x;
- Os serviços especializados foram os que mais solicitaram os exames diagnósticos (baciloscopia e raio-x) e realizou o diagnóstico de 71,4% daqueles que procuraram estes serviços;
- 75% dos doentes tiveram que ir até 5 vezes para obterem o diagnóstico e 75% de todos os doentes entrevistados tiveram seu diagnóstico realizado em até 30 dias após a procura do serviço de saúde;
- Doentes que buscaram primeiro a AB foram mais vezes ao serviço e apresentaram maior tempo para receber o diagnóstico de TB do que aqueles que procuraram o PA e os serviços especializados.

1.3. VITÓRIA- ES

Em Vitória, dos 100 doentes de TB entrevistados houve predominância do sexo masculino (59,4%). A faixa etária que prevaleceu foi entre 18 a 29 anos (30,7%), seguida pela de 30 a 39 anos (26,7%).

Em relação à escolaridade, a maioria se apresentava sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto (61,4%). Em relação à situação empregatícia, observou-se predomínio do desenvolvimento de atividades profissionais com renda (93,1%), sendo que a renda mensal familiar categorizada mais encontrada foi de até dois salários mínimos (61,4%).

Todos os entrevistados moravam na zona urbana, constituindo-se a maioria deles em residentes de moradia própria (93,0%).

Em relação às características clínicas dos doentes, encontrou-se que a maioria tinha tuberculose pulmonar (85,1%), era casos novos (87,1%) e não era co-infectada com o HIV (84,1%). Ressalta-se, no entanto, que um percentual considerável dos doentes (12,87%) não apresentava o resultado do teste anti-HIV. A maioria dos doentes referiu ter sintomas fortes da doença (60,4%).

1.3.1 O Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose em Serviços de Saúde do Município de Vitória – ES (2009)

Rafaela Borge Loureiro¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Antônio Ruffino-Netto³, Renata Lyrio Nóbrega¹, Reynaldo Dietze¹, Ethel Leonor Noia Maciel¹

O primeiro serviço de saúde mais procurado pelo doente quando começou a perceber os sinais e sintomas da doença foi o PA (30,7%), seguido pelas USF (29,7%). Em contrapartida, o serviço de saúde que mais diagnosticou a TB entre os doentes entrevistados foi o PCT (56,4%), seguido pelas USF (18,8%), conforme Figura 9.

¹ Núcleo em Doenças Infecciosas. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, Brasil

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – FMRP/USP

E-mail: rafaelabloureiro@gmail.com

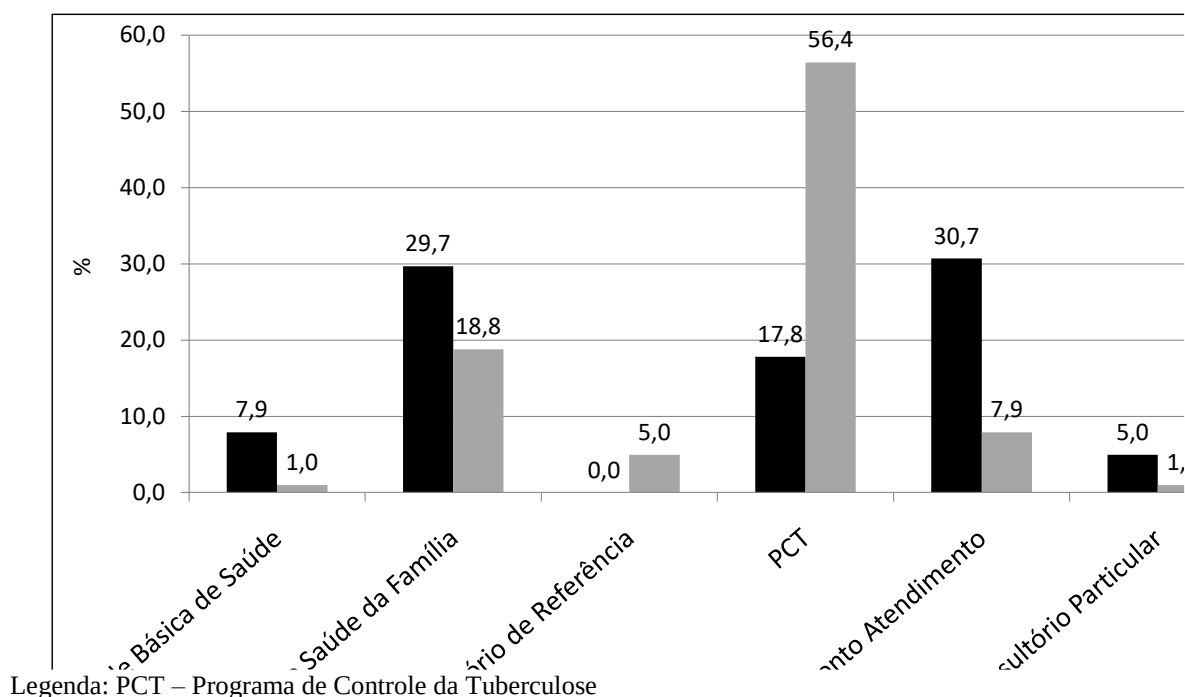


Figura 9. Distribuição de frequência dos tipos de serviços de saúde que diagnosticaram a TB e o primeiro serviço de saúde procurado pelos doentes no Município de Vitória-ES, 2009.

Observou-se que dos 31 doentes que procuraram o PA, apenas 16,1% foram diagnosticados nesse mesmo serviço. Dos doentes que procuraram pela primeira vez as USF (n=30), 43,0% receberam o diagnóstico no primeiro local. E todos os doentes (n=18) que se dirigiram ao PCT no início dos sinais e sintomas foram diagnosticados no próprio PCT (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos doentes segundo a realização do diagnóstico da TB no mesmo serviço de saúde procurado para o primeiro atendimento, Vitória – ES, 2009.

Primeiro serviço de saúde procurado	Diagnóstico no primeiro serviço de saúde procurado				TOTAL
	SIM		Não		
	N	(%)	N	(%)	
Unidade Básica de Saúde	1	(12,5)	7	(87,5)	8
Unidade Saúde da Família	13	(43,3)	17	(56,7)	30
Programa de Controle da TB	18	(100,0)	0	(0,0)	18
Pronto Atendimento	5	(16,1)	26	(83,9)	31
Consultório Particular	1	(20,0)	4	(80,0)	5
Hospital	4	(44,4)	5	(55,6)	9

CONCLUSÕES

- Os doentes estão sendo diagnosticados principalmente no nível secundário de atenção;
- Suspeitos procuram Unidades de AB, mas são encaminhados para serviços de nível secundário para a realização do diagnóstico da TB;
- Menos da metade dos doentes obtiveram o diagnóstico da TB no mesmo serviço de saúde procurado para o primeiro atendimento;
- É importante identificar os empecilhos à efetiva incorporação e sustentabilidade de ações diagnósticas da TB na AB.

1.4. FOZ DO IGUAÇU - PR

1.4.1 Tipos de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB ao início dos sinais e sintomas e serviços de saúde que realizaram o diagnóstico

Reinaldo Antonio Silva Sobrinho^{1,4}, Lucia Marina Scatena², Antonio Ruffino Netto³, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Aline Ale Beraldo¹, Érika Simone Galvão Pinto¹, Daiane Sampaio Sosa⁴, Mayara Silveira Almeida⁴, Alexssandra Nunes Gomes⁴, Tatiane Freire Fragoso⁴, Amanda Kelly Mendes Alves⁴, Fabio Hudrys Martins Gomes⁴, Mateus Ceolin⁴, Thiago Goulart Garcia⁴, Tereza Cristina Scatena Villa¹

Entrevistou-se 101 doentes de TB, a idade média dos doentes foi de 37,2 anos, com desvio-padrão de 13,8 anos a idade máxima foi de 80 anos e o sexo masculino foi predominante (65,3%).

Os resultados mostraram que os primeiros serviços de saúde procurados pelo doente foi o PA (36,6%) e a USF (25,7%). Contudo o SS que mais diagnosticou a TB foi o PCT (50,5%) e Hospital (17,8%) (Tabela 8).

Dos doentes que procuraram primeiro a UBS, 40% foram diagnosticados no PCT e 20% nos hospitais. Verificou-se ainda que os doentes que procuraram a USF, 38,5% foram diagnosticados no PCT e 26,9% acabaram sendo diagnosticados na própria USF. Verificou-se que 54% dos doentes que procuraram o PA como primeira escolha acabaram sendo também diagnosticados no PCT.

Tabela 8. Distribuição dos doentes de TB entrevistados segundo o primeiro serviço de saúde procurado e o local de diagnóstico em Foz do Iguaçu - PR, 2009.

Local de diagnóstico	Primeiro serviço de saúde procurado													
	UBS		USF		Ambulatório / Policlínica		PCT		PA		Consultório particular		Hospital	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS	1	10,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF	1	10,0	7	26,9	0	0	0	0	1	2,7	0	0	0	0
Ambulatório / Policlínica	1	10,0	2	7,7	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0
PCT	4	40,0	10	38,5	2	50,0	8	100	20	54,0	3	50,0	4	44,4
PA	1	10,0	4	15,4	0	0	0	0	7	18,9	0	0	1	11,1
Consultório	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,7	2	33,3	1	11,1

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

⁴ Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

E-mail: reisobrinho@yahoo.com.br

particular															
Hospital	2	20,0	3	11,4	1	25,0	0	0	8	21,6	1	16,7	3	33,3	
TOTAL	10	100	26	100	4	100	8	100	37	100	6	100	9	100	

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; USF – Unidade Saúde da Família; PCT – Programa de Controle da Tuberculose; PA – Pronto-atendimento.

Nessa parte dos resultados, os primeiros serviços de saúde procurados pelos doentes foram agrupados em três tipos de serviços: AB, PA e Serviços Especializados.

A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e proximidade do mesmo em relação ao domicílio do doente apresentou evidência de significância estatística ($p < 0,05$). Os usuários que procuraram os serviços de AB tinham seus domicílios mais próximos a esses serviços (94,4%) do que os que procuraram o PA (40,5%) e Serviços Especializados (28,6%) (tabela 9).

Não houve evidência de associação estatística entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente com as variáveis: tempo gasto para conseguir a consulta, suspeita do profissional, solicitação de exame de escarro, solicitação de raios-X, encaminhamento para consulta médica com outro profissional e encaminhamento a outro serviço para realização da baciloscopia (tabela 9).

Entretanto, observou-se que o tempo gasto para conseguir consulta no primeiro serviço de saúde procurado foi de zero dia na AB, PA e nos Serviços Especializados, apresentando percentual de 80,6%, 73,0% e 85,7%, respectivamente. Os Serviços Especializados realizaram a maior proporção de suspeita de TB (46,4%). Na AB e no PA os profissionais de saúde não suspeitaram de TB em 69,4% e 67,6% das vezes que foram procurados como primeiro serviço de saúde. Os três tipos de serviço de saúde procurado pelo doente solicitaram em torno de 50% de exames de escarro. O pedido de radiografia foi baixo em todos os tipos de serviços de saúde, variando entre 14,3% e 29,7% entre os Serviços especializados e PA.

Em relação ao encaminhamento para consulta médica, os Serviços Especializados realizaram o menor número de encaminhamentos 53,6%. A AB foi o serviço de saúde que menos encaminhou o doente para realizar exame de escarro (36,1%).

A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e o encaminhamento a outro serviço para realização de raios-X apresentou evidência de significância estatística ($p < 0,05$). Doentes que procuraram os serviços de AB foram mais encaminhados para realização de exames de raios-X em outros serviços (75%) do que os que procuraram o PA (40,5%) e os Serviços Especializados (50,0%), (tabela 9).

Encontrou-se evidência de associação estatística ($p < 0,05$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e a realização do diagnóstico pelo mesmo serviço de saúde, sendo que os

doentes que procuraram os Serviços Especializados foram mais diagnosticados no mesmo serviço (50,0%) do que os doentes que procuraram o PA (18,9%) e os serviços de AB (22,2%) (tabela 9).

A mediana do número de vezes que o doente procurou o primeiro serviço de saúde até o diagnóstico da TB foi de 3 vezes (com variação de 1 a 50 vezes). Os usuários que buscaram primeiro a AB tiveram que ir mais vezes aos serviço de saúde até para conseguir o diagnóstico, com mediana de 3 vezes, 1º quartil de 2 vezes e 2º quartil de 5 vezes, frequências superiores as encontradas para o PA e Serviços Especializados, (tabela 10).

Tabela 9. Associação do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente com distância do serviço em relação á proximidade do domicílio do doente, tempo gasto para conseguir consulta, suspeita e condutas dos profissionais do serviço de saúde diante da queixa, Foz do Iguaçu, 2009.

Variáveis relacionadas ao acesso ao diagnóstico	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente			P
	AB	PA	Serviços Especializados	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Proximidade em relação ao domicílio do doente				
Próximo	34 (94,4%)	15(-40,5%)	8 (-28,6%)	<0,0001
Distante	2(-5,6%)	22 (59,5%)	20 (71,4%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100%)	28 (100%)	
Conseguiu consulta no mesmo dia				
Sim	29 (80,6%)	27 (73,0%)	24 (85,7%)	0,4420
Não	7 (19,4%)	10 (27,0%)	4 (14,3%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100%)	28 (100%)	
Suspeita do profissional				
Tuberculose	11 (30,6%)	12 (32,4%)	13 (46,4%)	0,3373
Não tuberculose	25 (69,4%)	25 (67,6%)	15 (53,6%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100%)	28 (100%)	
Solicitação de exame de escarro				
Sim	17 (47,2%)	18 (48,6%)	14 (50,0%)	0,9757
Não	19 (52,8%)	19 (51,4%)	14 (50,0%)	
TOTAL	36(100%)	37 (100%)	28 (100%)	
Solicitação de Raio X				
Sim	8 (22,2%)	11 (29,7%)	4 (14,3%)	0,3376
Não	28 (77,8%)	26 (70,3%)	24 (85,7%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100%)	28 (100%)	
Encaminhamento a outro serviço para consulta médica				
Sim	22 (61,1%)	23 (62,2%)	15 (53,6%)	0,7576

Não	14 (38,9%)	14 (37,8%)	13 (46,4%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100%)	28 (100%)	
Encaminhamento a outro serviço para realização de exame de escarro				
Sim	13 (36,1%)	18 (48,6%)	12 (42,9%)	0,5558
Não	23 (63,9%)	19 (51,4%)	16 (57,1%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100%)	28 (100%)	
Encaminhamento a outro serviço para realização de raio-X				
Sim	27 (75,0%)	15 (-40,5%)	14 (-50,0%)	0,0099
Não	9 (-25,0%)	22 (59,5%)	14 (50,0%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100,0%)	28 (100%)	
Diagnóstico no primeiro serviço procurado				
Sim	8 (-22,2%)	7 (-18,9%)	14 (50,0%)	0,0131
Não	28 (77,8%)	30 (81,1%)	14 (-50,0%)	
TOTAL	36 (100%)	37 (100%)	28 (100%)	

Notas: As caselas com resultados em negrito apresentaram resíduos significativos para o teste qui-quadrado de associação. O sinal negativo nas porcentagens indicam resíduo negativo.

Legenda: Serviços de atenção básica incluem unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família; Serviços Especializados incluem consultórios particulares, ambulatórios de referência e hospitais.

A tabela 10 mostra também que a mediana do tempo do diagnóstico da TB foi de 14,5 dias, considerando todos os serviços de saúde (variação de 0 a 365 dias), sendo que 75% de todos os indivíduos entrevistados tiveram seu diagnóstico realizado em até 30 dias após procurar o serviço de saúde.

Os usuários que buscaram primeiro a AB apresentaram maior tempo para receber o diagnóstico de TB, com mediana de 15 dias e 25% deles obtiveram diagnóstico em até 7,5 dias, sendo esses tempos considerados superiores aos encontrados para o PA e Serviços Especializados, (tabela 10).

Tabela 10. Percentis do número de vezes que o doente procurou os serviços de saúde e do tempo entre o primeiro atendimento no serviço de saúde procurado pelos doentes até o diagnóstico da tuberculose, Foz do Iguaçu, 2009.

Primeiro serviço de saúde procurado	Número de vezes que procurou o serviço de saúde		
	Mediana	1º Quartil	2º quartil
Atenção Básica à Saúde (n=36)	3	2	5
Pronto-Atendimento (n=37)	2	1	4
Serviços Especializados (n=28)	2	1	4
TODOS (n=101)	3	2	4
Primeiro serviço de saúde procurado	Tempo para o diagnóstico (dias)		
	Mediana	1º Quartil	2º Quartil
Atenção Básica à Saúde (n=36)	15	7,5	35

Pronto-Atendimento (n=37)	10	3,0	30
Serviços Especializados (n=27)*	7	4,0	30
TODOS (n=100)	14,5	5,0	30

* Um doente foi excluído porque não lembrava número de dias que demorou para diagnóstico.

CONCLUSÕES

Os Serviços Especializados apresentaram maior efetividade no diagnóstico da tuberculose, visto que diagnosticaram 72,3% dos casos, a mediana de tempo foi de 7 dias e o doente precisou buscar o SS apenas 2 vezes (mediana). A ABS demonstrou resultados mais modestos (9,9% de casos diagnosticados) em relação as atividades ligadas ao diagnóstico.

1.5. PELOTAS – RS

Participaram do estudo 102 doentes de TB que em sua maioria (74,5%), foram os do sexo masculino. Quanto à raça/cor identificou-se que 55,9% dos sujeitos eram brancos e 34,3% eram negros. O estado civil da população estudada é em maior proporção solteira (51,0%) sendo que 35,3% relataram-se como casados ou união estável. Com respeito à religião, identificou-se que a predominante é a católica (42,2%) e 27,5% dos sujeitos estudados consideram-se sem religião. Observamos que 77,5% dos entrevistados possuem até oito (08) anos de estudo. Constatou-se 31,4% dos sujeitos investigados estão desempregados, enquanto que o mesmo percentual (31,4%) desenvolve alguma atividade econômica e 21,5% declararam-se aposentados. Em relação à renda mensal da família, 59,8% dos sujeitos afirmam receber acima de dois salários mínimos e 28,4% de meio a dois salários mínimos. Quanto ao local onde o sujeito mora, 99% moram em casa e 97,1% das moradias estão localizadas em área urbana.

1.5.1 Desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da TB em Pelotas

Katiuscia Milano Rosales de Rodrigues¹, Bruno Pereira Nunes¹, Liliam Moura de Lima¹, Caroline de Souza Kröning¹, Jenifer Harter¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Rubia Laine de Paula Andrade², Celeste dos Santos Pereira¹, Roxana Isabel Cardozo-Gonzales¹.

Do total de sujeitos estudados (101) 78,2% conseguiram **consulta no mesmo dia** em que procuraram o serviço de saúde. Não houve associação estatisticamente significativa entre os serviços procurados e a variável, porém identificou-se que os serviços de Pronto Atendimento (PA) tiveram um maior percentual (88,9%) de doentes que conseguiram consulta no mesmo dia, seguido dos serviços especializados (79,5%) e posteriormente os serviços de Atenção Básica (AB) (68,6%).

Em 72,3% dos sujeitos que procuraram os serviços de saúde pela presença dos sintomas da doença **não houve suspeita de TB**. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre os serviços de saúde procurados e a suspeita da doença, no entanto, os profissionais atuantes na AB não suspeitaram de TB em 80,0% dos casos, seguidos pelos serviços especializados (74,4%) e serviços de PA (59,3%).

¹ Universidade Federal de Pelotas - UFPel

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - EERP/USP
E-mail: krosales@net.com.br

Identificou-se que 52,5% dos doentes que procuraram os serviços de saúde não foram **diagnosticados no mesmo serviço procurado**. Quando comparados por tipo de serviços de saúde, verificou-se associação estatisticamente significativa entre os serviços de AB e serviços especializados. O menor desempenho foi observado nos serviços de AB com resíduo negativo (-20,0%) e o melhor desempenho foi para os serviços especializados com resíduo positivo (74,4%).

O **tempo transcorrido entre o primeiro contato com o serviço de saúde e o diagnóstico da TB** foi de até sete (07) dias para 38% dos doentes. Verificou-se associação estatisticamente significativa apenas para os serviços de AB apresentando menor desempenho na realização do diagnóstico em um tempo de zero a sete (07) dias até com resíduo negativo de (-20,6%). Os serviços de PA tiveram melhor desempenho por apresentarem o tempo de zero a sete (07) dias em 51,8% dos doentes atendidos seguido pelos serviços especializados (43,6%).

Quando analisado o desempenho dos serviços de saúde segundo proximidade geográfica com a residência dos doentes identificou-se que 32,7% procuraram os serviços próximos e 67,3% os serviços distantes. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,0140$) entre a proximidade do primeiro serviço de saúde procurado e o tempo transcorrido até o diagnóstico. Os serviços próximos apresentaram menor desempenho na realização do **diagnóstico (em um tempo de zero a sete (07) dias)** com resíduo negativo de -21,2% e os serviços distantes, melhor desempenho com resíduo positivo de 46,3%. Assim, os serviços mais próximos e distantes apresentaram associação estatisticamente significativa na realização do diagnóstico em um tempo acima de trinta (30) dias com resíduo positivo (39,4%) para os serviços próximos, e resíduo negativo para os serviços distantes (-16,4%).

Além disso, encontrou-se associação entre a proximidade do primeiro serviço de saúde procurado em relação ao domicílio do doente e o **recebimento do diagnóstico neste mesmo tipo de serviço** ($p=0,0011$). O menor desempenho foi observado nos serviços próximos com resíduo negativo (-24,2%) e o melhor desempenho foi para os serviços distantes com resíduo positivo (58,8 %).

CONCLUSÕES

As UBS apresentaram menor desempenho na obtenção de consulta no mesmo dia, no primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, na suspeita da doença pelos profissionais de saúde e no menor tempo do diagnóstico (de zero a sete dias) desde o primeiro contato com os

serviços de AB quando comparado com os serviços de PA que se apresentaram com melhores desempenhos.

Os serviços especializados tiveram melhor desempenho na realização do diagnóstico no mesmo serviço procurado pela pessoa quando começou a se sentir doente.

Serviços distantes apresentaram menor tempo para o diagnóstico desde o primeiro contato com o serviço de saúde e diagnóstico no mesmo serviço procurado pelo doente, portanto melhor desempenho quando comparado com os serviços de saúde próximos, como as UBS.

1.6. JOÃO PESSOA- PB

1.6.1 Determinantes individuais e o tipo de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB quando apresentaram os primeiros sinais e sintomas da doença - João Pessoa - PB

Jordana de Almeida Nogueira¹; Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro¹; Rafaela Gerbasi Nóbrega¹; Herika Brito Gomes da Silva¹; Lenilde Duarte de Sá¹; Tereza Cristina Scatena Villa²

Na análise sócio-demográfica verificou-se que do total de casos diagnosticados no período estudado (n=101), 73 (72,3%) eram do sexo masculino e 28 (27,3%) do sexo feminino. Em ambos os sexos, a procura pelos serviços da Atenção Básica (ABS) foi predominante, como também entre os indivíduos até 40 anos e acima de 60, pardos e negros, sem escolaridade e com até 8 anos de estudo. Observa-se que entre os indivíduos maiores de 40 e menores de 60 anos, houve maior procura pelos Serviços Especializados (SE), assim como para os indivíduos de raça branca, e com mais de 8 anos de estudo.

Tabela 11. Associação dos determinantes individuais e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de TB. João Pessoa, 2009 (n=101)

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente			Total	p
	AB	PCT	SE		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo					
Feminino	15 (53,6%)	3 (10,7%)	10 (35,7%)	28(100,0%)	0,5266
Masculino	32 (43,8%)	14 (19,2%)	27 (37,0%)	73(100,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	
Idade					
Até 40 anos	27 (47,4%)	10 (17,5%)	20 (35,1%)	57(100,0%)	0,6979
> que 40 e < que 60 anos	13 (41,9%)	4 (12,9%)	14 (45,2%)	31(100,0%)	
60 anos ou mais	7 (53,8%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	13(100,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	
Raça/Cor(n=97)*					
Branco	8(36,4%)	3(13,6%)	11(50,00%)	22(100,0%)	0,4750
Negro	9(47,4%)	2(10,5%)	8(42,1%)	19(100,0%)	
Pardos	27(48,2%)	12(21,4%)	17(30,4%)	56(100,0%)	
TOTAL	44(45,4%)	17(17,5%)	36(37,1%)	97(100,0%)	
Estado Civil					
Solteiro	22 (48,9%)	9 (20,00%)	14 (31,1%)	45(100,0%)	0,5579
Casado/União estável	23 (46,0%)	6 (12,0%)	21 (42,0%)	50(100,0%)	
Separado/Divorciado/Viúvo	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	6(100,0%)	

¹ Universidade Federal da Paraíba – UFPB

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP

E-mail jal_nogueira@yahoo.com.br

TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	
Crença/ religião (n=97)*					
Sem religião	12(63,1%)	1(5,3%)	6 (31,6%)	19(100,0%)	0,2759
Católica	21(40,4%)	12(23,1%)	19 (36,5%)	52(100,0%)	
Evangélica	12(46,2%)	3(11,5%)	11(42,3%)	26(100,0%)	
TOTAL	45(46,4%)	16(16,5%)	36(37,1%)	97(100,00%)	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	33 (50,8%)	11 (16,9%)	21 (32,3%)	65(100,0%)	0,0760
Mais de 8 anos de estudo	5 (23,8%)	3 (14,3%)	13 (61,9%)	21(100,0%)	
Sem escolaridade	9 (60,0%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)	15(100,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	
Renda					
Até 0,5 SM	6 (50,0%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	12(100,0%)	0,0191
De 0,5 a 1,0 SM	14 (35,9%)	8 (20,5%)	17 (43,6%)	39(100,0%)	
Acima de 1,0 SM	27(54,0%)	4(8,0%)	19 (38,0%)	50(100,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	
Acesso propagandas/campanhas/trabalhos					
Nunca	19 (39,6%)	8 (16,7%)	21 (43,7%)	48(100,0%)	0,6266
Às vezes	18 (56,3%)	5 (15,6%)	9 (28,1%)	32(100,0%)	
Sempre	10 (47,6%)	4 (19,1%)	7 (33,3%)	21(100,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	
Tratamento pregresso/familiar					
Sim	17 (47,2%)	7 (19,5%)	12 (33,3%)	36(100,0%)	0,5752
Não	28 (46,7%)	8 (13,3%)	24 (40,0%)	60(100,0%)	
Não Sabe	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5(100,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	
Avaliação do conhecimento da TB antes de adoecer (n=97)*					
Ruim	38 (47,5%)	13 (16,2%)	29 (36,3%)	80(100,0%)	0,8716
Regular	8 (47,1%)	2 (11,7%)	7 (41,2%)	17(100,0%)	
TOTAL	46 (47,4%)	15 (15,5%)	36 (37,1%)	97(100,0%)	
Intensidade dos sintomas					
Fraco	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8(100,0%)	0,4363
Moderado	10 (50,0%)	3 (15,0%)	7 (35,0%)	20(100,0%)	
Forte	33 (45,2%)	11 (15,1%)	29 (39,7%)	73(100,0%)	
TOTAL	47 (46,5%)	17 (16,8%)	37 (36,7%)	101(100,0%)	

ABS- Serviços de Atenção Básica UBS/PSF/PACS; PCT- Referencia Ambulatorial para TB

SE.- Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares.

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

** Salário mínimo: R\$ 465,00.

Dos que assinalam contato com outro membro da família acometido pela mesma enfermidade, 47,2% procuraram a ABS, 33,3% optaram por SE, e 19,5% pelo ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Da maioria que afirma não possuir nenhum ente

familiar com história de tratamento para TB, a utilização de serviços assemelhou-se ao anterior: 46,7% a ABS, 40,0% SE e 13,3% o PCT.

Entre os 73 (72,7%) pacientes que procuraram o serviço de saúde quando se perceberam com “fortes” sintomas da doença, observa-se que a ABS foi eleita como serviço de primeira escolha por 45,2%, seguido pelos SE- 39,7%.

No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a semelhança de proporções e a não existência de associação entre as variáveis que caracterizam o perfil sócio-demográfico (sexo, idade, raça, estado civil, crença, escolaridade, acesso a informações, tratamento pregresso de familiares e intensidade dos sintomas) e o tipo de serviço de saúde procurado. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,0191$) entre o primeiro serviço de saúde procurado com a variável “renda”.

Em relação ao tempo decorrido entre o início dos sintomas de TB e a primeira procura por um serviço de saúde (Figura 10), observa-se valor mediano igual a 20, primeiro quartil igual a 7 e terceiro quartil 60 dias. Valores extremos foram observados, identificando demora de até 1 ano até a procura por assistência.

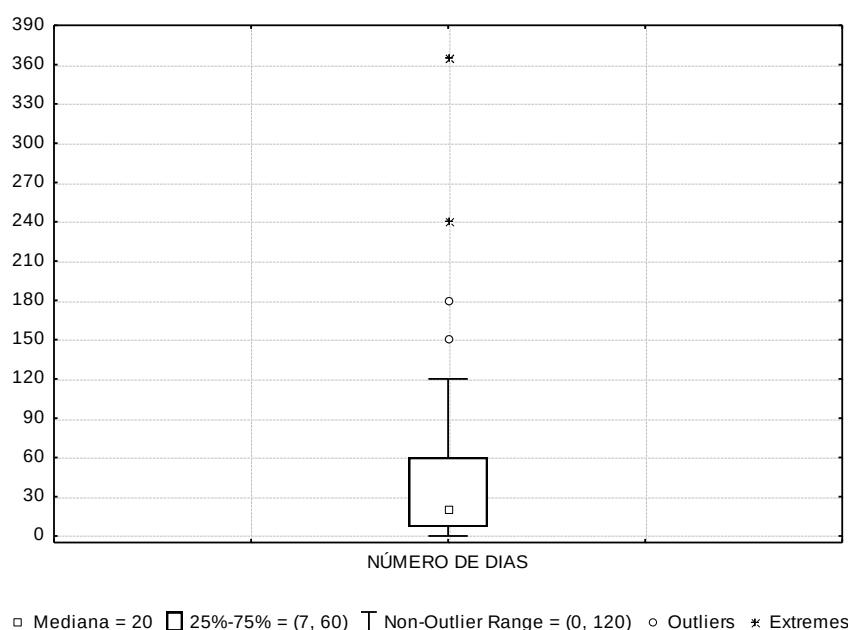


Figura 10. Box Plot da distribuição da mediana segundo a variável tempo em dias que demorou para procurar o serviço de saúde quando começou a se sentir doente – João Pessoa-PB-2009.

CONCLUSÕES

No presente estudo, pôde-se constatar que os serviços da ABS vem gradativamente se configurando como porta de entrada do doente ao sistema de saúde. Não houve associação entre o sexo, raças, estado civil, crença à maior utilização de serviços, recorrendo com maior

frequência aos serviços da ABS para ingressar na rede de cuidados. A avaliação que os doentes fizeram acerca do seu próprio conhecimento sobre a doença apontou apenas dois resultados insatisfatório: regular e ruim, sendo a gravidade dos sintomas que, em geral, impulsionou o indivíduo a buscar assistência médica.

Considerando que a TB apresenta elevado gradiente social e é determinada pelas condições de vida de uma população, o indicador renda e nível educacional cobrem um aspecto diferente da estratificação social. O nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidades e a renda representa antes de tudo o acesso aos bens materiais. Portanto, destaca-se o papel dos indicadores culturais e de desigualdade social com o retardo no diagnóstico da doença. Compreender como estes fatores se inter-relacionam é essencial para entender porque muitos pacientes demoram a procurar os serviços de saúde por ocasião dos primeiros sintomas da doença.

1.6.2 Desempenho dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da Tuberculose: João Pessoa-PB

Jordana de Almeida Nogueira¹, Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro¹; Cybelle Alves da Silva¹; Luana Carla Santana Oliveira¹; Lenilde Duarte de Sá¹; Tereza Cristina Scatena Villa²

Do total de casos diagnosticados no período estudado (n=101), 47(46,5%) acessaram a Atenção Básica (ABS) quando começaram a sentir os sinais e sintomas da doença, 37(36,7%) optaram por Serviços Especializados (Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares) e 17(16,8%) procuraram o ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) (Tabela 12).

Entre os doentes que procuraram serviços de ABS, 100% o consideraram próximo em relação ao domicílio. Quanto aos usuários que procuraram o PCT, 94,1% o consideraram distante de seu domicílio. A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e “proximidade do mesmo em relação ao domicílio” do doente apresentou significância estatística (p=0,0000).

A suspeita de TB atribuída aos sinais e sintomas alcançou percentuais elevados - 82,4% no ambulatório de referência (PCT), assim como a solicitação do exame bacteriológico requisitado para 100% dos casos. A associação entre as variáveis primeiro serviço de saúde procurado e a “suspeita de TB” apresentou significância (p = 0,0267), mostrando maior especificidade do ambulatório de referência (PCT) para a suspeição dos casos de TB. A categoria SE foi que menos solicitou o exame de escarro, priorizando a avaliação radiológica. A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente e o “encaminhamento a outro serviço para realização de Raio-X” apresentou significância estatística (p = 0,019).

Tabela 12. Associação do primeiro serviço de saúde procurado pelo doente com distância do serviço em relação à proximidade do domicílio do doente, suspeita e condutas dos profissionais do serviço de saúde diante da queixa. João Pessoa, 2009 (N=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente			p
	AB	PCT	SE	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Proximidade em relação ao domicílio do doente				0,0000
Sim	47 (100,0%)	1 (5,9%)	4 (10,8%)	

¹ Universidade Federal da Paraíba – UFPB

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP

E-mail jal_nogueira@yahoo.com.br

Não	0 (0,0%)	16 (94,1%)	33(89,1%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Suspeita do profissional				
Tuberculose	25 (53,2%)	14 (82,4%)	16 (43,2%)	0,0267
Não tuberculose	22 (46,8%)	3 (17,6%)	21 (56,8%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Solicitação de exame de escarro				
Sim	26 (55,3%)	17 (100,0%)	14 (37,8%)	0,0001
Não	21 (44,7%)	0 (0,00%)	23 (62,2%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Solicitação de Raio X				
Sim	27 (57,5%)	16 (94,1%)	26 (70,3%)	0,0196
Não	20 (42,5%)	1 (5,9%)	11 (29,7%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Diagnóstico no primeiro serviço procurado				
Sim	17 (36,2%)	17 (100,0%)	22 (59,5%)	0,0000
Não	30 (63,8%)	0 (0,0%)	15 (40,5%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Local do Diagnóstico				
ABS	17(36,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,0000
PCT	23 (48,9%)	17 (100,0%)	15 (40,5%)	
Outros	7(14,9%)	0 (0,0%)	22(59,5%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	

ABS- Serviços de Atenção Básica UBS/PSF/PACS; PCT- Referência Ambulatorial especializada para TB SE (Serviços Especializados)- Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

Entre o total de casos investigados (N=101), 55 (54,5%) foram diagnosticados no PCT. Dos 47 usuários que acessaram a ABS, 17 (36,17%) fizeram diagnóstico neste serviço, 23 (48,93%), foram diagnosticados no ambulatório do PCT e 7 (14,90%) nos serviços especializados. Verificou-se que dos 37 doentes que procuraram os SE como primeira escolha para investigar os sintomas percebidos, 15 (40,55%) acabaram tendo o diagnóstico realizado no PCT, mostrando nestes casos que os usuários transitaram apenas entre serviços de maior densidade tecnológica. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,0000$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e a “realização do diagnóstico pelo mesmo serviço de saúde”, sendo que os doentes que procuraram o ambulatório especializado (PCT) foram 100% diagnosticados neste serviço.

Dos 17 casos que realizaram diagnóstico na AB, 13 (76,4%) consideram que o serviço localiza-se próximo ao seu domicílio (Tabela 13). Os usuários que receberam diagnóstico no ambulatório do PCT e nos SE o consideraram distante do seu domicílio, sendo mencionados por 76,4% e 55,2% respectivamente. De maneira geral os serviços que diagnosticaram

ofereceram atendimento no período de até 24 horas, sendo que o PCT apresentou melhor desempenho (96,4%). Encontrou-se evidência de associação entre o serviço que diagnosticou TB e as variáveis “proximidade do mesmo em relação ao domicílio do doente” e “consulta no prazo de 24h” com valores de $p=0,0000$ e $0,0044$ respectivamente.

Tabela 13. Associação do serviço que realizou diagnóstico com distância do serviço em relação à proximidade do domicílio do doente, tempo gasto para conseguir consulta, disponibilidade de insumos, condutas dos profissionais do serviço de saúde diante da queixa. João Pessoa, 2009 (N=101)

Variáveis	Serviço que Diagnosticou a TB			p
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	
Proximidade em relação ao domicílio do doente				
Distante	2 (11,8%)	42 (76,4%)	16 (55,2%)	0,0000
Regular	2 (11,8%)	9 (16,4%)	9 (31,0%)	
Próximo	13 (76,4%)	4 (7,2%)	4 (13,8%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Conseguiu consulta no mesmo dia				
Sim	12 (70,6%)	53 (96,4%)	23(79,3%)	0,0044
Não	5 (29,4%)	2 (3,6%)	6 (20,7%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Orientação quanto à realização dos exames				
Sim	14 (82,4%)	50 (90,9%)	27 (93,1%)	0,1348
Não	3 (17,6%)	5 (9,1%)	2 (6,9%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Falta de material para a realização dos exames diagnósticos				
Sim	2 (11,8%)	1 (1,8%)	4 (13,8%)	0,2082
Não	15 (88,2%)	54 (98,2%)	25 (86,2%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Atendimento dos profissionais no serviço que diagnosticou				
Regular/ Ruim	1 (5,9%)	1 (1,8%)	5 (17,2%)	0,0819
Bom	16 (94,1%)	54 (98,2%)	24 (82,8%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	

ABS- Serviços de Atenção Básica UBS/PSF/PACS; PCT- Referência Ambulatorial especializada para TB; SE (Serviços Especializados) - Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

Não houve associação estatisticamente significativa entre o serviço que diagnosticou e as variáveis: “orientação para realização de exames”; “falta de material para realização de diagnóstico” e “qualidade do atendimento prestado”. A orientação para realização do exame

de escarro parece ser uma prática comum entre serviços e em geral os insumos para a coleta do material vem sendo disponibilizados.

Quanto ao número de vezes que precisou comparecer ao serviço de saúde para realização do diagnóstico (Figura 11), observa-se valor de mediana igual a 3, oscilando entre 2 vezes (primeiro quartil) e 4 vezes (terceiro quartil), sendo observados valores extremos acima de 20 vezes.

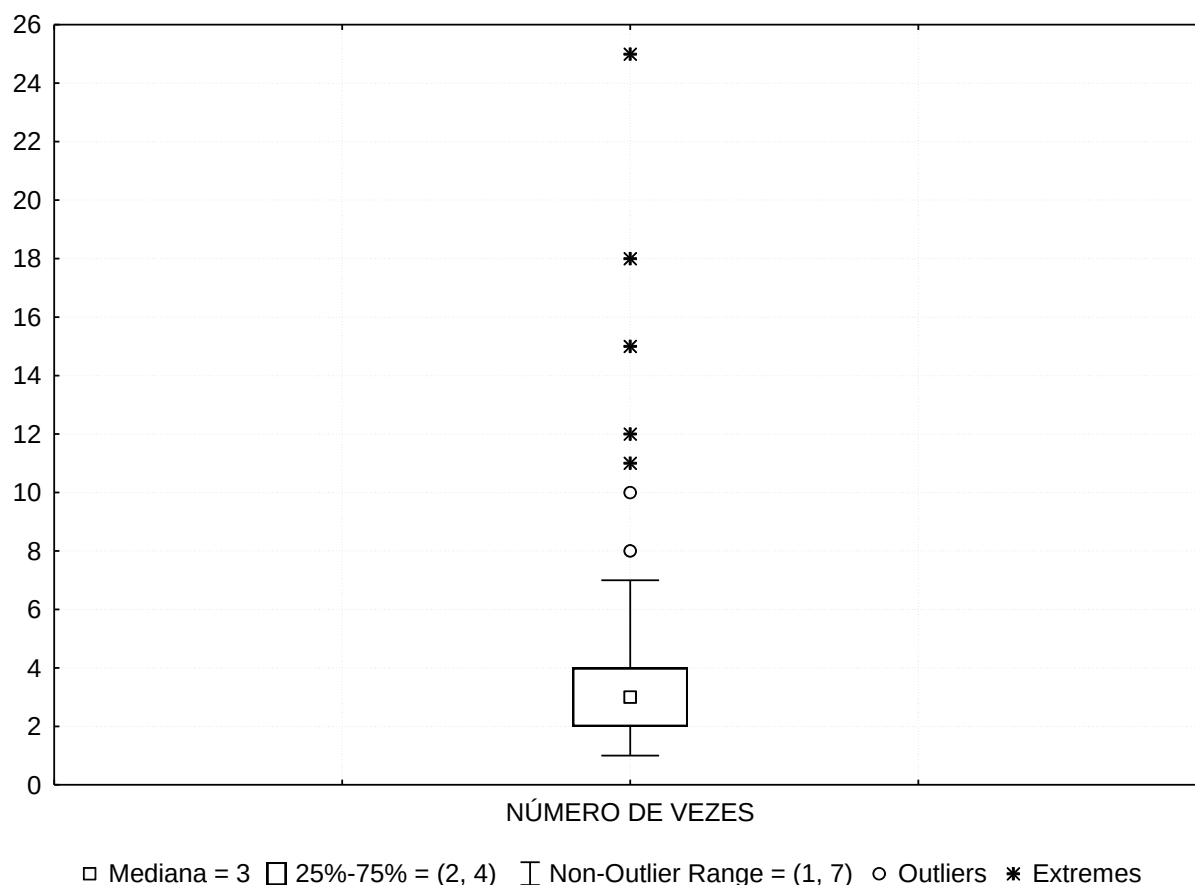


Figura 11. Box Plot da distribuição da mediana segundo o número de vezes que precisou comparecer ao serviço de saúde para descobrir que tinha TB – João Pessoa-PB-2009.

A Figura 12, mostra que a mediana do tempo do diagnóstico da TB foi de 9 dias, com maior proximidade do primeiro quartil, valor igual a 6. Valores extremos foram observados, registrando tempo para obtenção do diagnóstico de 1 a 29 dias.

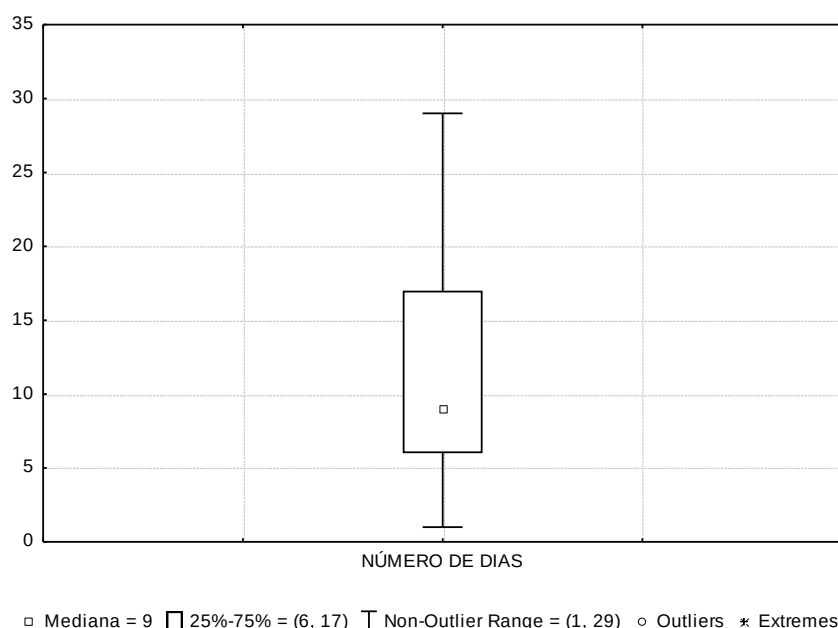


Figura 12. Distribuição da mediana segundo a variável tempo em dias que demorou a receber o diagnóstico de TB – João Pessoa-PB-2009.

CONCLUSÕES

A ABS tem sido eleita preferencialmente como porta de entrada para o sistema de serviços de saúde, entretanto ainda não se consolida como unidade de diagnóstico da TB. Chama atenção que às etapas de procura e o ato de ingressar no serviço de ABS não representa condição necessária à utilização. O serviço especializado (PCT) permanece como principal serviço diagnosticador e responsável pela continuidade da atenção. Embora preconizado a descentralização das ações de investigação de sintomáticos respiratórios para o nível da atenção básica, ações de suspeição dos casos concentram-se em níveis de maior densidade tecnológica.

O melhor desempenho da atenção programática (PCT) pode estar associado ao horário de funcionamento destes serviços, qualidade da receptividade, acolhimento ordenado, menor tempo em confirmar o diagnóstico (quando comparados aos serviços da ABS), bem como comprometimento e qualificação dos profissionais para a suspeita da doença na primeira consulta.

Faz-se indispensável, portanto, repensar a forma de organização das ações de diagnóstico da TB na rede de atenção à saúde, uma vez que o acesso aos serviços de ABS não amplia necessariamente a acessibilidade ao diagnóstico.

1.6.3 Desempenho dos serviços de saúde na atenção aos comunicantes de Tuberculose-João Pessoa-PB

Jordana de Almeida Nogueira¹, Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro¹ Daiane Medeiros da Silva¹; Ana Paula Dantas Silva Medeiros²; Sandra Aparecida de Almeida²; Tereza Cristina Scatena Villa³

A Tabela 14 mostra que a procura por Sintomáticos Respiratórios (SR) no domicílio foi realizada independente do tipo de serviço que diagnosticou a TB. No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a não existência de associação entre as variáveis que caracterizam a “procura por sintomáticos respiratórios no domicílio do doente” pelo serviço de saúde que diagnosticou a TB ($p=0,5941$).

Quanto a “visita no domicílio do doente” a AB apresentou maior percentual de cobertura, com 94,1%. No caso desta variável evidenciou-se associação estatisticamente significativa entre os serviços pesquisados ($p=0,0274$). Não houve associação entre as variáveis que analisam a avaliação dos comunicantes domiciliares com exame de escarro ($p=0,9311$), RX de Tórax ($p=0,3215$) e PPD ($p=0,1007$). Entre os casos diagnosticados na AB, 58,8% dos comunicantes “nunca” foram investigados pela baciloscopia. Este percentual alcançou 69,8% no PCT e 64,3% nos SE. O teste tuberculínico foi o exame menos requisitado nas três categorias de serviços avaliados.

Não houve associação entre as variáveis que avaliam se o serviço de saúde que diagnosticou a TB “conversou com os comunicantes domiciliares sobre a TB” ($p=0,5422$), e sobre suas “condições de vida” ($p=0,3846$).

Tabela 14. Associação entre os serviços de saúde que diagnosticaram a TB e conduta dos profissionais de saúde para investigação dos comunicantes domiciliares. João Pessoa, 2009 (n=98*).

VARIÁVEIS	Serviço que diagnosticou TB			P
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	
Procura por sintomáticos respiratórios no domicílio do doente				
Nunca	3 (17,6%)	10 (18,87%)	3 (10,71%)	0,5941
Às vezes	0 (0,0%)	2 (3,77%)	0 (0,00%)	
Sempre	14 (82,4%)	41 (77,36%)	25 (89,29%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Visitas no domicílio do doente				
Nunca	1 (5,9%)	15 (28,3%)	11 (39,3%)	0,0274
Às vezes	0 (0,0%)	7 (13,2%)	1 (3,6%)	

¹ Universidade Federal da Paraíba- UFPB

² Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE

³ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP

E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br

Sempre	16 (94,1%)	31(58,5%)	16 (57,1%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Avaliação dos comunicantes com exame de escarro				
Nunca	10 (58,8%)	37 (69,8%)	18 (64,3%)	
Às vezes	1 (5,9%)	2 (3,8%)	1 (3,6%)	0,9311
Sempre	6 (35,3%)	14 (26,4%)	9 (32,1%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Avaliação dos comunicantes com Raio X				
Nunca	10 (58,8%)	27 (50,9%)	14 (50,0%)	
Às vezes	1 (5,9%)	9 (17,0%)	1 (3,6%)	0,3215
Sempre	6 (35,3%)	17 (32,1%)	13 (46,4%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Avaliação dos comunicantes com PPD				
Nunca	16 (94,1%)	48 (90,6%)	22 (78,6%)	
Às vezes	1 (5,9%)	1 (1,9%)	0 (0,00%)	0,1007
Sempre	0 (0,0%)	4 (7,5%)	6 (21,4%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Conversaram com os comunicantes domiciliares sobre a TB				
Nunca	7 (41,2%)	25 (47,2%)	13 (48,2%)	
Às vezes	2 (11,8%)	1 (1,9%)	2 (7,4%)	0,5422
Sempre	8 (47,0%)	27 (50,9%)	12 (44,4%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Conversaram com os comunicantes domiciliares sobre as condições de vida				
Nunca	14 (82,4%)	32 (60,4%)	15 (53,6%)	
Às vezes	0 (0,0%)	1 (1,9%)	1 (3,6%)	0,3846
Sempre	3 (17,6%)	20 (37,7%)	12 (42,8%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	

ABS- Serviços de Atenção Básica UBS/PSF/PACS; PCT- Referência Ambulatorial especializada para TB
SE (Serviços Especializados)- Hospitais Gerais/ Particulares, Policlínicas, Consultórios Particulares

* Três doentes foram excluídos (dois moradores de rua e um que vivia sozinho).

CONCLUSÕES

Os resultados apontam para a necessidade de ajustes, seja no planejamento e/ou organização das ações, cujo enfoque privilegie o cumprimento das prescrições oficiais do PNCT. A atenção ao comunicante pelos serviços de saúde restringe-se a busca de sintomáticos respiratórios e visitas no domicílio do doente. Apesar de um percentual satisfatório de usuários atendidos pela ABS receber atenção no domicílio, a utilização deste recurso para avaliação de fatores de risco é incipiente. Destaca-se deficiência na investigação bacteriológica e radiológica, baixa capacidade dos serviços na inclusão dos familiares no processo terapêutico do doente de TB.

1.7. FEIRA DE SANTANA – BA

1.7.1 Os serviços de saúde procurados pelo doente de Tuberculose de Feira de Santana-BA, 2009

Marluce Maria Araújo Assis¹, Pricila Oliveira de Araújo¹, Juliana Alves Leite Leal¹, Maria Yaná Guimarães Freitas¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Maria Angela Alves do Nascimento¹, Erenilde Marques Cerqueira¹

Dos 100 pacientes que fizeram parte do estudo de Feira de Santana, observou-se a predominância do sexo masculino (72%), da cor parda (61%), seguida da negra com 23% e branco 14%. Quanto ao estado civil, 44% eram casados/união estável e 41% solteiros. Quanto à religião, 61% era católico, 24% evangélica.

No que se refere ao acesso ao diagnóstico e tratamento da TB, realizou-se o cruzamento da variável procura pelo serviço de saúde mais próximo de sua casa quando ficou doente e o primeiro serviço de saúde procurado (Figura 13).

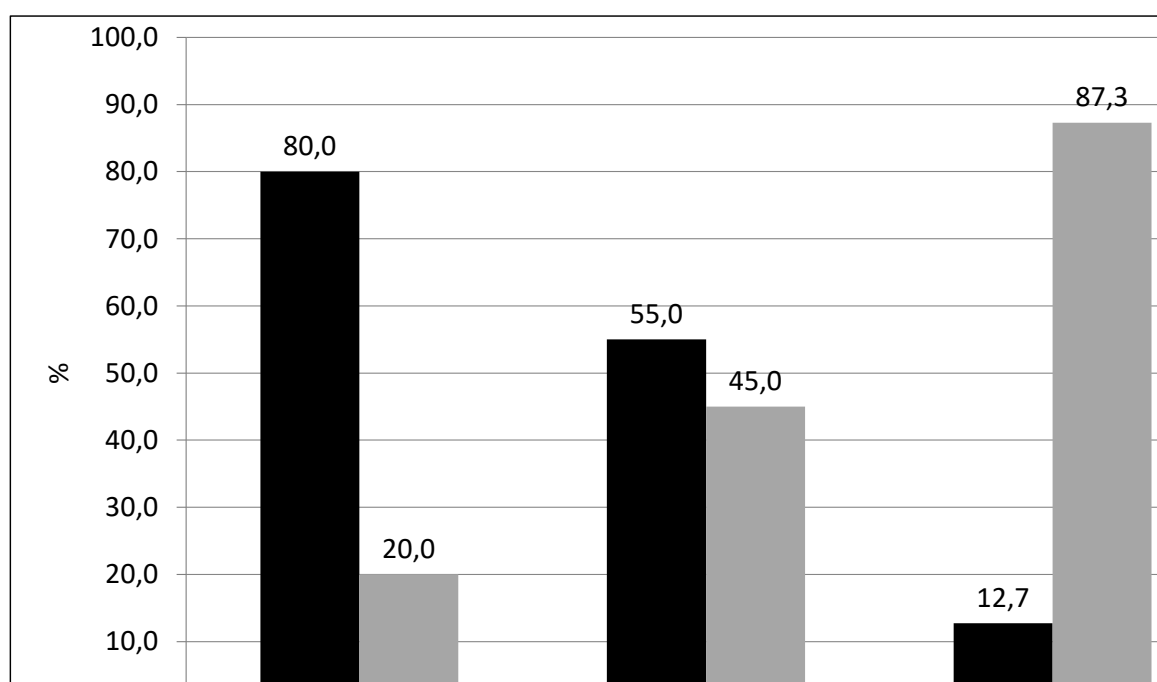


Figura 13. Distribuição dos doentes de TB que procuraram ou não procuraram o serviço de saúde mais próximo de sua casa, em Feira de Santana, 2009.

Observa-se que dentre as 25 pessoas que recorreram aos serviços da AB, estes configuraram-se como os serviços mais próximos da moradia dos doentes (80,0%), ao contrário das 55 pessoas que recorreram aos outros serviços (hospitais públicos e privados,

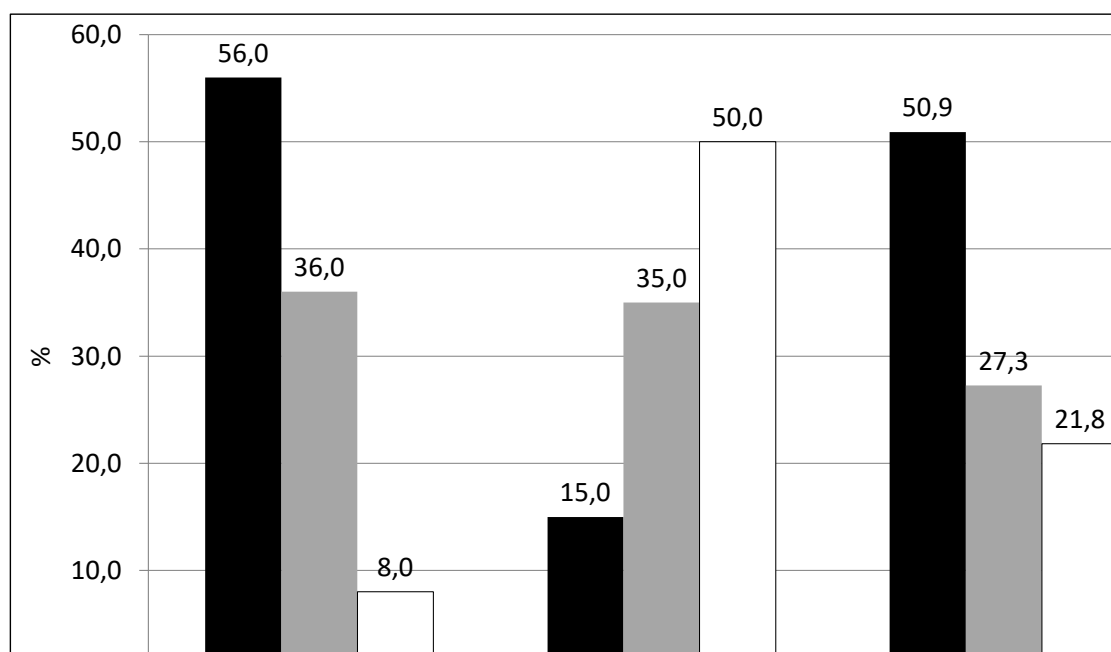
¹ Departamento de Saúde. Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - EERP/USP.

E-mail: marluce.assis@pesquisador.cnpq.br .

clínicas particulares e ambulatórios de referência), que configuraram-se como os serviços mais distantes (87,3%). Entre os 20 indivíduos que recorreram as unidades de PA, quase metade (55%) informaram que eram os serviços mais próximos (Figura 13).

A Figura 14 mostra o tipo de *suspeita diagnóstica do profissional de saúde que o atendeu e o primeiro serviço de saúde procurado*.



Legenda: NI = Não Informada

Figura 14. Distribuição das suspeitas dos profissionais de saúde no primeiro serviço de saúde procurado em Feira de Santana, 2009.

Os profissionais de saúde suspeitaram de TB em 56% dos casos que procuraram a AB, 15% dos casos que procuraram o PA e 50,9% dos casos que procuraram os outros serviços. Relatam suspeitas não informadas 8% dos casos que procuraram a AB, 50% o PA e 21,8% os outros serviços.

Vale ressaltar que a disponibilidade de raio-x nas instituições hospitalares é maior e as clínicas privadas que não dispõem do exame, encaminhando os suspeitos para pagarem pelo mesmo em outras unidades de saúde. Na UR, as pessoas são encaminhadas para uma policlínica da rede municipal.

A Figura 15 evidencia a distribuição dos raio-x solicitados pelos profissionais do primeiro serviço de saúde procurado. No início do adoecimento foram solicitados raio-x para 72% dos casos que procuraram a AB, 78,2% os outros serviços e 35% o PA.

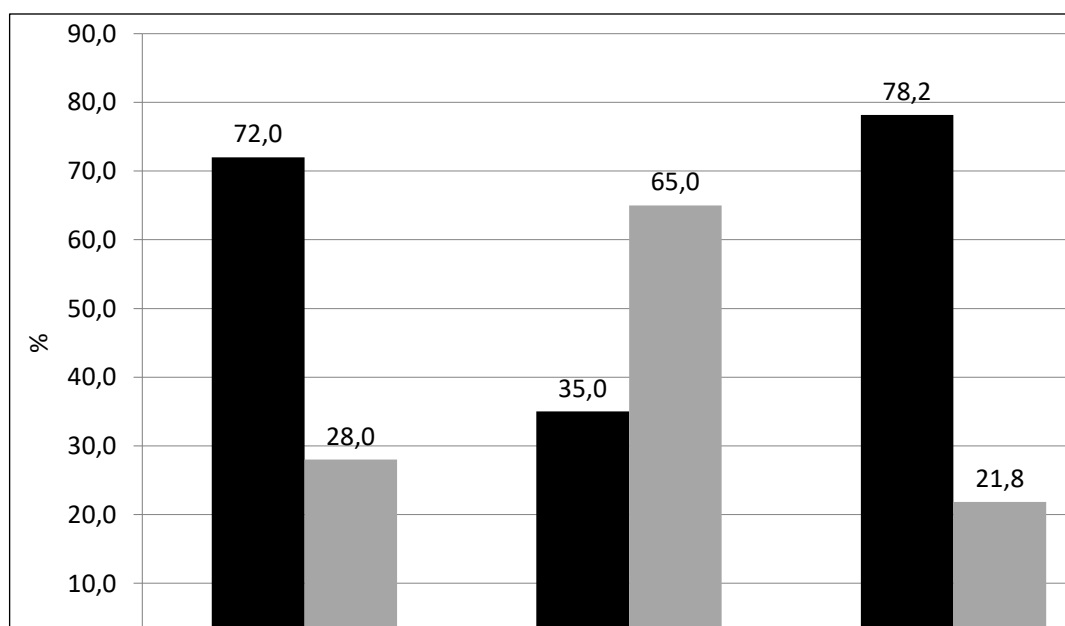


Figura 15 . Distribuição das solicitações de Raio-X pelo primeiro serviço de saúde procurado em Feira de Santana, 2009.

CONCLUSÃO

- A maioria dos doentes de TB recorreu a serviços como hospitais públicos e privados, clínicas particulares e ambulatórios de referência, seguidos pela AB;
- Grande parte não procurou os serviços de saúde mais próximo, buscando outros tipos de serviço, principalmente os hospitais privados;
- Os profissionais de saúde da AB e dos serviços especializados foram os que mais suspeitaram de TB, embora a suspeição tenha sido considerada baixa (em torno de 50%);
- Metade dos doentes que buscaram os PA's não foram informados sobre sua situação de saúde;
- Houve um grande número de solicitações de raio-x na AB e serviços especializados, ao contrário do PA que foi o local que menos fez esse pedido.

PREVENÇÃO... PROMOÇÃO...

Importante em qualquer processo
são seus resultados:

Se benéficos,
objetivos altruístas
planejamento adequado
desempenho eficaz
processo eficiente
projeto beneficente.

Se maléficos
tudo deverá ser
revisto
reprogramado
refeito.

Não querer mudar o resultado
mas sim o que antecede ao mesmo.

No processo da doença
mais importante que a cura
é sua prevenção;

No processo da saúde
mais importante que prevenção
é sua promoção.

Não somente para saúde-doença
isso é válido,
mas para todos aspectos do viver
e, para isso,
maduro é preciso estar
para tal postura compreender.

ANTONIO RUFFINO NETTO

19-04-2010

CAPITULO III

PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESULTADOS E CONCLUSÕES



1 PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1.1 RIBEIRÃO PRETO - SP

1.1.1 Desempenho dos profissionais de saúde para o diagnóstico da tuberculose, Ribeirão Preto 2009.

Rubia Laine de Paula Andrade¹, Anneliese Domingues Wysocki¹, Maria Amélia Zanon Ponce¹, Beatriz Estuque Scatolin¹, Antonio Ruffino Netto², Aline Aparecida Monroe¹, Tereza Cristina Scatena Villa¹.

Dos profissionais entrevistados nos PA, 42 (61,8%) eram do sexo feminino e 26 (38,2%) eram do sexo masculino; 22 (32,4%) eram médicos, 11 (16,2%) enfermeiros e 35 (51,5%) auxiliares/técnicos de enfermagem. Em relação ao tempo que os profissionais do PA trabalham nos serviços municipais de saúde, a mediana foi de 5,0 anos (variou de 0,3 a 30 anos).

Dos profissionais entrevistados nos serviços de Atenção Básica, 70 (77,8%) eram do sexo feminino e 20 (22,2%) eram do sexo masculino; 27 (30,0%) eram médicos, 17 (18,9%) enfermeiros e 46 (51,1%) auxiliares/técnicos de enfermagem. Em relação ao tempo que os profissionais dos serviços de Atenção Básica trabalham nos serviços municipais de saúde, a mediana foi de 12,7 anos (variou de 0,2 a 32 anos).

Indicadores de estrutura

Em relação à estrutura dos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto para o diagnóstico da TB, verificou-se que as unidades de PA estão melhor equipadas em relação à recursos materiais e equipamentos, principalmente no que se refere à existência de aparelho de raio-X e geladeira para acondicionamento de material biológico. No entanto, em relação aos recursos humanos, verifica-se uma deficiência no quadro de funcionários do PA, com maior sobrecarga de trabalho (tabela 15). Importante destacar que a maior parte dos profissionais, tanto da AB, quanto do PA, referiram se sentir preparados para identificar um caso suspeito de TB.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

Email: rubia@eerp.usp.br

Tabela 15. Indicadores da estrutura dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009

Indicadores	AB			PA		
	n		IC	n		IC
Proporção de US com formulário para solicitar baciloscopia	28	100%	100%-100%	5	100%	100%-100%
Proporção de US com pote para coleta de escarro	28	92,9%	83,3%-100%	5	100%	100%-100%
Proporção de US com geladeira para armazenamento de material biológico (baciloscopia)	28	58,4%	59,0%-91,0%	5	100%	100%-100%
Proporção de US com raio-X	28	-	-	5	60%	17,1%-100%
Proporção de PS que se sentem preparados para identificar suspeitos de TB	90	73,3%	64,2%-82,5%	68	69,1%	58,1%-80,1%
Frequência que a US tem disponibilidade suficiente de PS [∞]	89	3,40	3,15-3,66	68	2,63	2,34-2,92
Frequência que a US tem rotatividade de PS ^Ω	87	3,43	3,16-3,69	65	3,00	2,73-3,27
Frequência que os PS sentem sobrecarga de trabalho ^π	89	3,54	3,25-3,83	67	2,16	1,83-2,50
Condição do local destinado para a coleta de escarro na US ^π	49	2,51	2,19-2,83	37	2,27	1,91-2,63

Legenda: US – unidade de saúde; PS – profissional de saúde; TB – Tuberculose.

Notas: Questões com escala Likert de resposta (escores de 1 a 5 - O desempenho foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores - **MÉDIA**: aos valores próximos de 1 e 2 foi estipulado a classificação de desempenho não-satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatório)

[∞] Escala de resposta – 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre;

^Ω Escala de resposta – 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca;

^π Escala de resposta – 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 – regular; 4 – bom; 5 – muito bom.

Indicadores de processo

Em relação ao processo de atenção, os profissionais da AB apresentam um melhor desempenho na solicitação de baciloscopia, mesmo sendo baixa a solicitação. Os profissionais da equipe de enfermagem, tanto da AB quanto do PA, mesmo tendo autonomia para a solicitação de baciloscopia no município, encaminham o caso suspeito ao médico, o qual, em sua maioria, solicita o raio-X. Além disso, os profissionais da AB relatam um melhor tempo destinado para o atendimento de cada usuário, o que resulta em menor encaminhamento dos casos suspeitos de TB para outra unidade de saúde pelos médicos. Verificou-se, ainda, que os profissionais da AB se sentem menos responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB quando comparados aos profissionais do PA (tabela 16).

Tabela 16. Indicadores do processo de atenção dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose, na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009

Indicadores	AB			PA		
	n		IC	n		IC
Proporção de PS que realiza a anamnese de um caso suspeito de TB	90	51,1%	40,8%-61,4%	67	38,8%	27,1%-50,5%
Proporção de PS que solicita baciloscopia a um caso suspeito de TB	90	33,3%	23,6%-43,1%	67	10,4%	3,1%-17,8%
Proporção de médicos que solicita raio X a um caso suspeito de TB	27	59,3%	40,7%-77,8%	22	63,6%	43,5%-83,7%
Proporção de profissionais da equipe de enfermagem que encaminham um caso suspeito de TB ao médico	63	74,6%	63,9%-85,4%	45	71,1%	57,9%-84,4%
Proporção de médicos que encaminham um caso suspeito de TB a outro serviço de saúde	27	-	-	22	27,3%	8,7%-45,9%
Qualidade do tempo que o PS destina para atender os usuários ^π	90	3,70	3,55-3,85	68	3,13	2,91-3,35
Frequência que os PS sentem dificuldade para falar sobre a TB com o paciente ^Ω	89	4,16	3,94-4,37	68	3,74	3,44-4,03
Frequência que os PS sentem dificuldade para convencer o paciente a colher escarro ^Ω	88	3,97	3,73-4,21	61	3,84	3,54-4,13
Frequência que os PS sentem dificuldade para preencher pedidos de exame ^Ω	86	4,57	4,40-4,74	60	4,40	4,14-4,66
Frequência que os PS se sentem responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB ^Ω	89	3,61	3,43-3,79	68	3,16	2,93-3,39

Legenda: US – unidade de saúde; PS – profissional de saúde; TB - Tuberculose.

Notas: Questões com escala Likert de resposta (escores de 1 a 5 - O desempenho foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores - **MÉDIA**: aos valores próximos de 1 e 2 foi estipulado a classificação de desempenho não-satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatório)

^π Escala de resposta – 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 – regular; 4 – bom; 5 – muito bom;

^Ω Escala de resposta – 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

Neste estudo, ainda verificou-se o desempenho dos serviços de AB no desenvolvimento de ações de diagnóstico da TB direcionadas à comunidade. Percebeu-se um regular desempenho no desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, visitas domiciliares para entrega de pote de escarro e orientações relacionadas à TB na comunidade. Além disso, os serviços de AB apresentaram um desempenho insatisfatório em relação à participação da comunidade para discutir sobre TB e realização de ações intersetoriais para entrega de pote de escarro, tabela 17.

Tabela 17. Indicadores do processo de atenção dos serviços de atenção básica no desenvolvimento de ações de diagnóstico da TB direcionadas à comunidade, na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009

Indicadores	n	AB	
		média	IC
Frequência que os PS da atenção básica realizam busca ativa de sintomáticos respiratórios [∞]	75	3,21	2,89-3,54
Frequência que os PS da atenção básica realizam visitas domiciliares na área de abrangência para a entrega de pote para coleta de escarro [∞]	71	2,89	2,49-3,28
Frequência que os PS da atenção básica realizam orientações relacionadas à TB na comunidade [∞]	75	2,53	2,22-2,85
Frequência que os PS da atenção básica solicitam a participação da comunidade para discutir sobre TB [∞]	71	1,62	1,39-1,85
Frequência que os PS da atenção básica realizam ações intersetoriais para entrega de pote de escarro [∞]	62	1,35	1,18-1,53

Legenda: US – unidade de saúde; PS – profissional de saúde; TB - Tuberculose.

Notas: Questões com escala Likert de resposta (escores de 1 a 5 - O desempenho foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores - **MÉDIA**: aos valores próximos de 1 e 2 foi estipulado a classificação de desempenho não-satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatório)

[∞] Escala de resposta – 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre.

Indicadores de resultado

No que diz respeito aos indicadores de resultado, verifica-se que, apesar de ainda solicitar uma quantidade muito baixa de baciloscopias de escarro e realizar pequena quantidade de diagnósticos de TB pulmonar, os serviços de AB têm apresentado um melhor desempenho que os serviços de PA (Tabela 18). Nos apêndices são apresentados os resultados por serviço de saúde do município, além de outros dois tipos de cálculo para estimar o número de sintomáticos respiratórios que deveriam ter sido examinados em cada serviço.

Tabela 18. Indicadores de resultado do processo de atenção dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose, na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009

Indicadores	AB		PA	
	%	IC	%	IC
Proporção de sintomáticos respiratórios examinados com baciloscopia de escarro	6,1% [£]	5,5-6,7%	2,2% [£]	2,0-2,4%
Taxa de diagnósticos de TB realizados em 2009 de acordo com o esperado	6,5% [£]	4,1-8,9%	3,2% [£]	2,3-4,0%

CONCLUSÕES

- Para o diagnóstico da TB, as unidades de PA estão melhor equipadas em relação à presença de geladeira e raio-X e as unidades de AB estão melhor equipadas em relação à

recursos humanos com uma menor deficiência e rotatividade no quadro de funcionários e menor sobrecarga de trabalho.

- A maior parte dos profissionais, tanto da AB (73%), quanto do PA (69%), referem que se sentem preparados para identificar um caso suspeito de TB.
- Os profissionais da AB apresentam um melhor desempenho na solicitação de baciloscopia (33%) do que os profissionais do PA (10%), sendo que a maior parte dos médicos (cerca de 70%) solicitam raio-X.
- O diagnóstico da TB, em ambos os tipos de serviços, ficam centrados na figura do profissional médico, visto que frente a um caso suspeito, enfermeiros e auxiliares de enfermagem (cerca de 70%) encaminham o caso ao médico.
- Os médicos da PA (27%) relatam encaminhamento dos casos suspeitos de TB para outra unidade de saúde, ao contrário dos médicos do AB, que dizem não encaminhar.
- Identificou-se um desempenho regular dos serviços de AB no desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, visitas domiciliares para entrega de pote de escarro e orientações relacionadas à TB na comunidade.
- Os serviços de AB apresentaram um desempenho insatisfatório em relação à solicitação da participação da comunidade para discutir sobre TB e realização de ações intersetoriais para entrega de pote de escarro.
- Verificou-se uma baixa solicitação de baciloscopia nas unidades de saúde, bem como no número de diagnósticos realizados em relação ao esperado.

2.2. VITÓRIA - ES

2.2.1 O acesso do usuário ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória/ES

Juliana Lopes Fávero¹, Paula Corrêa da Silva¹, Ethel Leonor Noia Maciel¹

Participaram do estudo 176 profissionais de saúde, 34% médicos, 26% enfermeiros e 39% auxiliares/técnicos de enfermagem. Para o indicador de disponibilidade de serviços, a média se mostrou regular (3,46), já para o indicador acessibilidade ao serviço de saúde, a média se mostrou insatisfatória (2,94).

A tabela 19 mostra as médias da dimensão disponibilidade dos serviços de saúde por unidade sanitária. Em relação ao horário de funcionamento para o atendimento do usuário, 89,7% dos entrevistados falaram ser bom/muito bom e a média foi acima de 4 para a maioria das unidades sanitárias, se mostrando satisfatório. A média da USF foi a menor, pois oferece atendimento apenas em horário comercial, o que prejudica os usuários que trabalham neste horário. Esta variável apresentou diferença estatisticamente significativa.

Em relação ao tempo de atendimento destinado para cada usuário, 50% relatou como sendo um tempo bom, a média se mostrou regular (3,69). Em relação à disponibilidade de profissionais para atender à demanda, as respostas foram um pouco divergentes em relação às diferentes unidades sanitárias. Podemos observar que a média do PCT se mostrou satisfatória (4,13) enquanto que do PA a média foi regular (3,29). Este dado também apresentou diferença estatisticamente significativa.

Para a avaliação da qualidade do local de coleta de escarro, 44,6% relataram não saber avaliar a qualidade. Do total de profissionais que emitiram opinião, 51,5% falaram ser muito ruim/ruim, o que reflete na média insatisfatória para esta variável (2,36), que também apresentou diferença estatisticamente significativa.

Tabela 19. Médias, desvio-padrão e intervalo de confiança da dimensão Disponibilidade do Fator Serviço de Saúde por Unidade sanitária, Vitória – 2009

Variáveis	Média	DP	IC	p
Horário de funcionamento para o atendimento do usuário				
UBS	4,39	0,70	[4,20 ; 4,58]	0,000*
USF	3,95	1,01	[3,67 ; 4,22]	
PA	4,80	0,46	[4,67 ; 4,93]	
PCT	4,00	1,00	[3,45 ; 4,55]	
Total	4,33	0,85	[4,20 ; 4,46]	

¹ Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
E-mail: juliana@ndi.ufes.br

Tempo de atendimento para cada usuário				
UBS	3,68	0,83	[3,46 ; 3,90]	
USF	3,70	0,87	[3,46 ; 3,93]	
PA	3,63	1,03	[3,34 ; 3,93]	0,739
PCT	3,93	0,96	[3,40 ; 4,47]	
Total	3,69	0,91	[3,56 ; 3,83]	
Disponibilidade de profissionais para atender a demanda				
UBS	3,57	1,06	[3,29 ; 3,86]	
USF	3,38	1,12	[3,07 ; 3,68]	
PA	3,29	1,04	[2,99 ; 3,58]	0,044*
PCT	4,13	0,91	[3,63 ; 4,64]	
Total	3,48	1,08	[3,32 ; 3,64]	
Qualidade do local de coleta do escarro				
UBS	2,64	1,27	[1,90 ; 3,38]	
USF	2,09	1,08	[1,70 ; 2,48]	
PA	2,74	1,20	[2,32 ; 3,13]	0,005*
PCT	1,50	0,79	[0,99 ; 2,00]	
Total	2,36	1,20	[2,11 ; 2,60]	

*Teste ANOVA <0.05

A tabela 20 mostra as médias da dimensão acessibilidade dos serviços de saúde por unidade sanitária. Em relação à frequência da procura do usuário ao serviço mais próximo ao domicílio, 62,5% responderam que sempre/quase sempre o usuário procura o serviço de saúde mais próximo ao domicílio. Podemos observar que para os profissionais lotados nas UBS e USF esta média é satisfatória (4,27 e 4,23), pois estas unidades encontram-se na comunidade. Já para o PA e PCT, as médias são insatisfatória (2,53) e regular (3,13), o que mostra que cada profissional respondeu esta pergunta de acordo com a localização que ele estava em relação ao paciente, esta variável apresentou diferença estatisticamente significativa.

Para a variável dificuldade de deslocamento do usuário até o serviço de saúde, 64,4% relatou que os usuários nunca/quase nunca têm dificuldade de deslocamento até o serviço de saúde. Observando as médias por unidade sanitária, observamos que a UBS possui média menor que da USF (1,82 vs 2,37), isto pode ser devido à visão aos profissionais da UBS que trabalham em unidades dentro da comunidade, mas por não realizarem visitas domiciliares não possuem a mesma percepção de dificuldade de deslocamento que a USF.

Em relação à utilização de transporte motorizado para deslocamento até o serviço de saúde, as respostas variaram, sendo que 25% responderam quase sempre e 30% responderam quase nunca. Isso pode ser explicado devido ao fato dos profissionais atuarem em diferentes tipos de unidades sanitárias. Quando observamos as respostas por unidades, identifica-se a

necessidade de transporte é decrescente, sendo regular para USF (3,49), UBS (3,26), e insatisfatório para PA (2,36) e PCT (1,53), o que nos mostra um crescente nível de dificuldade de acesso para o usuário do sistema de saúde.

Tabela 20. Médias, desvio-padrão e intervalo de confiança da dimensão Acessibilidade do Fator Serviço de Saúde por Unidade sanitária, Vitória – 2009

Variáveis	Média	Desvio Padrão	IC	p
Frequência da procura do usuário ao serviço mais próximo ao domicílio				
UBS	4,27	0,67	[4,09 ; 4,45]	0,000*
USF	4,23	0,81	[4,02 ; 4,45]	
PA	2,53	1,28	[2,16 ; 2,90]	
PCT	3,13	1,06	[2,55 ; 3,72]	
Total	3,68	1,22	[3,49 ; 3,86]	
Dificuldade de deslocamento do usuário até o serviço de saúde				
UBS	1,82	0,72	[1,63 ; 2,01]	0,000*
USF	2,37	0,94	[2,11 ; 2,63]	
PA	2,24	0,97	[1,97 ; 2,52]	
PCT	3,33	1,29	[2,62 ; 4,05]	
Total	2,24	0,99	[2,09 ; 2,39]	
Utilização de transporte motorizado para deslocamento até o serviço de saúde				
UBS	3,26	0,90	[3,01 ; 3,51]	0,000*
USF	3,49	0,86	[3,24 ; 3,73]	
PA	2,36	0,87	[2,10 ; 2,61]	
PCT	1,53	0,74	[1,12 ; 1,94]	
Total	2,92	1,07	[2,75 ; 3,08]	

* Teste ANOVA < 0.05

UTOPIA

Tantos gestos de dor... e parece não se ouvir...
Tanta podridão... e parece não se sentir o cheiro...
Tantos absurdos nas condições de vida humana...
E parece os olhos não verem...
Tanta anormalidade na forma de pensar...
E com certeza, carência de lucidez...

A grande dor do oprimido... a impotência
Para mudar o que aí está
Sem perspectiva alguma da vida com harmonia.

O grande medo do opressor..
Que o mundo presente seja alterado
Sua onipotência seja desmentida,
Fim da soberania.

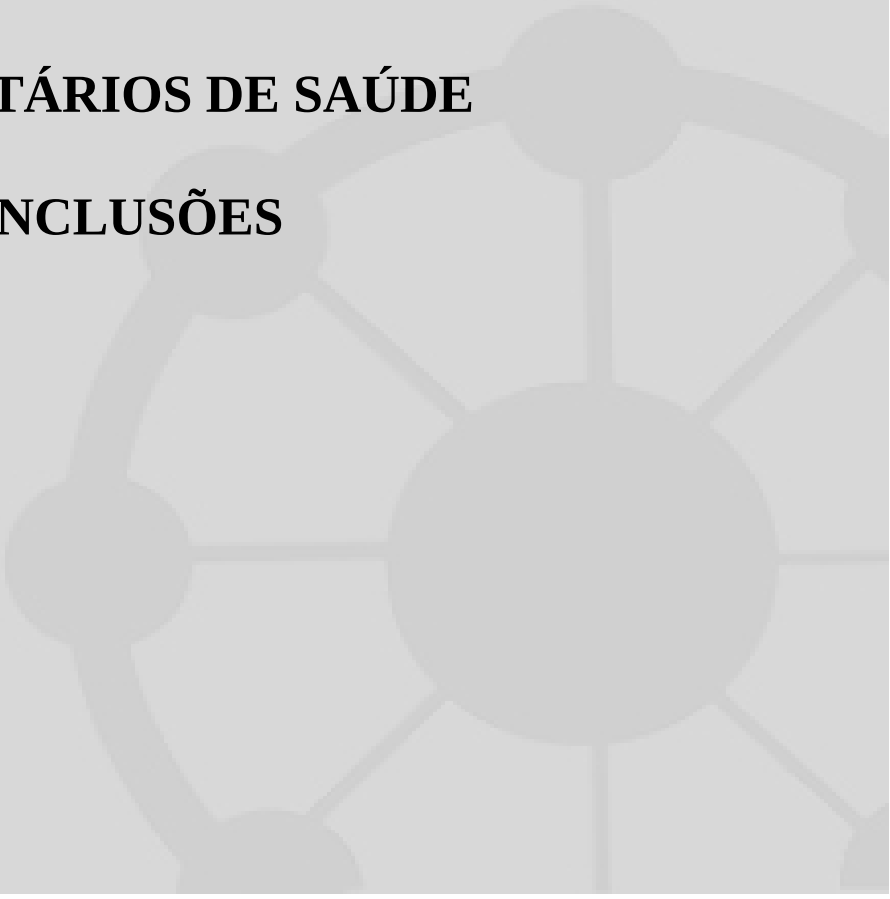
A grande tarefa:
Gritar aos quatros cantos
Possível é um mundo novo, utopia
Onde nele haja
Menos dor, mais paz e alegria.

ANTONIO RUFFINO NETTO

18-02-2007

CAPITULO IV

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE RESULTADOS E CONCLUSÕES



1. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

1.1. RIBEIRÃO PRETO – SP

1.1.1 Busca de sintomático respiratório para o controle da tuberculose: desempenho do agente comunitário de saúde, Ribeirão Preto, 2009

Beatriz Estuque Scatolin¹, Ricardo Alexandre Arcêncio¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Érika Simone Galvão Pinto¹, Aline Ale Beraldo¹, Anneliese Domingues Wysocki¹, Maria Amélia Zanon Ponce¹, Tiemi Arakawa¹, Gabriela Tavares Magnabosco¹, Maria Eugênia Firmino Brunello¹, Lucia Marina Scatena², Tereza Cristina Scatena Villa¹, Pedro Fredemir Palha¹.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas com os ACS por meio de instrumento estruturado; realizou-se também visitas às unidades de trabalho dos ACS com vistas à observação da estrutura destas para a BSR utilizando um check list e investigou-se o número de baciloskopias de diagnóstico solicitadas pelas unidades de saúde e a população de abrangência das mesmas.

Para análise dos dados realizou-se o cálculo das médias e intervalos de confiança das variáveis que apresentaram escala Likert de resposta (considerados insatisfatórios para os valores próximos de 1 e 2, próximos de 3, regular; e próximos de 4 e 5, satisfatórios). O nível de significância estatística adotado foi de 5% de probabilidade.

Dos ACS entrevistados, 107 (99,1%) eram do sexo feminino, 73 (67,6%) tinham ensino médio completo, sendo que 69 (63,9%) atuavam em UBS/PACS e 39 (36,1%) em USF. Quanto ao tempo em que trabalha como ACS, obteve-se uma mediana de 9 anos [4-9].

Na figura 16, são apresentados os resultados de média e intervalo de confiança da percepção do ACS quanto ao seu preparo e ações para a detecção de casos de TB. Verificou-se, a partir das médias dos indicadores, que o *preparo para orientar sobre TB e comunica o enfermeiro sobre tosse* encontra-se satisfatórios, bem como nos indicadores: *participa de discussões sobre as ações de controle da doença; questiona tosse entre as pessoas que moram com o doente e questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar*.

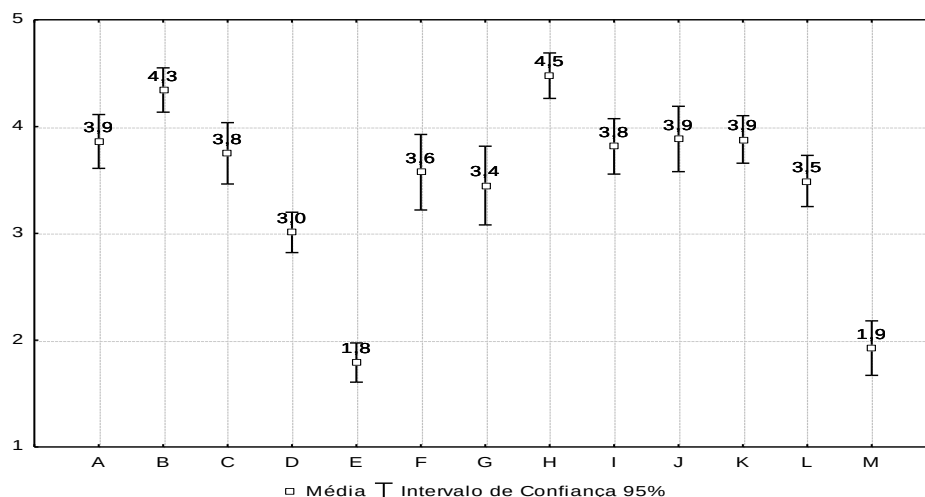
No entanto, os indicadores: *preparo dos ACS para identificar suspeitos de TB e orientar a coleta de escarro* e também *participação dos ACS em treinamentos sobre TB*,

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

E-mail: scatolin@eerp.usp.br

suspeita que tosse pode ser doente de TB, ensina o usuário a coletar o escarro, ensina como armazenar e encaminhar o pote de escarro e orienta as pessoas da comunidade sobre TB foram considerados regulares, os indicadores *leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área e realizar ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios* apresentaram desempenho insatisfatório.



Legenda: A - Preparo para identificar suspeitos de TB; B - Preparo para orientar sobre TB; C - Preparo para orientar a coleta de baciloscopia; D - Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB; E - Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; F - Ensina o usuário a coletar o escarro; G - Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; H - Comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; I - Participa de discussões sobre as ações de controle da doença; J - Questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que morram com o doente; K - Questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; L - Orienta as pessoas da comunidade sobre TB; M - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios.

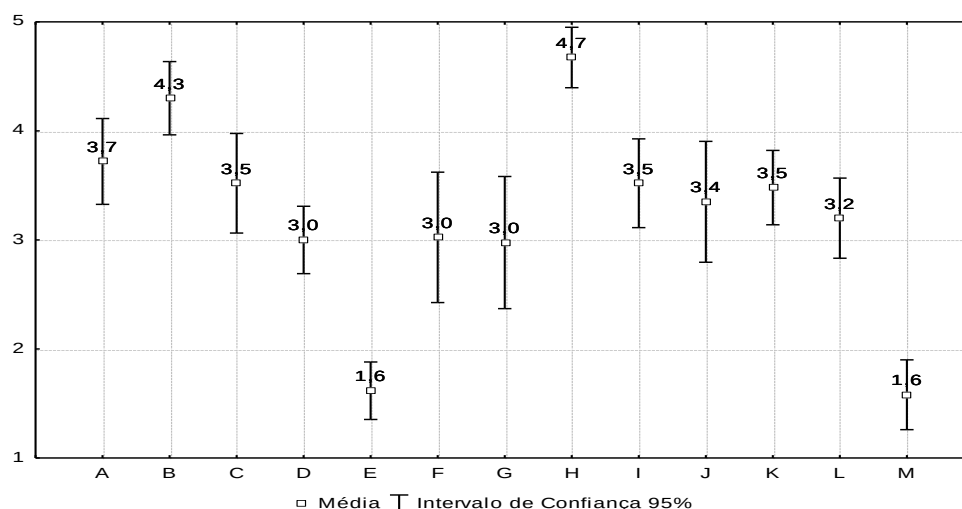
Figura 16. Médias e intervalo de confiança da percepção do ACS quanto ao seu preparo e ações para a Busca de Sintomático Respiratório em Ribeirão Preto, 2009.

As variáveis incluídas no questionário foram agrupadas em dois blocos temáticos, a saber: (i) a percepção dos ACS quanto ao seu preparo para a BSR (Figura 17) e (ii) ações realizadas pelo ACS para a BSR (Figura 18). Para investigar a influência do tempo de atuação do ACS nas unidades de saúde esses blocos foram divididos em dois grupos, dos ACS com menos de 9 anos de atuação e ACS com 9 anos ou mais de serviço.

As Figuras 17 e 18 apresentam os resultados de média e intervalo de confiança dos indicadores de BSR, em relação ao preparo e ações realizadas segundo o tempo de atuação dos ACS.

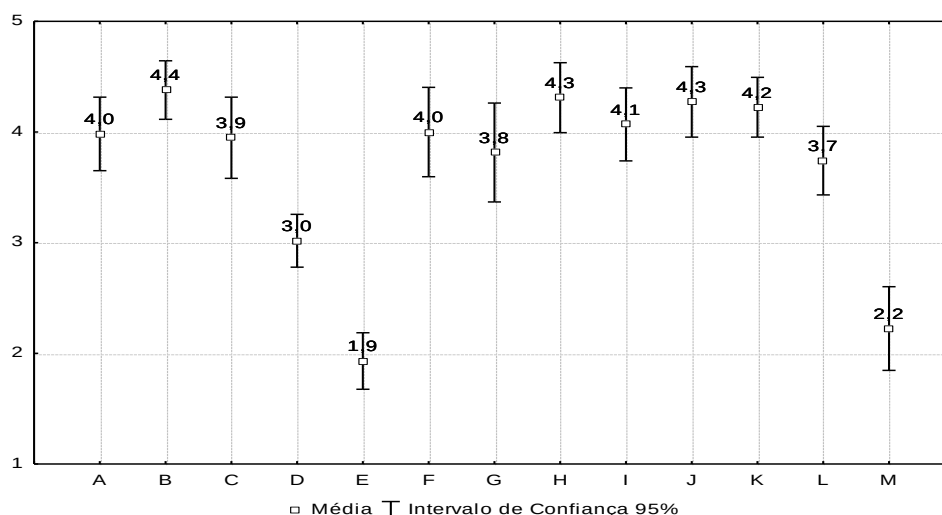
Em relação à comparação dos grupos de tempo de atuação dos ACS, pode-se observar semelhança entre maioria dos indicadores (A, B, C, D, E, F, G, H, I, L, M, N) de BSR, verificando assim que o tempo de atuação dos ACS não influenciou no preparo e ações realizadas para BSR, figura 17 e 18.

Todavia, verificou-se diferença na atuação dos ACS quanto à investigação de SR na visita domiciliar e a partir dos casos de TB confirmados na comunidade (J e K), onde o ACS com mais tempo de atuação realizava mais ações voltadas a BSR, figura 17 e 18.



Legenda: A - Preparo para identificar suspeitos de TB; B - Preparo para orientar sobre TB; C - Preparo para orientar a coleta de baciloscopia; D - Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB; E - Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; F - Ensina o usuário a coletar o escarro; G - Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; H - Comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; I - Participa de discussões sobre as ações de controle da doença; J - Questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que morram com o doente; K - Questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; L - Orienta as pessoas da comunidade sobre TB; M - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios.

Figura 17. Médias e intervalo de confiança da percepção do preparo e das ações para a BSR segundo os ACS com menos de 9 anos de atuação no município, Ribeirão Preto- SP, 2009.



Legenda: A - Preparo para identificar suspeitos de TB; B - Preparo para orientar sobre TB; C - Preparo para orientar a coleta de baciloscopia; D - Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB; E - Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; F - Ensina o usuário a coletar o escarro; G - Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; H - Comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; I - Participa de discussões sobre as ações de controle da doença; J - Questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que morram com o doente; K - Questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; L - Orienta as pessoas da comunidade sobre TB; M - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios.

Figura 18. Médias e intervalo de confiança da percepção do preparo e das ações para a BSR segundo os ACS com 9 anos ou mais de atuação no município, Ribeirão Preto- SP, 2009.

Em relação à Estrutura dos serviços de saúde para a BSR, observou-se em todas as unidades de coleta de dados a presença de formulário para pedido de baciloscopia, pote de escarro, 84% de geladeira e 54% de livro de registro de SR, sendo estes os itens necessários para a coleta do escarro e do condicionamento do material ao encaminhamento ao laboratório. Das unidades de saúde, 92,3% dispõem de laboratório para pegar a baciloscopia, sendo que 30,8% dessas unidades dispõem de laboratório diariamente e 23,1% quatro vezes por semana. Observou-se também que 62,2% das unidades de saúde contavam com um profissional responsável pela gestão do cuidado do paciente com TB.

Considerando que no ano de 2009 a população estimada das áreas de abrangência das unidades estudadas era de 184.408 habitantes, deveriam ser investigados 1.844 sintomáticos respiratórios. Entretanto, foram investigados apenas 115 nessas áreas de abrangência do estudo, o que foi inferior ao esperado.

CONCLUSÕES

- Dos ACS entrevistados, 99,1% eram do sexo feminino, 67,6% tinham ensino médio completo, sendo que 63,9% atuavam em UBS/PACS e 36,1% em USF.
- Em relação à Estrutura dos serviços de saúde para a BSR, observou-se em todas as unidades do estudo a presença de formulário para pedido de baciloscopia, pote de escarro, 84% de geladeira e 54% de livro de registro de SR, sendo estes os itens necessários para a coleta do escarro, acondicionamento do material e encaminhamento ao laboratório.
- Identificou-se escore favorável em relação ao preparo do ACS para orientar sobre TB (média 4,3), no entanto, observou-se escores regulares de preparo dos ACS para identificar suspeitos de TB (média 3,9) e orientar a coleta de escarro (média 3,7) e também na participação dos ACS em treinamentos sobre TB (média 3,7).
- Em relação ao desempenho do ACS na BSR, no cuidado individual, observou-se que por vezes o ACS investiga a tosse nas visitas domiciliares (média 3,9) e a partir dos casos índices (média 3,9), e somente às vezes fazem associação deste sintoma à TB. Destaca-se que este trabalhador comunica ao enfermeiro sobre o sintoma da tosse (média 4,5), entretanto, não oferta o pote de escarro ao SR (média 1,8).

- Verifica-se algumas deficiências na orientação da coleta (média 3,5), acondicionamento e forma de encaminhamento do escarro ao laboratório (média 3,4), demonstrando que nem sempre o ACS tem familiaridade com este procedimento.

Esses resultados podem estar relacionados política institucional da unidade em que o ACS está inserido, sendo que observar-se na maioria das unidades de saúde do município, que quando há suspeita de TB pelo ACS, este orienta o usuário a procurar o serviço de AB da sua área de abrangência para a realização da baciloscopia, mesmo sabendo que todos os profissionais de saúde podem fazer a solicitação e a coleta de escarro. Sendo assim os ACS destas unidades de saúde poucas vezes solicitam a baciloscopia, ou levam o pedido de baciloscopia ao usuário, tampouco esses realizam algum tipo de orientação para a realização do exame, sendo que deste modo o ACS somente comunica a supervisão o caso suspeito.

- Em relação à gestão do cuidado coletivo, identificou-se fragilidades na discussão sobre TB com a comunidade (média 1,5) e no estabelecimento de parcerias no território para a BSR (média 1,9), em que os ACS apontaram não articulação do setor saúde com os equipamentos sociais presentes no território adscrito às unidades de saúde. Outra fragilidade identificada no estudo relaciona-se a educação em saúde das comunidades sobre TB (média 3,5).
- Neste estudo, o preparo do ACS e a maioria das ações de BSR por ele desenvolvida não esteve relacionado ao tempo de atuação como ACS no município. Somente as ações de investigação de SR na visita domiciliar e a partir dos casos de TB confirmados na comunidade apresentaram diferença de acordo com o tempo de atuação dos ACS.
- Em relação ao número esperado de Sintomáticos Respiratórios de TB no território circunscrito às unidades dos ACS, observou-se que apenas 6% (115) desta população foi examinada. O que podemos concluir que aproximadamente 1.729 SR não foram investigados nas áreas de abrangência das unidades do estudo.
- Observa-se que os distritos (Oeste e Norte) com maior carga de tuberculose do município obtiveram baixíssima proporção de SR investigados em relação ao esperado (1% da população). Destaca-se que nestes distritos 3 unidades de saúde não investigaram nenhum SR durante todo ano.

Os treinamentos aos ACS no município são oferecidos por vezes de forma pontual, em nível central e desarticulado do contexto dos trabalhadores e da comunidade, não

despertando o compromisso ético e político para os problemas emergentes no território. Recomenda-se o investimento em Educação Permanente em Saúde como uma possibilidade para a transformação das práticas no controle da TB, que permita uma ação delineada de acordo a realidade epidemiológica e social do território.

1.2. NATAL - RN

1.2.1 Busca de sintomático respiratório desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde, Natal – RN

Érika Simone Galvão Pinto¹, Beatriz Estuque Scatolin¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Aline Ale Beraldo¹, Reinaldo da Silva-Sobrinho¹, Aline Aparecida Monroe¹, Antonio Ruffino Netto², Lucia Marina Scatena³, Tereza Cristina Scatena Villa¹

O perfil dos 108 ACS que participaram do estudo foi caracterizado: 88,0% do sexo feminino; 56,5% possuem nível médio de escolaridade; 88,9% trabalham na Unidade Saúde da Família; 51,8% exercem essa função há um tempo igual ou superior a 120 meses; 48,1% julgam regular a remuneração, 62,0 % consideram que é bom trabalhar na unidade de saúde; 90% dos locais pesquisados foram as USF, 80,6% referiram terem recebido treinamento sobre TB e 76,8% acompanharam mais de 1 doente de TB sendo que a média de acompanhamento de casos de TB pelo ACS desde o início de sua carreira profissional ficou em 2 casos e quando a questão se limitou aos últimos três anos, essa média foi em torno de 1 caso acompanhado.

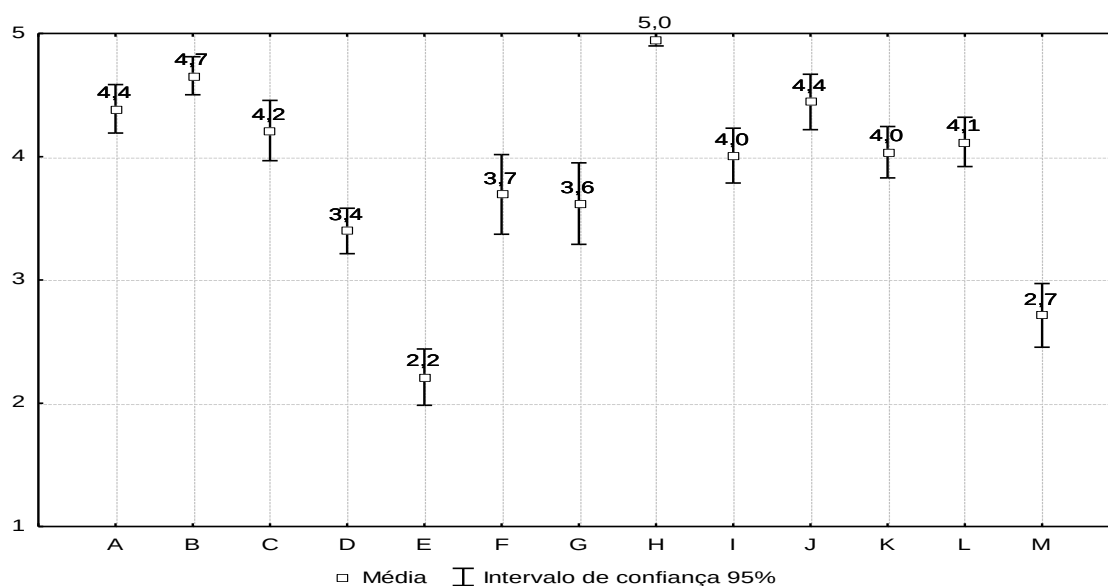
Das 38 unidades básicas de saúde que fizeram parte deste estudo, 60% disponibilizam os potes de escarro; 74% possuem formulários para a solicitação de baciloscopia e livro de sintomático respiratório (SR); 28% possuem geladeira ou caixa térmica para armazenar o material coletado (escarro); 58% dispõem de laboratório para pegar a baciloscopia, sendo que dessas, 30% dispõem de coleta diariamente. Em 38% das unidades, o enfermeiro é responsável pelas ações de controle da tuberculose.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo FMRP/USP

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

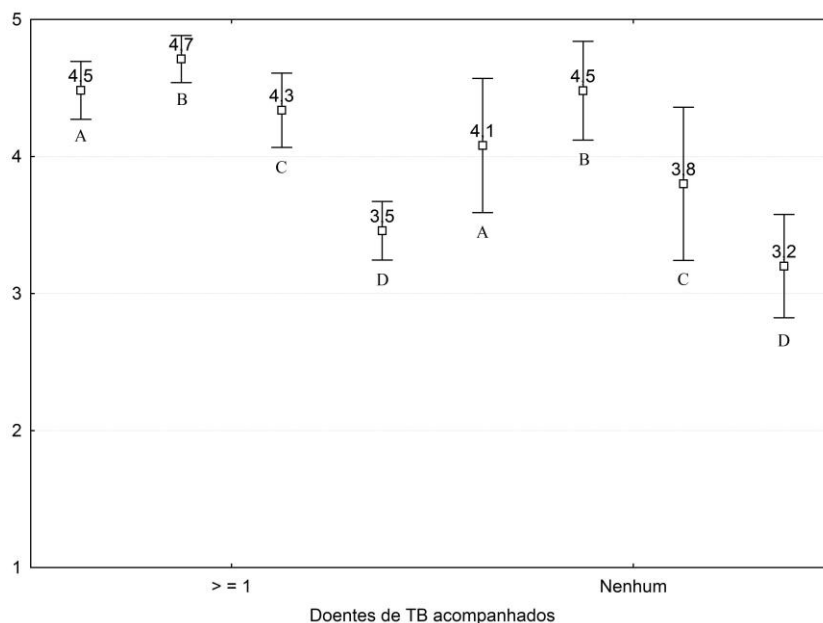
E-mail: erikasgp@gmail.com



Legenda: A - Preparo para identificar suspeitos de tuberculose; B - Preparo para orientar sobre a doença; C - Preparo para orientar sobre coleta de baciloscopia; D - Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de tuberculose; E - Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; F - Ensina o usuário a coletar o escarro; G - Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; H - Comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; I - Participa de discussões sobre as ações de controle da doença; J - Questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que moram com o doente; K - Questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; L - Orienta as pessoas da comunidade sobre tuberculose; M - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios.

Figura 19. Distribuição das médias e intervalos de confiança pertinentes ao preparo e as ações desenvolvidas pelos ACS para a detecção de casos de TB, Natal, RN, 2009.

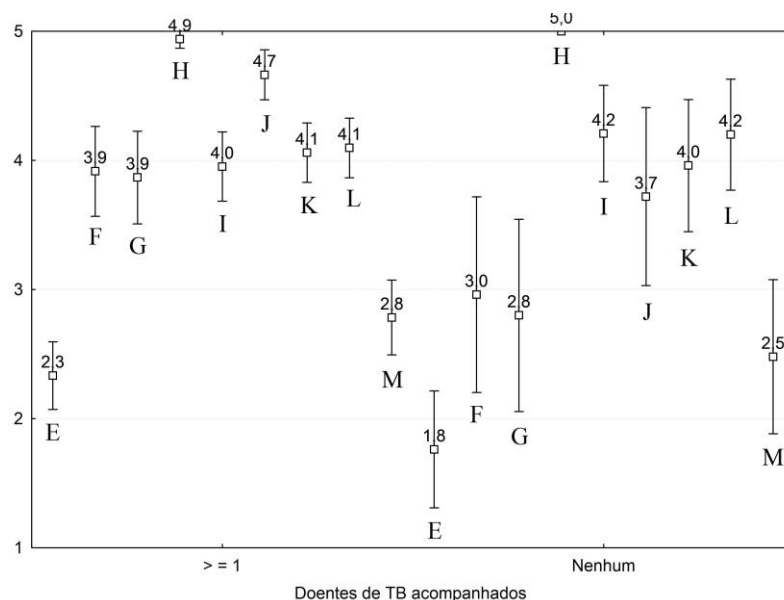
De acordo com a Figura 19 os ACS se sentem preparados de forma satisfatória para *identificar suspeitos de TB (A); orientar sobre a doença (B) e orientar sobre coleta de baciloscopia (C)* e de forma regular: *suspeita que um usuário apresentando tosse possa ser doente de tuberculose (D), ensina o usuário a coletar o escarro (F) e ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro (G)*. Em relação às ações desenvolvidas para a busca de sintomático respiratório na percepção dos ACS, as mesmas são desenvolvidas de forma satisfatória, com exceção dos indicadores: *leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área (E) e realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios (M)*, desenvolvidas de forma irregular.



Legenda: A - Preparo para identificar suspeitos de tuberculose; B - Preparo para orientar sobre a doença; C - Preparo para orientar sobre coleta de baciloscopia; D - Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de tuberculose.

Figura 20. Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes as variáveis de preparo dos Agentes Comunitários de Saúde para a detecção de casos de tuberculose, segundo acompanhamento prévio de doentes, Natal, RN, 2009.

Na Figura 20, o intervalo de confiança mostra que não há diferença entre os dois grupos em relação ao seu preparo para a busca de sintomático respiratório.



E - Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; F - Ensina o usuário a coletar o escarro; G - Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; H - Comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; I - Participa de discussões sobre as ações de controle da doença; J - Questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que moram com o doente; K - Questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; L - Orienta as pessoas da comunidade sobre tuberculose; M - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios.

Figura 21. Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes as variáveis de realização de atividades pelos Agentes Comunitários de Saúde para a detecção de casos de tuberculose, segundo acompanhamento prévio de doentes, Natal, RN, 2009.

Na Figura 21 observa-se que em relação às ações de busca de sintomático respiratório, os intervalos de confiança apresentam diferença entre os dois grupos apenas na variável *questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que moram com o doente (J)*.

De forma geral observa-se que os ACS que já acompanharam doentes de TB realizam mais ações de busca de sintomático respiratório do que os que não acompanham. No entanto, quando se trata de ações relacionadas à *levar um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área (E)*; *ensinar o usuário a coletar o escarro (F)* e *realizar ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios (M)*, todos os ACS as desenvolvem de forma insatisfatória.

CONCLUSÕES

- Os ACS se sentem preparados para identificar suspeitos de TB (média 4,4), orientar sobre a doença (média 4,7) e para orientar sobre coleta de baciloscopia (média 4,2).
- Por vezes os ACS suspeitam que um usuário apresentando tosse possa ser doente de tuberculose (média 3,4) e ensinam o usuário a coletar o escarro (média 3,7) e armazenar e encaminhar o pote de escarro (média 3,6).
- Quase nunca os ACS levam um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área (média 2,) e realizam ações de saúde junto a parceiros da comunidade para a BSR (média 2,7).
- O preparo do ACS para a busca de sintomático respiratório não esteve relacionado a este profissional acompanhar ou não o doente de TB.
- Os ACS que acompanham os doentes de TB realizam mais questionamento da tosse há as pessoas que moram com o doente de TB do que os que não acompanham.

1.2.2 Acesso e estrutura dos serviços de saúde para a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde nos Distritos Sanitários de Natal

Ramon Evangelista A Paiva¹, Maria Concebida da Cunha Garcia¹, Dândara Nayara Azevêdo Dantas¹, Erika Simone Galvão Pinto², Tereza Cristina Scatena Villa², Bertha Cruz Enders¹, Ricardo Alexandre Arcêncio²

Os indicadores de acesso do usuário às unidades de saúde de forma geral apresentaram-se satisfatórios, sendo possível o deslocamento do usuário até a unidade de saúde sem a necessidade de transporte motorizado e o encaminhamento do escarro até o laboratório. No entanto, em alguns distritos, o tempo de espera do usuário para receber o atendimento constitui uma problemática (tabela 21).

Tabela 21. Indicadores de acesso do Sintomático Respiratório às Unidades de Saúde na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo distritos sanitários, Natal (2009)

Indicadores		Distrito Norte (n=63)	Distrito Sul (n=6)	Distrito Leste (n=8)	Distrito Oeste (n=33)	Média dos Distritos (n=110)
O exame é encaminhado ao laboratório	Media DP	4,10 [1,74]	5,00 [0,00]	3,80 [2,16]	4,22 [1,23]	4,13 [1,60]
O usuário não precisa pagar transporte para se deslocar até a unidade	Média DP	3,90 [1,18]	3,00 [0,63]	4,50 [0,75]	4,21 [1,13]	3,90 [1,15]
O usuário não tem dificuldade para se deslocar até a unidade	Média DP	3,63 [1,18]	3,16 [1,47]	3,75 [1,03]	4,12 [0,78]	3,76 [1,09]
Tempo de espera do usuário superior a uma hora	Média DP	3,01 [1,32]	1,66 [1,03]	3,37 [0,92]	4,03 [0,92]	2,48 [1,17]

Legenda: DP – desvio padrão.

No que tange a busca de sintomáticos respiratórios (BSR), observa-se, na tabela 22, que em todos os distritos os Agente Comunitário de Saúde (ACS) se sentem preparados para identificação do Sintomático Respiratório na comunidade, levantando casos suspeitos de tuberculose (TB) quando o usuário apresenta tosse, entretanto quando argüidos sobre o oferecimento de solicitações de exame escarro à esses usuários, identifica-se desempenho insatisfatório.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP
E-mail: ramompaiva@hotmail.com

O estudo apontou ainda que 96,6% dos profissionais responsáveis pelas ações de controle da TB são enfermeiros, refletindo assim o importante papel executado pelo profissional de enfermagem nas atividades da Atenção Básica (AB). Verificou-se em todos os distritos, a presença de um profissional responsável pelas ações de TB (tabela 22) corroborando para o planejamento e gestão da atenção à TB. Esse profissional desenvolve um importante papel para a BSR, pois ele está atento aos sistemas de registro, a sistemática de acompanhamento do doente, garantindo e zelando por uma estrutura necessária a busca.

Identificou-se diferenças importantes acerca do número de casos acompanhados de TB nos diferentes distritos, sendo que no Distrito Leste, os ACS acompanharam um número maior de doentes.

Tabela 22. Indicadores de Busca de Sintomático Respiratório pelo Agente Comunitário de Saúde segundo distritos sanitários, Natal (2009)

Indicadores		Distrito Norte (n=63)	Distrito Sul (n=6)	Distrito Leste (n=8)	Distrito Oeste (n=33)	Média dos Distritos (n=110)
Acesso aos usuários em suas residências	Média	3,06	2,66	3,0	3,27	3,1
	DP	[0,98]	[0,81]	[0,75]	[0,91]	[0,93]
O ACS se sente preparado para orientar os usuários quanto à coleta de exame	Média	4,11	4,33	4,00	4,36	4,19
	DP	[1,39]	[0,81]	[1,06]	[1,29]	[1,30]
Suspeita de TB pelo ACS	Média	3,19	4,00	3,00	3,72	3,38
	DP	[0,91]	[0,89]	[0,92]	[0,94]	[0,95]
Entrega um pedido de exame de escarro para o usuário de sua área de cada mês	Média	2,08	2,00	2,33	2,30	2,16
	DP	[1,20]	[1,41]	[1,03]	[1,07]	[1,15]
Existe um profissional responsável pelas ações de TB	Média	4,90	4,16	5,00	4,93	4,8
	DP	[0,64]	[2,04]	[0,0]	[0,24]	[0,68]
Casos de TB acompanhados	Média	2,57	1,50	3,88	3,10	2,75
	DP	[2,79]	[2,50]	[3,18]	[2,54]	[2,74]
Usuário recusa colher escarro	Média	3,06	1,66	3,25	3,66	3,18
	DP	[1,9]	[2,58]	[1,58]	[1,29]	[1,79]

Legenda: DP – desvio padrão.

Os usuários do Distrito Sul são os que mais recusam a colher escarro (tabela 22), sendo que as razões para tal recusa constituem elementos importantes para o planejamento das ações no território e as mais relatadas pelos ACS foram: medo de um resultado positivo (29%); alcoolismo (26,4); desinteresse do sintomático respiratório em saber o diagnóstico da doença (15,5%) e tabagismo (12,8), tabela 23.

Tabela 23. Motivos de recusa da coleta de escarro pelo Sintomático Respiratório na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde, Natal (2009)

MOTIVO	n	%
Medo do resultado ser positivo	32	29
Alcoolismo	29	26,4
Desinteresse	17	15,5
Acha que a tosse é devido ao fumo	14	12,8
Não tem catarro	6	5,5
Não sabe	2	1,8
Outros	10	9
TOTAL	110	100

O Distrito Sul tem enfrentado dificuldades em sua organização, tanto para o recebimento dos potes como também no envio das amostras aos laboratórios (tabela 24).

Tabela 24. Capacidade das unidades de saúde para o procedimento de diagnóstico precoce na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde, Natal (2009)

Indicadores		Distrito Norte (n=63)	Distrito Sul (n=6)	Distrito Leste (n=8)	Distrito Oeste (n=33)	Média dos Distritos (n=110)
Formulário para solicitação de exame de escarro	Média DP	4,55 [1,21]	2,50 [2,73]	5,00 [0,0]	4,9 [0,17]	4,60 [1,22]
Não deixa de ser Encaminhado para o laboratório por falha da unidade de saúde	Média DP	4,43 [1,54]	2,00 [2,64]	5,00 [0,0]	4,86 [0,34]	4,5 [1,40]
Recebimento do pote com o escarro	Média DP	4,45 [1,19]	2,66 [2,08]	4,25 [0,95]	4,52 [1,02]	4,38 [1,20]
Devolve o pote com escarro a unidade	Média DP	4,48 [1,12]	-- [--]	4,75 [0,50]	4,25 [1,13]	4,42 [1,10]
Possui pote para coleta do exame de escarro	Média DP	4,06 [1,59]	4,16 [2,04]	3,62 [1,68]	3,92 [1,35]	4,0 [1,54]
Possui local específico para guardar o escarro	Média DP	2,36 [2,24]	2,66 [2,58]	1,87 [2,58]	2,72 [2,34]	2,45 [2,29]

Legenda: DP – desvio padrão.

Em relação à estrutura das unidades de saúde para consecução da BSR, com base na tabela 5, visualiza-se que em todas as os as unidades dos distritos há um profissional responsável pelas ações de controle da TB, bem como a existência do livro de SR e formulário para solicitação da baciloscopia.

No que se refere a disponibilidade de pote de escarro, observou-se uma deficiência no Distrito Oeste. As unidades de AB do Distrito Sul não contam com uma rotina sistematizada para diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB, sendo esta uma dificuldade para o

acesso do SR aos serviços de saúde. Somente 50% das unidades de AB no Distrito Leste apresentam-se organizadas para diagnóstico e tratamento da TB.

No que tange aos insumos para o acondicionamento do escarro coletado na comunidade, verifica-se que em todos os Distritos, não há disponibilidade de geladeiras. Tal situação pode estar relacionada a agilidade da retaguarda laboratorial para o recolhimento das amostras nas unidades de saúde, os SR dirigem-se ao laboratório para a entrega do material.

Em relação à retaguarda laboratorial identifica-se que somente as unidades de AB do Distrito Norte contam efetivamente com apoio laboratorial para a realização das baciloscopias. Na tabela 25, verifica-se que as unidades do Distrito Sul, não contam nem mesmo com um laboratório.

Tabela 25. Estrutura das unidades de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório segundo número de unidades dos Distritos Sanitários, Natal (2009)

Indicadores		Distrito Norte (n=21)	Distrito Sul (n=2)	Distrito Leste (n=4)	Distrito Oeste (n=11)	Média dos Distritos (n=38)
Existe na unidade um livro de sintomático respiratório	%	100	100	100	100	100
	fq	[21]	[2]	[4]	[11]	[38]
Existe um profissional responsável pelas ações relacionadas a TB	%	100	100	100	100	100
	fq	[21]	[2]	[4]	[11]	[38]
Possui formulário para solicitação da baciloscopia	%	100	50	100	100	97,4
	fq	[21]	[1]	[4]	[11]	[37]
Há pote de escarro no serviço	%	90,5	100	75	54,5	79
	fq	[19]	[2]	[3]	[6]	[30]
Os potes são de fácil acesso aos profissionais	%	80,5	100	75	72,7	79
	fq	[17]	[2]	[3]	[8]	[30]
Possui uma rotina sistematizada no atendimento usuário de TB	%	80,5	0	50	91	76,3
	fq	[17]	[0]	[2]	[10]	[29]
Há um laboratório responsável	%	90,5	0	50	63,6	73,7
	fq	[19]	[0]	[2]	[7]	[28]
Possui geladeira pra armazenamento da amostra	%	38	50	25	45,5	39,4
	fq	[8]	[1]	[1]	[5]	[15]

CONCLUSÕES

- Os acesso do usuário às unidades de saúde apresentou-se satisfatório. No entanto, o tempo de espera do usuário para receber o atendimento constitui uma problemática.

- Em todos os distritos os ACS se sentem preparados para identificação de sintomáticos respiratórios e de casos suspeitos de TB, entretanto na consecução desta atividade, identifica-se fragilidades.
- Os enfermeiros representam 96,6% dos profissionais responsáveis pelas ações de controle da TB, sendo que todos os distritos tem um profissional responsável pelas ações de TB.
- No Distrito Leste, os ACS acompanharam um número maior de doentes, em relação aos outros distritos.
- Identificou-se a dificuldade de transporte do material de escarro para o laboratório.
- O Distrito Sul tem enfrentado dificuldades em sua organização, tanto para o recebimento dos potes como também no envio das amostras aos laboratórios e não apresentou uma rotina sistematizada para diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB.
- Os motivos que levam o usuário a recusar a coleta de escarro relatadas pelos ACS foram: o medo de um resultado positivo (29%); o alcoolismo (26,4); o desinteresse do SR em saber o diagnóstico da doença (15,5%) e o tabagismo (12,8).
- Em todas as unidades, há livros de sintomáticos respiratórios e formulários para solicitação da baciloscopia, no entanto não há disponibilidade de geladeiras na maioria das unidades, sendo que os usuários tem que se dirigir ao laboratório para a entrega do material.
- Somente as unidades do Distrito Norte contam efetivamente com apoio laboratorial para a realização das baciloscopias.

1.3. JOÃO PESSOA – PB

1.3.1 Desempenho da busca de sintomáticos respiratórios pelo agente comunitário de saúde no município de João Pessoa-PB

Uthania de Mello França¹, Jordana de Almeida Nogueira¹, Antônio Ruffino Netto², Danielle Samara Tavares de Oliveira¹, Isabele Cruz Luna¹, Janine Martins Cavalcanti¹, Thaíse Clara Soares Ribeiro¹, Maria Vanessa Góes de Mendonça¹, Karla Enoska Misael Camino¹, Beatriz Estuque Scatolin³, Rubia Laine de Paula Andrade³, Tereza Cristina Scatena Villa³

Das 53 unidades de Atenção Básica (AB), 43 (81,1%) possuíam livro para registro de SR; 43 (81,1%) pote de escarro; 48 (90,6%) formulário específico para baciloscopia de escarro e 15 (8%) geladeira para acondicionamento de material para exame de escarro.

Das unidades de saúde 44 (83%) contavam com um motoqueiro para levar o pote de escarro para o laboratório, sendo que desses 44,8 (18%) passam diariamente, 32 (60,4%) passam quando solicitados. Entretanto, em 4 (21,4%) das unidades, é o usuário quem leva o material até o laboratório.

Em 21 (47,7%) unidades de saúde o horário que o motorista do laboratório passa é entre 9-10h e em 23 (52,3%) não tem horário certo. Encontrou-se que em 36 (67,9%) unidades de saúde não existe rotina sistematizada e em 17 (32%) a rotina é “sistematizada”, condicionada à existência de doente de tuberculose (TB) e limitada à família. O enfermeiro em 49 (92,4%) das unidades são os profissionais responsáveis pelas ações de controle da TB, no entanto, não realiza supervisão do trabalho do ACS.

Quanto aos participantes do estudo: 77,6 % eram do sexo feminino; 91,6% trabalhavam em unidades individuais de saúde da família e 8,4 % integradas; 71% possuíam o ensino médio; 15% o ensino técnico e 13,1% o ensino superior; 61,7% trabalhavam com mediana de 68 meses (mais de 5 anos) e 57% não tiveram experiência com doente de TB.

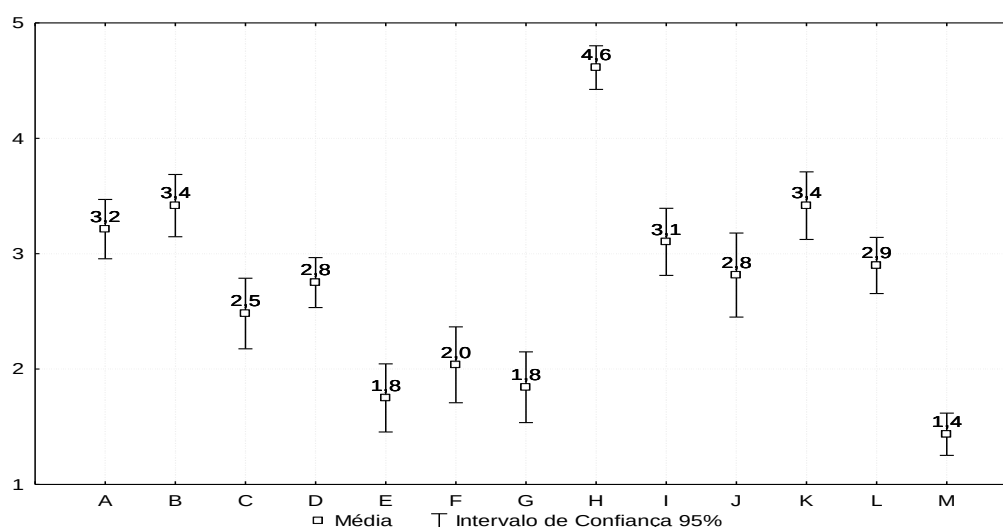
Nas variáveis relacionadas ao preparo (A, B, C, D) e algumas referentes às ações (I, J, K, L) de um modo geral, as médias das respostas foram consideradas **regular** (próximo de 3,0). Os indicadores de ações representados pelas variáveis E, F, G e M apresentaram as

¹ Universidade Federal da Paraíba – UFPB

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – FMRP/USP
E-mail: uthania@gmail.com

³ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP
E-mail: uthania@gmail.com

médias mais baixas ($\leq 2,0$) refletindo índice **insatisfatório** no desenvolvimento dessas ações. O único **satisfatório** refere-se à variável H (Figura 22).



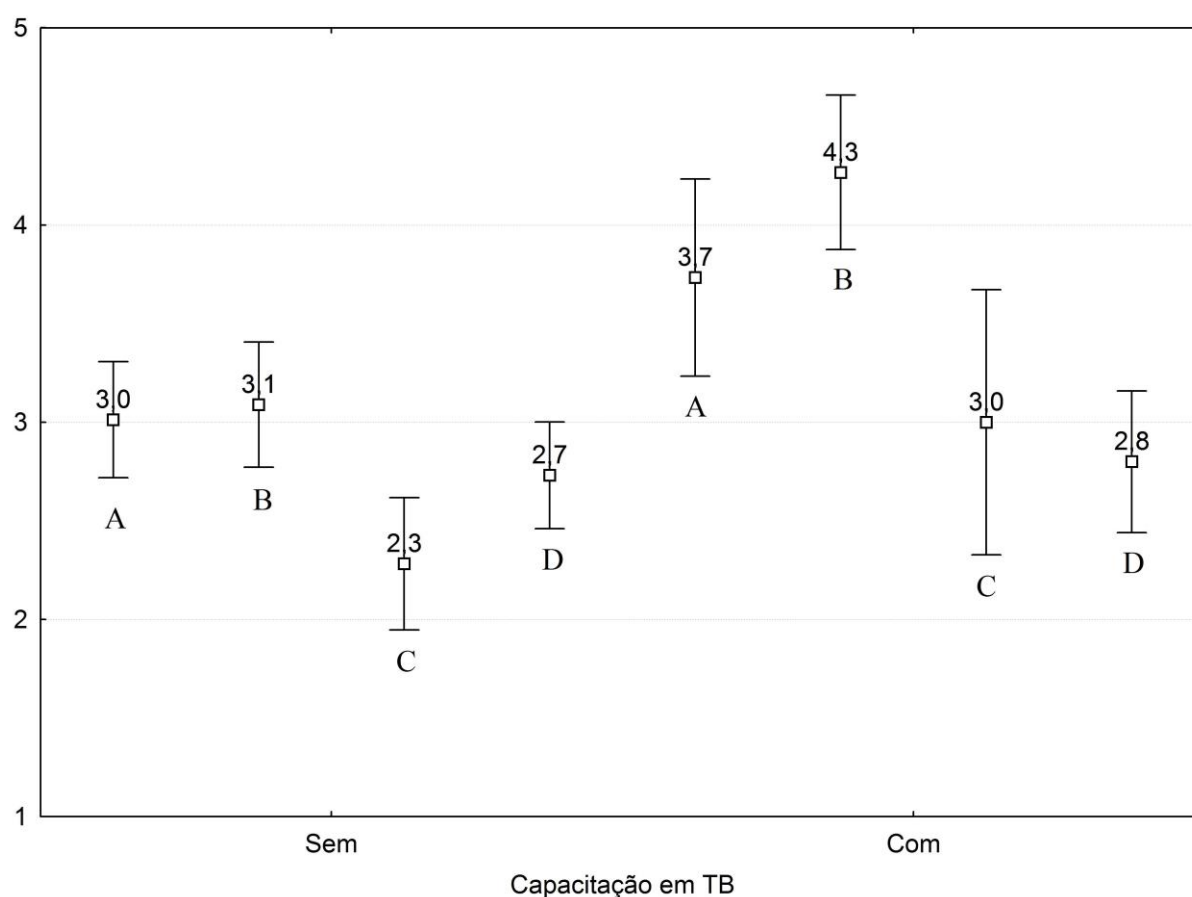
A - Preparo para identificar suspeitos de tuberculose; B - Preparo para orientar sobre a doença; C - Preparo para orientar sobre coleta de baciloscopia; D - Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de tuberculose; E - Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; F - Ensina o usuário a coletar o escarro; G - Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; H - Comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; I - Participa de discussões sobre as ações de controle da doença; J - Questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que morram com o doente; K - Questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; L - Orienta as pessoas da comunidade sobre tuberculose; M - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios.

Figura 22. Distribuição das médias das respostas dos ACS e respectivos intervalos de confiança, JP-PB, 2009.

O panorama sinaliza para um cenário estrutural e organizacional do serviço onde o ACS, **regularmente**, sente-se preparado para identificar um SR; orientar sobre TB e coleta de escarro, e suspeitar que tosse pode ser TB no entanto, não realiza regularmente ações de levar um pedido de baciloscopia; ensinar a coletar, armazenar e encaminhar o escarro e sim realiza de forma **insatisfatória**; **regularmente** ele discute TB na unidade, questiona tosse entre comunicantes e durante a visita domiciliar. Um dado chama atenção: regularmente orienta pessoas na comunidade sobre TB, mas não realiza, da mesma forma, parcerias com a comunidade para o controle da doença, e sim de forma **insatisfatória**. A única ação que desenvolve **satisfatoriamente** é comunicar ao enfermeiro um SR.

Nos resultados referentes à dimensão Formação Profissional, identificou-se que dos 108 entrevistado, 44 (40,7%) concluíram a formação profissional de ACS exigida pelo MS e oferecida pelo município; 31 (28,7%) realizaram alguma capacitação em TB e 77 (71,3%) não.

Desses, foram referidos 30 cursos em diversas temáticas numa frequência de 228 vezes, sendo que 10 temáticas aparecem com uma frequência acima de 50%, em ordem decrescente: Hipertensão 24 (10,5%); Saúde da mulher 20 (8,8%); Diabetes 18 (7,9%); Territorialização 16 (7,0%); DST/AIDS e Visita Domiciliar com preenchimento das fichas 15 (6,6%) respectivamente; Educação popular 12 (5,2%); Saúde na comunidade 11 (4,8%) e Vacina 10 (4,4%).



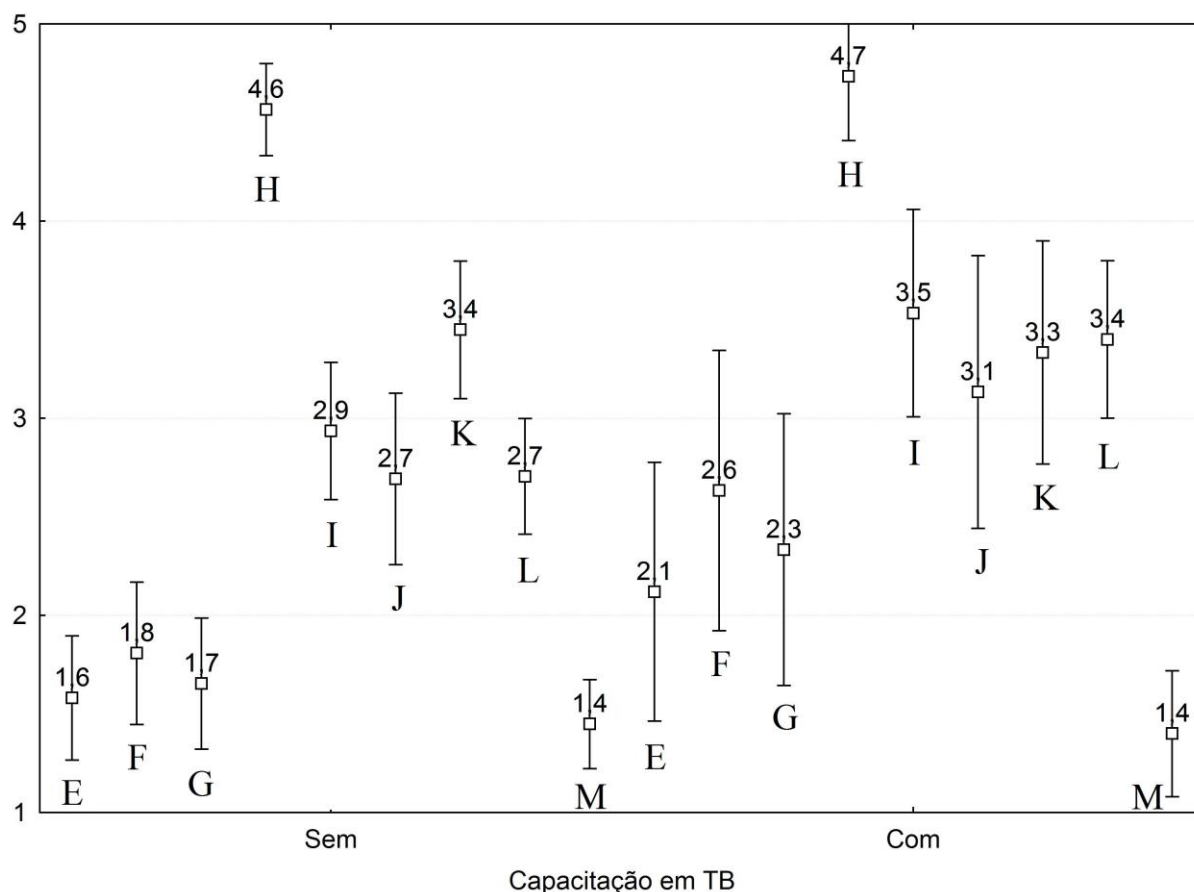
A - Preparo para identificar suspeitos de tuberculose; B - Preparo para orientar sobre a doença; C - Preparo para orientar sobre coleta de baciloscopia; D - Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de tuberculose.

Figura 23. Distribuição das médias das respostas dos ACS e respectivos intervalos de confiança, comparativamente entre os grupos sem e com capacitação em TB, referente às variáveis de preparo, JP-PB, 2009.

Na comparação entre os 2 grupos “COM” e “SEM” capacitação (Figura 23), os intervalos de confiança apresentam diferença apenas na variável *preparo para orientar sobre a doença* (B). Os ACS capacitados sentem-se mais preparados do que os que não foram capacitados. Mesmo assim, chama atenção as médias das variáveis *preparo para orientar sobre coleta de baciloscopia* (C) e *suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser*

doente de TB (D), demonstrando que, mesmo capacitados em TB, não sentem-se preparados satisfatoriamente, e sim de forma regular.

Quanto aos que não realizaram capacitação, as médias apresentam-se menores, ou seja apresentaram preparo **regular e insatisfatório** (próximo de 3 e 2, respectivamente).



E - Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área; F - Ensina o usuário a coletar o escarro; G - Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; H - Comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas; I - Participa de discussões sobre as ações de controle da doença; J - Questiona tosse há mais de 3 semanas as pessoas que moram com o doente; K - Questiona se as pessoas têm tosse quando realiza visita domiciliar; L - Orienta as pessoas da comunidade sobre tuberculose; M - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios.

Figura 24. Distribuição das médias das respostas dos ACS e respectivos intervalos de confiança, comparativamente entre os grupos sem e com capacitação em TB, JP-PB, 2009.

No que se refere às ações realizadas na dimensão diagnóstico na família e comunidade, os intervalos de confiança não apresentam diferenças entre os grupos capacitados e sem capacitação no que se refere às ações para a BSR (Figura 24). Na comparação das médias entre os 2 grupos, a variável que melhor se apresentou foi a *comunica o enfermeiro algum usuário apresentando tosse há mais de 3 semanas (H)*, e a pior com

média abaixo de 2,0 (**insatisfatoriamente**) foi a *realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomáticos respiratórios (M)*.

Constata-se que os capacitados realizam mais ações de ensinar usuários a coletar, armazenar e encaminhar o escarro; bem como de orientar mais as pessoas da comunidade sobre a TB do que os que não realizaram capacitação. No entanto quando se trata de *levar um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área (E)*; *ensinar o usuário a coletar o escarro (F)*; *Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro (G)*, a média se apresenta bem próxima de 2,0 (insatisfatório).

CONCLUSÕES

- A estrutura é satisfatória para coleta e encaminhamento do escarro, exceto quanto à inexistência de local para o armazenamento o que pode prejudicar e levar a perda de material e do SR.
- Identificou-se que a BSR pelo ACS não pode ser considerada satisfatória constatando-se que a organização do serviço interfere no desempenho pleno da BSR.
- A maioria dos ACS (72,2%) não realizaram capacitação em TB, refletindo que a TB não é prioritária para cursos de atualização.
- Verificou-se na percepção do ACS que embora sejam capazes para orientar coleta, armazenar e encaminhar o escarro ao laboratório, a organização do serviço limita a ação do ACS apenas à identificação de SR e encaminhamento do mesmo ao serviço, por determinação da gerência do serviço.
- Ao se comparar o desempenho dos ACS que realizaram capacitação em TB com os que não realizaram, identificou-se, que os ACS que não participaram de capacitações realizam mais parcerias junto à comunidade.

AGENTE COMUNITÁRIO E A SAÚDE

E ao mediar
ambivalente me encontrei
frente ao caos
da vigente política de saúde
antes ideológica, que utopia,
problemas múltiplos a solucionar,
como esperado seria
literalmente
me desintegrei.

Antonio Ruffino Neto

27-07-2007

Poema escrito durante o exame de Qualificação de Mestrado de Ana Carolina Figueiredo na FFCLRP-USP (título do trabalho: Agente comunitário de saúde: caracterização da sua práxis em saúde)

CAPITULO V

GESTORES RESULTADOS E CONCLUSÕES



1 GESTORES

1.1. RIBEIRÃO PRETO - SP

1.1.1 A percepção dos gerentes da AB sobre a operacionalização das ações para o diagnóstico da TB.

Monalise Lemos¹, Ana Caroline da Veiga Oliveira¹, Tereza Cristina Scatena Villa¹, Filomena Elaine Paiva Assolini², Pedro Fredemir Palha¹.

A atenção a TB esta centralizada em cinco distritos sanitários do município para onde são referenciados os doentes para a realização do diagnóstico, tratamento supervisionado e acompanhamento. Identificou-se na fala do gestor quer os profissionais e os serviços de saúde tem uma baixa responsabilização quanto à construção da linha de cuidado ao doente de TB. Os blocos discursivos apontam que há uma baixa suspeição para o diagnóstico da TB pelos profissionais na AB, fragmentação do cuidado, centralização das ações para o diagnóstico da doença para a UR, com interrupção da sequência do cuidado com o doente, demonstrando uma fragilidade da AB no controle da doença: *“Se houver suspeita; e se conseguiu diagnosticar, ele é encaminhado para o centro de referência” (G1).* O encaminhamento para o centro de referência desvincula e desresponsabiliza os profissionais e os serviços da AB com o diagnóstico, tratamento e seguimento do doente: *“quem faz isso não somos nós, é o centro de referência, faz a busca ativa médico dá os primeiros atendimentos e é encaminhado, é seguido lá, não segue aqui com a gente” (G12).*

Identifica-se através do *interdiscurso* do gestor (ORLANDI, 2009) que suas *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) revelam que a organização dos serviços de saúde se constituem num entrave para o diagnóstico: *“...depende do paciente vir à Unidade, e (quando) as agentes desconfiam, a gente solicita para vir ou fala para a Vigilância, faz uma visitinha; é o paciente fazer a parte dele” (G10).* A organização dos serviços com base na demanda espontânea, uma postura não pró-ativa, a responsabilização do doente perante seu estado de saúde e a espera que o doente procure os serviços de saúde demonstram a pouca preocupação que os serviços tem para com o controle da doença.

Nas sequências discursivas o gerente argüi que o baixo índice de coleta de baciloscopia é devido ao doente, descuido do serviço perante a BSR em relação às outras

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo EERP/USP

² Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FFCL/USP

Email: monaliselemos@usp.br

ações na AB, e justifica que esses são devidos a sobrecarga do trabalho dos enfermeiros e pela falta de recursos humanos que impedem o cumprimento das ações de controle da TB: “...se você for ver o índice de colher material, é baixo, tenho conversado com as enfermeiras sobre isso e elas falam que (os doentes) não estão vindo, por isso que é baixo. A gente está com diminuição do quadro de funcionários, (G3). Considera-se que na AB, a falta de recursos humanos pode resultar na sobrecarga de funções entre os profissionais e comprometer a capacidade resolutive dos serviços. Esta sobrecarga de funções também pode ocorrer pela designação de múltiplas atividades, programas e tecnologias para a AB sem o adequado preparo e perfil profissional, dificultando a sensibilização e organização do processo de trabalho nesses serviços para incorporarem as ações de controle da TB (MONROE et al., 2008).

Há o reconhecimento na fala do gerente pela desatenção dos profissionais em relação a TB, estando seu *interdiscurso* (ORLANDI, 2009) permeado pelo não reconhecimento da doença nos serviços, o descaso da mesma e, a não realização do diagnóstico na AB, indicando que nem os profissionais do PA estão atentos para a TB. Evidencia-se que o gerente relaciona a dificuldade dos profissionais a suspeitarem da doença, realizar a coleta de material para baciloscopia e o atraso no diagnóstico da doença: “...às vezes quando vai no PA, onde os profissionais também não tão, sabe assim, tão alertas para o diagnóstico da Tuberculose, a dificuldade do diagnóstico é você sabe, colher essas amostras, de você suspeitar e colher, tem essa dificuldade” (G13). A gente orienta as pessoas, muitos negam, eles não querem colher, eu já presenciei vários que negam a coleta”. (G9)

No relato acima, está silenciado (ORLANDI, 2007) o medo que os doentes possuem da doença. Para Pôrto (2007), Metaforizações ou silêncio em torno da tuberculose justificam-se não só pelo pavor da morte por ela projetada, mas, em particular, por se tratar de algo tido como “de mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos”. De acordo com o relatório de gestão de Ribeirão Preto/SP, ano de 2009, foram realizadas 2.252 baciloscopias das 5.500 previstas (RIBEIRÃO PRETO, 2010) dados que demonstram uma provável redução do diagnóstico de doentes da forma bacilífera, destacando a necessidade de investimentos na organização dos serviços de saúde da AB e qualificação profissional.

O diagnóstico da TB é reconhecido pelo gerente como difícil, quando questionado sobre como percebe a doença “É uma coisa assim de difícil diagnóstico porque as pessoas não pensam que é tuberculose, e acabam deixando passar a tuberculose que poderia ter sido feito diagnóstico numa área primária. Atualmente, o povo está preocupado com gripe suína, Gripe A, então tossiu muito aqui todo mundo diz é gripe A”. (G9)

A sequência discursiva indica que o atraso no diagnóstico da TB está relacionado a não identificação da doença pelos profissionais, o foco da atenção voltada para as doenças sazonais e revela o reconhecimento da necessidade de se realizar o mesmo na AB. Para Oliveira et al., (2009), a demora na realização do diagnóstico da TB pode ser verificada por meio das formas avançadas da doença com que estes doentes são encontrados, na maioria das vezes hospitalizados devido à caquexia e mal estado geral, o que demonstra a necessidade de se fazer com que os serviços da AB se responsabilizem pela identificação precoce dos SR.

Identifica-se nas seqüências discursivas que uso de tecnologias de alta densidade tecnológicas continuam sendo valorizadas e, em consequência desta ação a negligência da clínica. (Insumos para o diagnóstico) *“Normal você consegue bem (raio-x e potinhos de escarro). Só o PCR que você não consegue fazer aqui, aí você teria que passar por um centro especializado que vai solicitar... o que fecha, o que tem maior sensibilidade, é o PCR; é um exame caro”*. (G1). O PCR é considerado um método alternativo, apresenta rápido diagnóstico, considerado de boa especificidade e sensibilidade e é também usado para uma variedade de investigações epidemiológicas com a finalidade de identificar uma infecção exógena recente ou a reativação endógena da doença. Esse método encontra restrições devido a seu alto custo, o que dificulta a sua utilização nos países em desenvolvimento (FERREIRA et al., 2005).

Evidencia-se a não identificação da tosse como sintoma clássico da doença: *“... o diagnóstico sempre começa pela suspeita, pelos sinais e sintomas. O doente que refere emagrecimento, sudorese noturna, contato com alguém que já tinha tuberculose bacilífero. Aí a gente começa a investigar... na investigação a gente passa o raio-x de tórax...”* (G1). Assim o raio-x de tórax, é o método mais citado para o diagnóstico, o que ressalta a baixa solicitação de baciloscopia, método rápido, de baixo custo e priorizado a todos os casos suspeitos de TB pulmonar (BRASIL, 2002).

A percepção dos gerentes da AB sobre o atraso no diagnóstico da TB

O atraso no diagnóstico da TB contribui para a persistência da cadeia de transmissão e perpetuação da doença. O desempenho em termos de diagnóstico de casos na comunidade e nas diferentes unidades de saúde pode ser resultante de aspectos relacionados ao doente, aos profissionais dos serviços e/ou ao sistema de serviços de saúde: *“O diagnóstico de tuberculose é sempre difícil, é próprio da doença, o bacilo como ele é difícil de ser*

encontrado, mesmo estando em fase bacilífera, tanto na bacterioscopia quanto na cultura, talvez demore fazer o diagnóstico por causa disso”. (G1).

Para o gerente, o atraso no diagnóstico está atribuído a própria doença, o que pode indicar dificuldade na técnica de coleta do material, estando os profissionais dos serviços com dificuldades de realizar estas ações: *“as vezes que nós colhemos nós tivemos sucesso, ou era tuberculose ou não era. ... às vezes pede pro paciente colher, ele não traz a amostra, isso acontece também. Ai ele fala que ele não consegue, não conseguiu, sabe? Não volta mais também”*. (G13). A sequência discursiva mostra a isenção da responsabilidade por parte dos gerentes de que o serviço de saúde realize mal a coleta de material para baciloscopia, sendo esta atribuída ao doente.

Quando questionado se havia atraso no diagnóstico: *“Eu acredito que deve ter, porque não é assim, se a gente às vezes espera essas pessoas virem, mas aí elas não vem por N motivos. Pensa que é um resfriado, qualquer coisa que vai melhorar, tomam um xarope, então a gente não sabe. Então esse retardo naturalmente ele vai acontecer mesmo”*. (G3). Identifica-se na fala, a falta de conhecimento da população sobre a doença e o receio de procurar a AB para o diagnóstico, podendo este estar relacionado ao estigma da doença, a automedicação e a fatores desfavoráveis de acesso da população aos serviços, como apontam Scatena et al. (2009) que há na população o hábito cultural pela procura por serviços de emergência para o primeiro atendimento médico, promovendo a procura espontânea pelo serviço de referência secundária ou terciária, propiciando diagnósticos tardios. O atraso no diagnóstico da TB também é atribuído aos serviços de saúde. *“Tem esse... dele passar uma, duas, tem sim, volta na unidade, aí a unidade já lembrou que ele passou aqui e a coisa continua, a gente acaba trabalhando, aí a gente esta mais sensível a pedir o escarro, mais do que no Pronto Atendimento, bem mais”*.(G11)

Evidencia-se nas *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) o modelo curativista presente, onde o doente procura o serviço de saúde, tem sua necessidade imediata atendida, não havendo a apropriação do serviço pela integralidade do cuidado e da atenção (Brasil, 2003). As práticas educativas na saúde no *interdiscurso* (ORLANDI, 2009) do gerente, são identificadas como carentes, ao se questionar o gerente sobre o que poderia atrasar o diagnóstico: *“Acho que até porque, a gente coloca cartaz na unidade, mas muitas vezes as pessoas acabam não indo muito atrás para ver, pelo menos não na unidade básica,”* (G3) Eastwood e Hill (2004) apontam que a educação sanitária é obrigada a fornecer conhecimentos básicos sobre a doença, e no estudo evidencia-se a responsabilização dos usuários em buscar essas informações.

Identifica-se nas *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) do gerente que o atraso do diagnóstico decorrem pelo seu caráter temporário e pela negação dos profissionais da saúde: *“... o diagnóstico está atrasado, não só em Ribeirão, ... você faz a campanha de tuberculose uma vez no ano, só aquele, aí passa um mês e acabou a coleta?” (G9) talvez seja tentar haver assim uma maior conscientização dos profissionais em estar sempre alerta em relação a essa doença...muitas vezes alguns casos podem estar passando despercebidos pela gente”.(G4), o pessoal não tem essa vivência ou essa preocupação. No dia a dia, sabe? mas os próprios funcionários não estão muito ligados”.(G8)*

Há o reconhecimento pelo gerente da desresponsabilização dos profissionais quanto ao diagnóstico da TB, estando silenciado (ORLANDI, 2007) na fala, o negligenciamento da TB no cotidiano dos serviços. Para Ruffino-Netto (2002), por muito tempo as ações de combate à TB foram relegadas em segundo plano, por ser considerada como um problema sob controle, estando desta forma o controle da TB fortemente negligenciado pelos serviços de saúde.

CONCLUSÕES

Nas formações imaginárias dos gerentes, que o atraso no diagnóstico da TB está relacionado a baixa suspeição da doença na AB; a desresponsabilização dos profissionais de saúde dado que a UR é responsável pela instituição do tratamento e seguimento do doente na AB; a hegemonia do modelo curativista que atribui ao doente a responsabilidade pela busca da atenção frente aos sinais e sintomas, assim como nas informações necessárias ao processo educacional preventivo; a baixa BSR decorre do caráter pontual e temporário que as ações da TB assume junto a AB frente às outras ações em saúde; baixo quadro de recursos humanos com pouca valorização do diagnóstico de baixa densidade tecnológica como a baciloscopia e RX, em detrimento de outros exames mais complexos e a pouca valorização dos sinais e sintomas clássicos da TB. Essas características identificadas nos blocos discursivos dos gerentes apontam para o negligenciamento e o silenciamento da TB na AB, havendo necessidade de ações pró ativas junto aos serviços municipais de saúde com o intuito de por na agenda local a valorização da doença junto ao quadro sanitário municipal.

1.2. JOÃO PESSOA – PB

1.2.1 Organização dos serviços de saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios e o atraso do diagnóstico da tuberculose

Lenilde Duarte de Sá¹; Patrícia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro¹; Anne Jaquelyne Roque Barrêto¹, Débora César de Souza Rodrigues¹, Pedro Fredemir Palha², Tereza Cristina Scatena Villa², Jordana de Almeida Nogueira¹, Rayanne Santos Alves¹, Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira¹, Eveline Maria Leite Vilar¹; Dinalva Soares Lima³; Nilma Maria Porto de Farias⁴

Analizou-se a discursividade, com base na Análise de Discurso (ORLANDI, 2009) dos apoiadores matriciais relacionados ao *Retardo no diagnóstico da TB e aspectos relacionados à gestão e a Percepção dos Gestores sobre a busca ativa de sintomáticos respiratórios e o retardo no diagnóstico da TB*.

Os apoiadores matriciais no município de João Pessoa-PB se constituem como gestores do sistema local, fazendo a ligação entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as demais instâncias de gestão municipal, Distritos Sanitários e órgãos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A inserção desses atores no sistema municipal de saúde teve início no ano de 2006 e a expectativa é a de que atuem em consonância com a Política Municipal de Saúde, definida sob o tema *Gestão de Saúde Pública: cuidado integral e humanizado no SUS*, devendo os serviços de atenção estarem fundamentados na organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde.

Os apoiadores matriciais no município apresentam distintas formações acadêmicas, fato que promove a possibilidade do cuidado ser construído e operado na perspectiva da inter e transdisciplinaridade, necessária à condução de processos de mudança nos serviços de saúde de Atenção Básica (AB) no município, cuja expressão é representada pela ESF, cuja cobertura é de 84%.

Apesar da Política de Saúde no município de João Pessoa encontrar-se voltada à construção do cuidado integral e humanizado no SUS, os processos discursivos dos apoiadores matriciais mostram-se divergentes dessa política defendida pela gestão municipal. Os sentidos dos discursos desses gestores reforçam a organização da atenção à saúde sob a

¹ Universidade Federal da Paraíba - UFPB

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP

³ Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba

⁴ Complexo Hospitalar Clementino Fraga

E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

concepção biomédica, reforçando o modelo hegemônico e tradicional, centrado na doença e não no usuário.

No caso específico da TB, principalmente no que se refere a viabilidade das ações para confirmação diagnóstica, de modo que seja feita no menor tempo possível para não prolongar o sofrimento do doente e, nem tão pouco, aumentar o tempo de exposição de pessoas ao risco de contrair a doença, esse tipo de concepção em saúde ao qual se filiam os gestores, ou seja a biomédica, concorre para o entrave de processos já iniciados com a criação do SUS e sustentados pelas concepções de saúde como direito humano, cuidado integral e humanizado etc. No caso específico da TB, as iniciativas que vem sendo orientadas e implementadas longo de duas décadas e expressas nas Normas Operacionais Básicas, Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e no Pacto pela Saúde 2006, se configuram sintonizadas com o processo de consolidação do SUS. Ocorre que, na realidade, entraves existem e que reduzem a celeridade das ações em função de uma política maior, pela qual o Estado deve se mostrar provedor de direitos de cidadania.

Na saúde os gestores são os responsáveis locais pela saúde dos munícipes. Considerando as concepções que alimentam o SUS e a construção de um modelo de atenção que contemple as necessidades dos usuários como cidadãos, observou-se no estudo realizado, conforme os discursos participantes, que dois núcleos de importância para o controle da TB estão diretamente relacionados à brevidade da confirmação diagnóstica: a organização dos serviços de saúde e a busca ativa de sintomáticos respiratórios.

A organização dos serviços de saúde e o retardo do diagnóstico de TB

Na análise da discursividade, no que tange à relação da organização dos serviços de saúde com o retardo no diagnóstico de TB, revela que existe um movimento em função do processo de descentralização das ações de TB da Unidade de Referência (UR) para a ESF, no entanto, não há uma homogeneidade nas falas quanto à organização das ações de controle da doença pelas equipes de saúde da família que favoreçam o diagnóstico. Atualmente está passando por um processo de descentralização. Inicialmente todos os pacientes estavam concentrados no Clementino Fraga, [...] estes pacientes estão sendo encaminhados para a própria Unidade de Saúde, onde eles vão ser acompanhados pelo médico da Unidade Básica de Saúde. [...] (G1. [...] e a gente tem que entender e saber que a responsabilidade não é do Clementino e sim da Atenção Básica. Mas é isso que eu falei, é a questão da preparação mesmo dos profissionais em acolher esse tipo de usuário. (G5. O acolhimento deve garantir o acesso aos serviços de saúde; reorganizar o processo de trabalho nas equipes

multiprofissionais e qualificar a relação trabalhador/usuário, por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania. Porém o termo acolhimento, embora faça parte do discurso dos gestores, o mesmo não acontece com as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família e que mostrem o compromisso dos profissionais em realmente incorporarem às ações de controle da doença em seu processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

Outro ponto importante identificado nos enunciados dos gestores foi a centralização do processo de informação na área técnica de TB da SMS. Expressando uma forma hierarquizada de trabalho, as ESF agem de forma passiva, fazendo o mero repasse de dados para a SMS ou recebendo as informações encaminhadas por aquele setor. *Esse paciente é sempre monitorado até a alta, até a cura... (G6. Tem uma equipe que é responsável por isso da Secretaria, que é o grupo da TB. [...] Eles que fazem o controle do saldo, fazem o controle mensal do formulário e mandam para as equipes. E a gente faz um encontro com eles, geralmente na reunião matricial que é onde trazem os cálculos e a gente tem uma noção dos casos que tem no município, os casos que estão sendo acompanhados pelo Clementino. (G4)*

Os fragmentos discursivos revelam centralização e passividade das equipes de saúde na produção das informações sobre os casos de TB. Esse processo contraria a política municipal no que concerne ao planejamento estratégico onde a avaliação das informações, para a tomada decisão, deveria ser realizada pelos atores que trabalham diretamente na produção dos dados.

Os discursos dos gestores referentes à relação entre a organização do serviço de saúde e a atenção ao doente de TB revelam que o atendimento do doente se dá pela demanda de exames, medicamentos e consultas, caracterizada por uma conduta repetitiva, induzida de forma a responder clinicamente, cujo processo encontra-se assentado no binômio queixa-conduta. Esse modelo de atenção se contrapõe a concepção política da humanização SUS em consonância à defesa da vida. *O ACS, quando identifica nas suas visitas um paciente que é possivelmente um paciente que tem tuberculose, ele o encaminha para a Unidade de Saúde, o médico faz uma avaliação clínica e aí ele pode, através da clínica, pedir os exames laboratoriais ou não. Pelo exame clínico ele pode iniciar o tratamento, que a gente disponibiliza gratuitamente no município. Se não, ele pode pedir os exames radiológicos e o exame de escarro para a confirmação, e aí eles referenciam para o Clementino, e após ele ir pra lá começa o tratamento, ele volta e tem todo o tratamento até o final na Unidade. (G10.*

Embora a política de saúde do município esteja pautada na construção do cuidado integral humanizado, percebe-se que existe um distanciamento entre as concepções teóricas e ideológicas que orientam o modelo que vem sendo instituído desde 2004. Pois para um cuidado efetivo ao doente de TB é necessário que ele seja assistido conforme a sua real situação, não apenas em função da doença, mas sim de forma de maneira holística, integral e, para isso, os profissionais nos serviços, auxiliados pelos apoiadores matriciais, devem avançar

no tratamento clínico de modo em direção a ações que expressem o exercício da intersectorialidade.

Sobre a educação em saúde, observa-se, nos discursos, que essa é restrita a palestras distribuição de panfletos e palestras e na qualificação de profissionais apenas para o atendimento clínico ao doente de TB. *Experiência de ação contra TB, eu não tenho muita experiência, mas a gente tem feito atualização. A gente tem feito Educação Permanente com os profissionais da Unidade. Inclusive assim, sempre que sai algum profissional para alguma capacitação, quando eles retornam para a Unidade, a gente tenta fazer Educação Permanente com todos os outros profissionais, para estar repassando. Mas assim, cuidado de controle da TB hoje ainda está com deficiência.* (G12). Embora a EPS (Educação Permanente em Saúde) seja citada em alguns discursos, não são encontradas expressões que revelem intenção de mudanças ou mesmo mudanças a partir dessa ferramenta da gestão citada no Plano de Saúde do município. Observa-se que os profissionais continuam a usar de recursos tradicionais no campo da educação em saúde, o que impede a mudança do processo de trabalho.

A fragmentação das ações, a falta de articulação entre as áreas (cada profissional da equipe responsável pela sua tarefa), a supervisão de tarefas por meio de *check list* para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como a ausência de planejamento, com base nas necessidades de saúde da população, revelam que a experiência do gestor referente às ações de TB ainda se configura por processo técnicos administrativos, burocráticos e racionalizadores, o que contraria a proposta da SMS, uma vez que os sujeitos não revelam em seus discursos a incorporação de conceitos como gestão compartilhada e/ou de co-gestão. *“[...] Inclusive, pra os ACS a gente preparou uma check list, pra eles fazerem uma linha mais voltada pra saúde na hora das visitas, e dentro dessas perguntas, perguntar se a pessoa esta tossindo há mais de 15 dias, vê se ta aparecendo algum sintoma, pra gente poder verificar se realmente essa pessoa pode ter tuberculose [...] E também fazer alguma ação junto com a comunidade, distribuir panfleto, fazer palestras... As ações de fato mesmo não têm, teve uma que eu tava lá na Ilha do Bispo, nesse dia a gente fez todo um trabalho, fez palestras pra comunidade, e passava um vídeo constantemente sobre TB”.* (G1).

Segundo o discurso dos gestores, a forma como os serviços se organizam, não estão em sintonia com a proposta ideológica contida no Plano de Saúde do município, de modo que, distanciados, na prática do cuidado humanizado e integral à saúde, reforçando o modelo biomédico, concorre para o retardo do diagnóstico da TB, prolongando assim o sofrimento do doente e aumentar o período de exposição da família e da comunidade.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios e a relação com o atraso do diagnóstico da TB

Os discursos dos apoiadores matriciais referente ao conhecimento sobre o percurso que o doente de TB realiza para obtenção do diagnóstico revelam que não há consenso sobre o diagnóstico ser realizado na ESF ou na Unidade de Referência (UR). *“A maioria faz o percurso hospital direto, é direto para o Clementino. Depois de ter o diagnóstico lá, [...]. Em geral a pessoa vai pra o Clementino [...].” (G4).* Nos fragmentos discursivos observa-se que existem duas portas de entrada para a obtenção do diagnóstico da TB: a ESF e a UR, o que mostra fragilidades no processo de descentralização das ações de TB, feito em função do entendimento em ser a ESF a porta de entrada dos usuários na rede de serviços de saúde. Nota-se nos fragmentos discursivos que os gestores imputam aos usuários uma certa culpabilidade pelo fato de buscarem o cuidado na UR; justificam que o fato ocorre face ao estigma, uma vez que não querem ser identificados como doentes de TB pelas pessoas da área em que residem e que freqüentam a mesma USF. Também expressam que há fragilidade no vínculo entre o usuário e a ESF.

Outro ponto importante analisado nos fragmentos discursivos diz respeito à relação entre a BSR e a vigilância em saúde. Foram identificadas formações ideológicas no que concerne o entendimento dos gestores sobre o significado do que seja busca ativa. Observa-se que os sujeitos confundem a busca ativa de casos novos com o monitoramento terapêutico ou abandono de tratamento. Eles procuram verificar os suspeitos já existentes, mas não relacionam com o fato de identificar casos novos. Dos 16 (dezesesseis) gestores entrevistados apenas um mencionou a realização de busca ativa no território, mesmo assim a sua visão denota vestígios ancorados no modelo campanhista, de ações policiais, e não de vigilância em saúde. *“No princípio ele (o doente) vai à Unidade, a gente faz a busca pelo Agente de Saúde, ele passa na casa da pessoa verificando se ela está tomando corretamente a medicação e nos casos mais difíceis, a gente oferece o café da manhã para o usuário ir até à Unidade [...].” (G4).* Hoje em dia a gente está tentando fazer acompanhamento dos Sintomáticos Respiratórios mensalmente. Que era muito difícil, a gente está tentando planejar o acompanhamento e a busca ativa também de quem abandona o tratamento. Então a gente está tentando fazer mês a mês olhar os livros mesmo. ”(G7). *“A gente vai para o território para fazer uma campanha sobre isso, enquanto equipe multiprofissional, saber se tem pessoas que estão apresentando sintomas, conversar com as pessoas no porta-a-porta, levar um carro de som.” (G9)*

Se os gestores em suas formações ideológicas não assumem a posição de sujeito que condiz com a mudança proposta, qual seria a posição que ele ocupa dentro deste contexto de mudança de modelo, uma vez que ele é protagonista da história e como tal ele não pode ter uma posição de contemplação e de passividade? De modo coerente com o Plano de Saúde municipal, como gestores devem estar atentos aos conceitos de linha do cuidado, cuidado centrado no usuário, trabalho em equipe e a vigilância em saúde.

Outra contradição dada nos discursos dos apoiadores, em relação à BSR, é que embora se tenha um modelo de gestão que usa ferramentas para provocar mudança, rupturas, os fragmentos discursivos revelam que na ESF acontece uma busca passiva dos casos de TB e não a busca ativa. Segundo Cavalcanti e Olmos (2010) a busca passiva é a investigação de TB em indivíduos sintomáticos respiratórios que procuraram o serviço de saúde devido a tosse, e a busca ativa é a procura de TB pulmonar em indivíduos sintomáticos respiratórios que não procuraram o serviço de saúde. *“A gente tem que identificar na própria Unidade de Saúde, a partir da visita que ele faz à Unidade. Quando ele está dentro do serviço [...]” (G2. “[...] a partir de um olhar que todos os profissionais e Agentes de Saúde são orientados. Se as pessoas estiverem tossindo, são orientadas. Isso nos grupos. Tanto no grupo de gestantes, como no grupo de idoso, de jovem [...], no que a gente puder está divulgando a importância das pessoas estarem vindo à Unidade se estiver com tosse, porque é por aí.” (G5. “A busca de sintomático[...] a gente só procura quando tem algum caso, se não tem não faz essa procura.” (G12)*

A busca passiva está relacionada à falta de planejamento por parte destes gestores para ações de controle da TB. Quando questionados sobre o planejamento referente às ações de busca de sintomáticos respiratórios, ficou claro que não há planejamento, não existem ações das equipes de saúde voltadas à busca ativa de sintomático respiratório. *“No geral não tem um planejamento assim: “vamos ver quais usuários podem ter TB, os que não sejam os que já foram diagnosticados”. Mas assim, o acompanhamento da gente, quando tem uma suspeita geral, a enfermeira vai à casa da pessoa ver se consegue fazer a coleta, mas não tem planejamento pra isso.” (G4). “Muitas vezes o próprio Agente de Saúde que está na casa do usuário pelo menos uma vez ao mês, ele não tem um olhar crítico sobre isso, pelo menos para dizer a equipe: -“olhe, está tossindo há muito tempo, isso não é estranho?” (G7)*

Nas poucas vezes que a busca ativa é citada ela acontece de maneira secundária às visitas domiciliares feitas pelos ACS. Os movimentos direcionados à busca ativa de SR estariam restritos à sensibilidade desses profissionais e mesmo assim, quando a doença já está instalada, mostrando mais uma vez a contradição com o modelo de atenção a saúde proposto que valoriza a promoção a saúde e não a doença. Como resultado desta falta de conhecimento e planejamento em relação à busca ativa, o que se pode esperar é, com certeza, um aumento gradativo do retardo do diagnóstico da TB.

CONCLUSÕES

Embora a SMS de João Pessoa tenha investido na descentralização das ações de controle da TB para a AB, ou seja, para a ESF, na discursividade dos apoiadores matriciais observou-se que os doentes de TB tem preferido buscar a UR para obtenção do diagnóstico. A maioria desconhece como está organizado o serviço para as ações de controle da TB, referem não ter

planejamento dessas ações, principalmente centradas no planejamento estratégico. Mesmo a gestão usando a ferramenta da educação permanente, os gestores citam ações de educação em saúde técnicas como palestra e distribuição de panfletos. A BSR é feita de forma passiva e as informações não são direcionadas para tomadas de decisão. Nesse sentido, conclui-se que embora o plano da SMS seja feito centrado no usuário e no cuidado integral e humanizado, a análise da discursividade dos sujeitos aponta um descompasso com o desenvolvimento de ações que favoreçam ao diagnóstico precoce da TB em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS.

O VAZIO QUE NÃO É

Silêncio...

Vazio de sons

Mas... ensina refletir palavras
mais adequadas para cada situação.

Silêncio...

Vazio de forças

Mas ... permite refazer energias do corpo,
revitalização.

Silêncio...

Vazio de sentimentos

Mas... desperta, viabiliza perceber,
sentir, viver, profundas emoções.

Silêncio...

Vazio de efeitos medicinais

Mas... melhor terapêutica quase todos problemas
do indivíduo e do mundo.

Silêncio...

Vazio, na aparência nada é... impressão de ausência, inutilidade

Mas... na essência tudo é capaz,
induz, ensina viver... profundidade.

Silêncio...

Vazio que preenche a vida

e no viver, exercita possibilita,
exteriorizar todo potencial.

Silêncio...

Vazio que NADA É

Mas permite sempre
decantar a sensibilidade.

ANTONIO RUFFINO NETTO

28- 07-2006

CAPITULO VI

SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA



1. SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

1.1. RIO DE JANEIRO – RJ

1.1.1 A sociedade civil na luta contra a TB, Rio de Janeiro, Brasil: a percepção das ONGs

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza¹, Fátima Teresinha Scarparo Cunha¹, Camille Mello Barreto e Sousa¹, Gláucia Lemgruber Schuabb¹, Vivian Albuquerque Abreu dos Santos¹, Antonio Ruffino Netto², Tereza Cristina Scatena Villa³.

INTRODUÇÃO

O estudo visa contribuir para a compreensão da participação de representantes da sociedade civil organizada, em ações na luta contra a Tuberculose (TB). A inclusão da sociedade civil para o controle da TB nos diferentes meios de governos brasileiros vem se fortalecendo apoiada nos seguintes aspectos: o primeiro é a legitimidade e o amparo legal da política de saúde para efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o segundo aspecto foi a Declaração STOP TB que estabelece aos governos monitorar os PNCT e apoiar as parcerias com as organizações não governamentais (ONGs) e com a comunidade (STOP TB) (SANTOS – FILHO; GOMES, 2007; WHO 2006).

Os novos atores sociais na luta contra a tuberculose e sujeitos desse estudo são integrantes dos movimentos sociais e representantes das Organizações Não Governamentais (ONGs), na luta contra a Tuberculose no estado do Rio de Janeiro. O estudo tem como objetivos específicos: (1) identificar os aspectos sócio-econômicos e culturais que influenciam nas ações de controle da TB na percepção dos sujeitos pesquisados; (2) identificar os movimentos comunitários que atuam ou têm interface com a tuberculose no estado do Rio de Janeiro; e (3) analisar a atuação/dinâmica dos sujeitos pesquisados no controle da TB.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que se refere a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais,

¹ Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP/UNIRIO

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - FMRP/USP

³ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - EERP/USP

E-mail: fabi.assumpcao@gmail.com

simbolizações, simbolismos, percepções, (...), experiências de vida, analogias (TURATO, 2003).

Para contemplar os objetivos, os dados foram coletados de fontes primárias, por meio de entrevistas semi-estruturadas com representantes de ONGs que atuam na luta contra a TB e com os representantes do movimento social que atuam na ajuda dos sujeitos em risco e/ou com tuberculose.

Conforme Nogueira-Martins e Bógus, (2004) a amostra foi intencional ou proposital, o que possibilita apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. O ponto de partida foi determinado pela participação dos pesquisadores nas reuniões do Fórum de ONGs TB durante o ano de 2009, quando escolhemos intencionalmente um representante de uma ONG e de um movimento social para testarmos os roteiros das entrevistas. Utilizou-se a técnica de *snow ball* ou “bola de neve” para compor a amostra intencional, o qual a partir do sujeito-chave, se acrescenta a indicação de outros sujeitos que aportem informações relevantes para o objeto de estudo. É um processo contínuo no sentido de que todos os entrevistados indicam outros até as indicações se tornarem repetitivas.

Foram realizadas dezessete entrevistas, assim distribuídas: dez entrevistas com representantes do movimento social e sete entrevistas com representantes das ONGs. As entrevistas demandaram um longo tempo de duração e geraram um grande volume de informações, depois de transcritas. As falas são apresentadas com a seguinte codificação: EMS - Entrevistado do Movimento Social; E ONG – Entrevistado de Organização Não Governamental.

Criou-se dois bancos de dados com o apoio do software Atlas. ti 6.0 (2003 - 2008), uma ferramenta tecnológica para pesquisas com abordagens qualitativas. Cada conjunto de entrevistas foi agrupado em uma Unidade Hermenêutica (HU), um *container* que armazena, em conjunto, todos os dados e no qual é possível explorar e interpretar as informações. Com uso do *software*, codificaram-se trechos das entrevistas identificadas como *Primary Documents* (PD). A base teórica permite a definição de categorias (*codes*). Na leitura dos documentos, entrevistas e observações, cada documento é dividido em citações (*quotations*), os quais são relacionados por meio da codificação com as categorias de análise, conceituais – baseadas nos referenciais teóricos e empíricos – extraídos do conteúdo das entrevistas. No decorrer do estudo podem surgir elementos novos que suscitem hipóteses emergentes e assim, novas categorias. Agruparam-se os códigos e os trechos vinculados em temas, entendidos

como famílias de códigos que se relacionam e estabelecem conexões com as falas, sejam de oposição ou de similaridade sobre um determinado tema.

Utilizou-se a Análise de Discurso, na vertente francesa, com base em referências de Michel Pêcheux (2008) e Eni Orlandi (2009) para análise das falas dos entrevistados. A análise de discurso 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 deste tipo de análise é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. E o discurso produzido pelos sujeitos sempre terá relação com o contexto sócio histórico.

Atendendo à Resolução CNS 196/96, o projeto foi submetido ao CEP da UNIRIO, aprovado em 20/05/2009, Ata nº 10/2009. Cada entrevistado participou da pesquisa mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados por agrupamentos dos sujeitos pesquisados para assegurar as especificidades das falas sobre o objeto de estudo. Percebeu-se a forte vinculação entre os integrantes do movimento social vinculado à luta contra a TB e os representantes das ONGs que atuam no Fórum de ONGs TB. Nesse sentido, os resultados e a discussão são apresentados em um tópico comum.

Representantes das Sociedades Cívicas Organizadas (ONGs-TB) e integrantes dos Movimentos Sociais

A TB permanece no Brasil desde o século XIX, mas o movimento, enquanto luta social, para enfrentar esse grave problema de saúde pública se tornou efetivo somente a partir de 2003, com representantes que foram acompanhados nas reuniões do Fórum de ONGs TB. Embora atuando em número restrito de participantes, se unem em torno do problema, aperfeiçoam e potencializam o esforço enviado.

O movimento social e comunitário

No Brasil, nas décadas de 70 e início da década de 80, as noções de movimento popular ou social eram comumente utilizadas para denominar as ações coletivas

desenvolvidas por organizações populares localizadas e específicas, com alcance limitado de sua ação política (por exemplo, associações de bairros, movimentos de mulheres) (SCHERER-WARREN, 1993).

Na segunda metade da década de 80, muitas organizações da sociedade civil se reorientaram e passaram a participar de redes mais amplas de pressão e resistência (redes de movimentos), caracterizadas pelo pluralismo organizacional e ideológico, no qual os mesmos atores sociais participam de várias organizações ou redes (SCHERER-WARREN, 1993).

É nesse contexto que se insere o movimento comunitário existente no município do Rio de Janeiro que tem interface com as atividades de controle da TB. Além de lutar pelas causas dos sujeitos em risco e/ou enfermos pela TB – diretamente relacionadas com as condições sócio-econômicas em que vive a população – o movimento está engajado em outras organizações populares, conforme evidenciado na fala de um dos entrevistados:

“Sou voluntária na Associação de Moradores (...), além de integrar o projeto agente comunitário (...), que não é na minha comunidade. Eu também faço parte do Comitê Rio (Natal sem fome) onde eu estou há 16 anos.” (E MS 2)

A atuação dos integrantes dos movimentos sociais e comunitários nas atividades específicas de controle da TB é recente. A trajetória desses integrantes iniciou-se quando, num determinado momento de suas vidas, vinculou-se a alguma atividade de interesse coletivo. E na sua maioria, a atuação se fortaleceu com os movimentos de enfrentamento da AIDS devido ao aumento da co-infecção TB HIV/AIDS, como demonstram os depoimentos que se seguem:

“Isso começou em 1997, foi uma invasão (...) de terras e eu era uma das assentadas e quando a gente sentiu que ia perder aquela localidade eu tomei frente e comecei a articular dentro da comunidade até todos conquistarem seu espaço e conseguirem a desapropriação. (...) Foi aí que eu tive a idéia de virar uma líder comunitária, vendo a pobreza na área, as dificuldades, a falta de saneamento, sem escolas, sem postos de saúde, o alto índice de Tuberculose e HIV/AIDS me preocupou muito”. (E MS 6)

“(...) já tinha uma mobilidade com a DST-AIDS e depois a gente foi trabalhar com a tuberculose.” (E MS 10)

Os movimentos sociais e comunitários que têm interface com as atividades de controle da TB trabalham diretamente nas comunidades e/ou representam as pessoas afetadas pela doença em fóruns e eventos sobre a temática (SANTOS – FILHO; GOMES, 2007). Esses movimentos realizam o seu trabalho diariamente nas comunidades, porém é nos eventos organizados pelas ONGs que os mesmos ganham maior visibilidade nas suas ações.

Esses movimentos vêm nas ONGs, que realizam ações na luta contra a TB, um dos meios relevantes e capazes de influir nas decisões governamentais do setor saúde para vocalizar as necessidades dos sujeitos estigmatizados pela sociedade por portar a doença TB.

Os integrantes dos movimentos sociais participam de capacitações do Fundo Global e ONGs no intuito de promover o *empowerment* ao adquirirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas, entendendo que isso pode torná-los sujeitos ativos na luta contra a TB no município do Rio de Janeiro. Essa atuação é observada na seguinte fala:

“(...) é uma questão de poder mesmo, quando a gente fala que tem que se “empoderar”, é verdade, porque quanto mais eu tenho a informação, mais eu posso questionar sobre o que eu estou falando. E quando eu não tenho a informação, eu fico a mercê do que você quer me informar (...) (E MS 10).”

Os integrantes dos movimentos sociais e comunitários que têm interface com as atividades de controle da TB moram em localidades, dentre as quais as favelas, com baixa oferta de empregos e não dispõem de financiamento para suas ações. Entretanto, o trabalho que desenvolvem, os legitima na sociedade e os tornam reconhecidos na comunidade.

ONGs na luta contra a TB

Há muito tempo nos deparamos com os processos de globalização da economia, que cria riquezas na mesma proporção em que salienta a pobreza dos excluídos do processo, incrementando as desigualdades sociais. O fato também leva à constatação de que o Estado, que supostamente supriria as necessidades sociais com políticas públicas, tem sido ineficaz como promotor de justiça social. Nesse contexto, surgem propostas alternativas nas relações entre Estado e Sociedade com o aparecimento das chamadas organizações não governamentais (ONGs), mais recentemente conhecidas como organizações do setor público não governamental. Elas não fazem parte do Estado, nem a ele estão vinculadas, mas se

revestem de caráter público à medida que se dedicam a causas e problemas sociais, atendendo às necessidades da sociedade (TENÓRIO, 2005).

Isto é exemplificado em uma fala de um dos entrevistados ao ser perguntado sobre as diretrizes e princípios que regem o funcionamento da ONG/Associação que representa na luta contra a TB:

“(...) é uma instituição que não tem vínculo nenhum partidário. Isso é importante dizer por que como a gente trabalha junto com o governo, a gente muitas vezes é pressionado a ceder a determinadas decisões em função de acordos políticos. Como a gente não tem nenhum apoio direto de Estado nem de governo nenhum, a gente consegue se manter muito crítico e à vontade para ser parceiro quando tem que ser parceiro e denunciar quando tem que denunciar”. (E ONG 6)

De acordo com Tenório (2005), as ONGs são caracterizadas por serem organizações sem fins lucrativos, autônomas. Seu atendimento é voltado para as necessidades de organizações de base popular, complementando a ação do Estado. Suas ações, em geral, são financiadas através de agências de cooperação nacional e internacional, em função de projetos a serem desenvolvidos, e contam com trabalho voluntário. Portanto, sua sobrevivência independe de mecanismos de mercado ou da existência de lucro.

No caso da TB, existem alguns órgãos financiadores como o Fundo Global e *STOP TB partnership*, os quais são compostos por redes de organizações internacionais, países doadores, entidades privadas, instituições governamentais e não governamentais e indivíduos que têm interesse no tema. Podem trabalhar em colaboração com outras organizações bilaterais e multilaterais para complementar os esforços já existentes em relação à doença. Isso, muitas vezes, proporciona às ONGs uma autonomia relativa.

“Então a gente tenta a questão da autonomia que é essa liberdade de não estar com essa questão de ligação política partidária.” (E ONG 6)

A atuação das ONGs começou em meados de 1980, quando houve o surgimento de uma nova doença que foi identificada, mundialmente - a AIDS. Esta doença foi responsável por mudanças significativas em vários campos, além da saúde, por associar o comportamento sexual dos grupos à doença. *“O risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade” (CAMPOS, 2006).* No entanto, esse rótulo

imposto aos grupos causou a reação social dos mesmos. Em defesa de seu estilo de vida e satisfação, eles propuseram a introdução de estratégias de redução de risco, como uso e troca de agulhas e seringas descartáveis, incorporação do uso de preservativos para a prática de “sexo seguro”, entre outras propostas de ação e de conhecimento diante da AIDS.

Esta lógica desloca a idéia de risco associada ao pertencimento identitário de um grupo populacional em direção à identificação dos comportamentos dos indivíduos que efetivamente se expunham à doença constituindo-se em um novo conceito, o de comportamento de risco. Esta nova concepção também estimula o envolvimento ativo com a prevenção da AIDS, por meio da busca de transformação de seus comportamentos.

O que demonstra uma linha muito tênue ao atribuir a responsabilidade de cada um, podendo potencializar a culpabilização individual do afetado pela não prevenção aos riscos. Ou seja, o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena e a consequência inevitável é que se atribua à displicência pessoal, a falha na prevenção as causas do adoecimento. É neste momento que o movimento social organizado, com suas experiências, reflexões e militâncias, levantou algumas das mais expressivas vozes a criticar esse conceito (CZERESNIA; FREITAS, 2004).

No entanto, a busca por aqueles que eram portadores/suspeitos de TB ou que estavam em risco, se deu de forma subsequente ao risco associado nos afetados pela AIDS. E os entrevistados falam claramente sobre o surgimento da luta contra a TB:

“Todo o movimento de tuberculose no Brasil, assim como eu diria no mundo inteiro, vem basicamente do movimento de AIDS. E é um movimento absolutamente artificial, porque ele é provocado por outro ator social que é o Estado. O movimento de AIDS é completamente original e espontâneo. O movimento de AIDS brotou da sociedade civil. Ele brotou em vários lugares do mundo de forma social porque as pessoas morriam sem ter qualquer expectativa de socorro, de ter vida, etc.” (E ONG 5)

E ao serem perguntados sobre a trajetória como atores sociais e como essas atividades eram promovidas, as respostas se repetiram:

“A ONG onde eu trabalho tem 16 anos de atuação, especialmente com comunidades e fazendo articulação e representação com outros movimentos, redes, fóruns, principalmente e inicialmente na luta contra a aids. A experiência vem dessa linha. Pela luta contra a AIDS e pela promoção da saúde”. (E ONG 3)

Os representantes das ONGs começaram a desenvolver trabalhos com grupos denominados, à época, de risco. Eram homossexuais, moradores de rua, profissionais do sexo, usuários de drogas, entre outros. Ou seja, portadores ou em risco de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) de uma forma geral e, principalmente, o HIV/ AIDS. A tuberculose não era a preocupação principal.

A luta contra o HIV/ AIDS serviu como modelo e estímulo para a luta contra a TB quando o número de casos de co-infecção TB-HIV começou a crescer significativamente. Aqueles sujeitos militantes do movimento da AIDS, com informação e capacidade de mobilização, começaram a atuar na luta contra a TB, o que favoreceu as pessoas doentes, predominantemente vivendo nas áreas mais degradadas.

“Eu estou marcando bem um momento, de uma evolução do entendimento desse campo social, da questão dos direitos, da cidadania, em particular de grupos excluídos, porque a gente está falando de criança de rua, de prostituição, de baixa renda, de atuação no campo, de corpo a corpo, das cidades, dos indivíduos sem acesso aos serviços de saúde”. (E ONG 1)

As ONGs começaram a perceber que os casos de TB também estavam presentes nesses grupos e que não eram os riscos isoladamente que os afetavam. O meio (físico e social), as condições de saúde, o acesso aos serviços e o estilo de vida eram aspectos que favoreciam o aparecimento da doença e passaram a ter um interesse em comum, que era evitar o aumento de casos da co-infecção e garantir o acesso aos serviços de saúde e aos programas de TB. Um dos entrevistados conta sobre sua experiência na ONG e os locais de atuação:

“E realmente eu tinha e tenho uma vocação para trabalhar com essas pessoas. (...) ainda era na antiga zona do mangue que depois foi toda demolida. Mas eu ainda trabalhei na antiga, lá, naquele reduto fétido, horrível. Vocês não podem imaginar que mundo era aquele! E as pessoas viviam ali sem condições nenhuma de habitar, não tinha água potável, rede de esgoto. Os quartos fediam tanto que era de qualquer coisa que você não podia nem imaginar que cheiro era aquele. Era uma cama, um lençol sujo e era aquela fila de pessoas que moravam ali.” (E ONG 4)

“O nosso papel é intervir em grupos que não tem atuação do Estado, que não ação pública, que não tem acesso à saúde, que não tem acesso à cidadania. A gente analisa a situação, estuda a situação. A organização trabalha sempre na perspectiva do empoderamento daquele grupo.” (E ONG 7)

As experiências foram fortalecendo e moldando as ações das ONGs sobre o controle da TB. No entanto, revelaram a necessidade de criar um espaço para que houvesse discussão e criação de estratégias. A resposta veio com a criação do Fórum de ONGs de TB do estado do Rio de Janeiro, em 2003. Constitui-se por representações governamentais, não governamentais e de bases comunitárias.

Fórum de ONGs

A necessidade dos novos grupos na luta contra TB por autonomia e legitimidade induziu à criação do Fórum de ONGs TB do RJ. É constituído por pessoas do movimento social voluntário e por entidades jurídicas (ONGs). Configura-se como esfera pública não estatal na qual o espaço é utilizado como arena de interlocução entre os movimentos sociais e comunitários com as ONGs. Os problemas públicos são debatidos de forma direta e coletiva.

A criação do Fórum se deu por interesse de outras ONGs que começaram a atuar com atividades destinadas aos sujeitos com a co-infecção TB/HIV. Algumas reuniões iniciaram e representantes das ONGs foram se agregando. Representantes nos contaram como foi a primeira reunião do Fórum de ONGs e como se estruturou:

“Então nessa reunião (...) a secretaria executiva iria desenhar, elaborar um estatuto, uma carta de princípios baseado muito na experiência que a gente já conhecia que era do movimento de AIDS. (...) Nos primeiros seis meses foi uma secretaria executiva provisória. O Fórum se estrutura da seguinte forma: assembleias ordinárias mensais, deliberam, definem toda ou qualquer ação política. É o espaço pleno e soberano de qualquer estatuto ou no caso de princípios. É o espaço político que define realmente.” (E ONG 1)

“O Fórum é um espaço de articulação coletiva. É um movimento estadual que hoje é referência. Não existe rede de financiamento, não somos financiados. É um Fórum de ONGs e de bases comunitárias, trabalhamos na perspectiva de buscar os atores importantes e necessários pra uma ação coletiva em relação à TB.” (E ONG 3)

A legitimidade social e a militância política do Fórum decorrem da capacidade de ouvir e vocalizar as demandas, as necessidades dos sujeitos em risco ou portadores de TB e os obstáculos ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Estas demandas decorrem a partir do movimento social e comunitário que se faz presente no cotidiano de comunidades ou onde os sujeitos são/estão desprovidos de cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer e revelar as idéias e atividades de integrantes do Fórum de ONGs TB, integrado por sujeitos que atuam em movimentos sociais e em ONGs, que demonstram interesse no tema da tuberculose enquanto problema significativo para a política pública de saúde do estado do Rio de Janeiro, particularmente, para o município do Rio de Janeiro. Evidenciou-se que os mais atuantes são aquelas pessoas que vivem o problema da tuberculose em seu cotidiano e que lutam para enfrentar e melhorar a situação em suas comunidades. As falas dos sujeitos que atuam nos movimentos sociais e representantes das ONGs mostram que a caminhada em direção à garantia do direito à saúde e, portanto, do direito ao acesso ao diagnóstico e tratamento por Tuberculose é longa.

O movimento social tem um papel relevante para agilizar as ações de controle da TB, pois seus integrantes moram e atuam junto à comunidade e reconhecem mais facilmente as necessidades sociais e de saúde. Desenvolvem ações para a prevenção e detecção precoce da doença, como práticas educativas. Entretanto, a atuação dos voluntários é restrita às suas comunidades e, embora busquem entender e atender as demandas dos sujeitos com TB, a abrangência é limitada frente à dimensão do adoecimento por TB.

A participação das ONGs na luta contra a TB é muito recente e faltam espaços para fortalecimento social. Na ótica dos representantes, os fatores sócio-econômicos influenciam na vida dos sujeitos suspeitos/portadores da doença. Há uma descrença sobre a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), o que impede o avanço dos projetos políticos com *empowerment*. Os obstáculos para o controle da TB ainda são os condicionantes sociais dos sujeitos envolvidos. Isso evidencia que vivemos em uma sociedade estratificada e desigual, tornando-se difícil programar políticas públicas mais justas, uma vez que os padrões de saúde e doença são determinados por prioridades da sociedade. Estamos distantes da equidade em saúde na qual se supõe que toda pessoa deve ter oportunidade justa para alcançar

seu potencial pleno de saúde ou que ninguém deve ser desfavorecido em alcançar seu potencial se isto puder ser evitado.

O estudo resulta da colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica, Diagnóstica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), foi realizado com recursos do projeto “Retardo no Diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, Edital MCT/CNPq/CT–Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 034/2008, a pesquisa no Rio de Janeiro foi coordenada por pesquisadoras da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

RESIGNAÇÃO

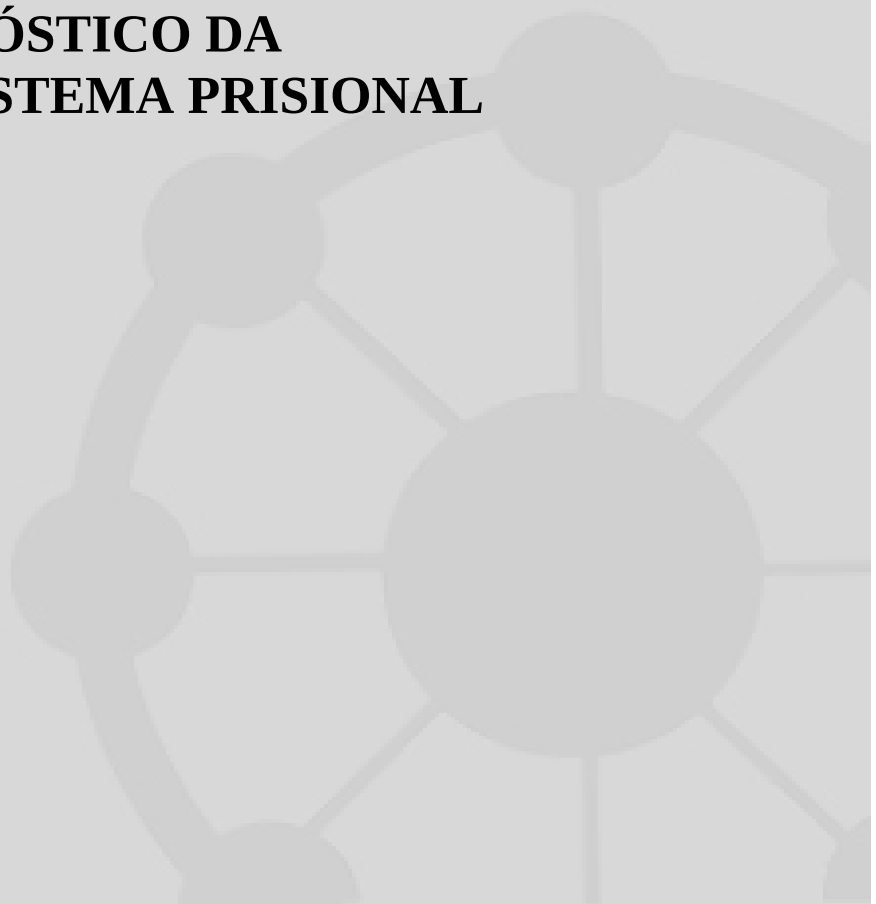
Onipotência da tecnologia e da ciência
Segundo plano ficando
Outros conhecimentos... humanidades.
Percebe-se de repente
Mundo carente
Falta de sentido
Perda de direção.
De um lado, excesso de poder
De outro, os enclausurados marginalizados.
Frustração... resignação.
Aborto criatividade
Adeus espontaneidade.
Estamos somos prisioneiros
Construídos estão cativos
E a
Descrença da própria potencialidade.
Para poucos, a abundância... pujança
Para grande maioria,
Viver sem esperança.

ANTONIO RUFFINO NETTO

25-02-2006

CAPITULO VII

ATRASSO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE – SISTEMA PRISIONAL



1 ATRASO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE – SISTEMA PRISIONAL

1.1 O atraso no diagnóstico da tuberculose segundo o doente no sistema prisional

Káren Mendes Jorge de Souza¹, Pedro Fredemir Palha¹, Tereza Cristina Scatena Villa¹, Filomena Elaine Paiva Assolini², Lenilde Duarte de Sá³, Priscila de Fátima Teixeira¹.

OBJETIVO

Analisar o atraso no diagnóstico da tuberculose (TB) em sistema prisional, segundo a experiência de detentos doentes.

MATERIAIS/MÉTODOS

Trabalhando com as relações entre os múltiplos discursos que permeiam a vida nos presídios e com os processos de significação associados ao atraso no diagnóstico da TB em instituição prisional, esta pesquisa fundamenta-se no referencial teórico-metodológico da análise de discurso de matriz francesa (ORLANDI, 2009; PÊCHEUX, 2002; COURTINE 1982).

Na perspectiva discursiva, a língua é entendida como materialidade linguística e, devido a sua porosidade, pode ser desconstruída pela análise do funcionamento discursivo e oferecer possibilidades de interpretação que nunca se esgotam, pois sempre haverá outros sentidos a desvendar, dado que o sujeito é falado tanto pela ideologia quanto pelo inconsciente (COURTINE 1982).

O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar pública, referência para o tratamento da TB no Estado da Paraíba, Brasil. Participaram sete doentes de TB, na condição de presidiários, em internação hospitalar, maiores de dezoito anos, que informaram haver decorridos trinta dias ou mais entre o início dos sinais/sintomas da doença e a realização da primeira consulta para o diagnóstico. Esse critério respalda-se em estudos científicos (MFINANGA et al, 2008; MESFIN et al, 2009) que definem como atraso no diagnóstico da TB, atribuído ao doente, um tempo superior a trinta dias desde a identificação dos primeiros sintomas.

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo – EERP/USP

² Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP/USP

³ Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Email: karensouza@usp.br

Para a produção do material empírico foi empregada a técnica da entrevista semi-dirigida, no período de agosto a outubro de 2009. Após transcrição integral das entrevistas, as informações foram organizadas com recurso do *software* Atlas.ti versão 6.0.

Na apresentação das falas, utilizou-se uma codificação para garantir o anonimato dos participantes. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, com número de protocolo 0589, sendo respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O dispositivo analítico deste estudo compõe-se por sequências discursivas de referência (COURTINE 1982). em dois principais blocos, os quais reúnem formações discursivas relacionadas e interpenetradas, a saber: (1) A tuberculose nas penitenciárias: a saúde aprisionada e (2) O atraso no diagnóstico da tuberculose: vivências do doente apenado.

Todos os sujeitos do estudo são do sexo masculino, com idade entre 30 e 39 anos. Em relação à escolaridade, tem-se 05 apenados com Ensino Fundamental incompleto, 01 com Ensino Médio incompleto e 01 sem escolaridade.

A tuberculose nas penitenciárias: a saúde aprisionada

Se a experiência da doença é a vida social (produzida, internalizada e reelaborada pelos sujeitos sociais) que envolve os atores do universo da doença (AIACH; KAUFMANN; WAISSMAN, 1990) compreende-se que as instituições prisionais, ao produzirem uma atmosfera redutora de comportamentos qualificados pela autonomia, imprimem características específicas às vivências do doente apenado.

Um sujeito do estudo relata: *procuro uma assistência, um médico, mas aonde eu vou? No lugar que eu tô [presídio] não tem assistência. É só lugar de sofrimento, de aperreio. A gente passa fome, a gente sofre, a gente é torturado, a gente apanha, que é o presídio, que é o lugar pior que tem* (S02).

Esse relato expressa uma experiência de angústia, frustração, privações e sofrimento. Como acontecimento discursivo, desvela uma violência institucional, incluindo as diversas formas de violência simbólica sustentada nos presídios. A vigilância, o controle e a punição nas prisões produzem efeitos de sentido - relacionados à repressão e à disciplina - sobre os

corpos desses sujeitos, suas vidas, seus gestos de interpretação, seus discursos (FOUCAULT, 1977). A interpretação do presídio como *o lugar pior que tem* parece revelar-se como a implicação da ausência de cuidado e da presença da estrutura de poder, permeado por tensões nos ambientes e relações da unidade prisional.

No presídio - ambiente de confinamento e restrição de liberdade - os conflitos e tensões entre os diversos atores impõem aos sujeitos uma tendência a dar prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata para agentes de segurança penitenciária e presos, respectivamente, em detrimento das questões relacionadas à saúde. As situações de encarceramento produzem características psicossociais, que geram efeitos sobre a formação dos sistemas de representação ligados à vida nos presídios e, particularmente na situação de doença, relacionados à valorização dos sintomas, a busca por assistência, ao uso da medicação e, de maneira geral, às práticas e concepções de saúde (DIUANA et al, 2008).

Um participante do estudo relata: *o que eu penso mais é quando eu ficar bom aqui [no hospital], que vou ter que voltar lá [presídio] pra passar uns dias e eu peço a Deus muito que isso não aconteça (...) porque eu vou conviver no meio de quem tá doente lá. Essas mesma pessoa que eu deixei doente lá tem muitos deles que tão lá doente e eu vou ter que voltar pra encontrar eles de novo (S04).*

A persistência da TB nas penitenciárias traz aos apenados uma carga adicional de sofrimento e ansiedade. Enquanto, para o apenado, o presídio é identificado como um espaço permanente de produção de doenças, físicas e emocionais, o hospital é por ele interpretado como o lugar do bem-estar, da cura, do cuidado, embora ambos atuem com mecanismos de poder disciplinador.

A transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*, nas penitenciárias, é favorecida pela aglomeração dos detentos e pouca ventilação nas celas. Acerca desta questão, um sujeito afirma: *A cadeia tá cheia de tuberculose (S07)*. Outro confirma, por relato de sua experiência, igual situação: *eu peguei [a tuberculose] com vários companheiro que tem na cela tuberculose, tem um, dois. Em cada cela é difícil não ter (S02)*.

A persistência da TB em presídios como um acontecimento discursivo compreende pensar que formações ideológicas determinam uma limitação de sentidos, ao produzir naturalizações sobre o identificar o presídio como um lugar em que a doença passa a ser mais um elemento de punição.

No espaço de embates, resistências, negociações de sentidos e linhas de força, circulantes dentro e fora da instituição prisional, o dizer do apenado de que *não pode ser indisciplinado, ter mau comportamento, mas tendo doente tem que vir, é obrigação, é ordem*

do juiz (S02) expressa o sentido disciplinar presente no ambiente prisional e, ao mesmo tempo, a legitimação do papel judiciário na administração dos gestos de interpretação, produzidos no contexto da regulação do acesso do doente de TB apenado à assistência de saúde.

Outro sujeito do estudo relata: *Foi difícil para chegar até aqui* [hospital] [...] *ninguém acreditava que eu tava doente. Até eu fiquei sabendo que o vice-diretor disse que não tava doente* [...] *porque eu sou um homem assim, eu suporto as minha dor. Mesmo doente, eu fico suportando ali, fico suportando, fico pedindo a Deus. Então ele achou que eu não tava doente* (S07).

Percebe-se aí, não pela transparência das palavras, que este sujeito reconhece em si a doença, mas o julgamento da direção, ao não reconhecer a doença no presidiário, produz um apagamento do mesmo e administra os sentidos na esfera da experiência do adoecimento.

Ficar suportando a dor traduz um silenciamento do dizer deste sujeito, considerando as hierarquias existentes na unidade penitenciária, as relações de poder circulantes e a administração de gestos de interpretação do doente de TB apenado. Suportar e ao mesmo tempo rogar a Deus parece dizer de uma contradição presente no calar aquilo que se quer dizer. O sujeito cria resiliência para suportar e a busca do auxílio divino, por meio da oração, produzindo para si conforto, é a única possibilidade do dizer deste sujeito.

Atraso no diagnóstico da tuberculose: vivências do doente apenado

Em se tratando da temática do retardo no diagnóstico da TB em sistema prisional, devem-se considerar as diversas particularidades, que emergem do modo de organização da vida nestas instituições – analisadas no bloco discursivo anterior.

A percepção e denotação da TB como um mal-estar físico e psíquico, bem como a busca por recursos terapêuticos é sempre um processo interpretativo do sujeito doente, em relações de interação social. Portanto, dimensões pessoais e sociais, enredadas ao adoecer por TB em unidades prisionais, são mobilizadas em sistemas simbólicos, nos quais participam o intradiscorso e o interdiscorso (ORLANDI, 2009). Expressando essas questões, um sujeito do estudo diz: *“Bom, de imediatamente, nós procuramos alguns medicamentos que venha dar uma solução pra a doença de imediato. Mas, se nós não sabemos o diagnóstico da enfermidade nós não vamos conseguir comprar o medicamento pra isso, né?”* (S03). Outro diz: *“Eu busco pra ficar bom, primeiramente, a fé”* (S01).

Sobre a relação entre a automedicação e o atraso no diagnóstico da TB, um estudo desenvolvido na Etiópia relata que os pacientes que visitaram inicialmente serviços de saúde não-formais e aqueles que se automedicaram tiveram maior mediana de tempo de demora no diagnóstico da TB, atribuído ao doente, em comparação com aqueles que foram diretamente para serviços de saúde formais (YIMER; BJUNE; ALENE, 2005).

Um sujeito diz: [...] a partir do momento em que eu fui piorando, cada vez mais, eu procurei [assistência]. Foi lá no presídio, falei com o médico e o médico também não soube explicar o que era. Aí foi quando eu passei três dias colocando sangue pra fora, aí eles me levaram, trouxeram para o hospital. Quando chegou aqui, que foi diagnosticado que eu tava com a tuberculose (S06).

A procura por uma assistência médica motivada pela percepção de um estado clínico grave, como um acontecimento discursivo, pode sustentar-se em formações discursivas atualizadas na incorporação do modelo tecnocrático, que atribui evidência à Medicina Curativa (FLOYD; JOHN, 2004). Também, destacam-se aí, na produção do discurso, elementos que sinalizam o quão débil é a atuação do Programa de Controle da TB nessa unidade prisional, no que concerne à busca ativa de sintomáticos respiratórios e, de modo mais amplo, à avaliação das condições de saúde desses presidiários. Existem, portanto, barreiras culturais, políticas e de outras ordens, que dificultam o incremento das ações preventivas em presídios.

Enfatiza-se, nas condições de produção dos dizeres dos presos, a subvalorização de sinais/sintomas da TB num ambiente violento, onde a preocupação com a sobrevivência é prioritária; o risco de estigmatização e segregação presentes, considerando a importância da proteção gerada pelo pertencimento grupal e a fragilidade decorrente do reconhecimento da doença, num ambiente onde a imagem de força é fundamental (SÁNCHEZ et al, 2006).

No relato anterior, verifica-se que o médico pertencente à equipe de saúde do presídio não apresentou qualificada capacidade diagnóstica para a TB. Autores afirmam que o retardo do diagnóstico da TB atribuído ao médico pode mostrar o nível de conhecimento sobre a doença entre profissionais da saúde e a eficácia do Programa de Controle da TB no estabelecimento do diagnóstico precoce (MIRSAEIDI et al, 2007).

As dificuldades para o doente de TB apenas ter acesso ao diagnóstico e tratamento da doença são de ordens diversas. Um sujeito relata: Eu pedi ao diretor pra vir pra o hospital. Mas, só que foi muita luta. Eu passei mais de seis meses pedindo pra conseguir vim [pro hospital] [...] [após ter realizado exames] voltei pra lá de novo. Aí depois pra mim conseguir voltar pra cá foi uma luta de novo. Foi mais uns três meses pedindo (S04). Outro fala: [...] eu

*vim conseguir tratamento agora, depois de cinco meses (S05). Um outro sujeito também expressa as dificuldades enfrentadas: foi difícil para chegar até aqui [hospital], *porque como eu estava muito doente, eles alegava viatura, alegava que não tinha custódia para ficar comigo aqui (S07).**

A grande demanda de presidiários doentes de TB para assistência de saúde fora da unidade prisional, associada à restrição do acesso ao diagnóstico/tratamento, cujo *lócus* principal - identificado neste estudo – é o hospital, produz um estrangulamento, agravado por problemas de limitação de recursos estruturais e humanos no campo da administração penitenciária. Culturalmente, soma-se o efeito de formações discursivas que circulam no imaginário coletivo atribuindo à vida nos presídios uma elevada carga de dificuldades e penas. Todas essas questões contribuem para o atraso no diagnóstico da TB em sistema prisional e dificultam o controle da doença.

CONCLUSÃO

Processos de assujeitamento são constantemente produzidos no cotidiano vivencial dos doentes de TB apenados, pois nas relações de opressão e resistência do sistema prisional os presidiários são regulados em seus processos decisórios, particularmente nas questões do direito à assistência de saúde. Efeitos de sentido ideológico e inconsciente naturalizam a persistência da TB em prisões e os sentidos atribuídos ao estar doente ou não, bem como o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB são administrados pelos sujeitos que exercem a vigilância e disciplina na instituição prisional ou fora da mesma.

Essas questões, analisadas discursivamente, associadas à falta de uma ação sistemática de busca ativa de sintomáticos respiratórios possibilitando o diagnóstico precoce, e à baixa qualificação da assistência de saúde nas unidades prisionais, bem como da articulação com o Programa de Controle da TB e outros serviços da rede de saúde contribuem para o atraso no diagnóstico, dificultando o controle da TB dentro e fora das unidades prisionais.

CONSCIÊNCIA

Enquanto a mente racional
analisa, divide, fraciona
chega ao nada : mundo conhecido,
porém não compreendido
todo descrito, dissecado,
mas sem cor, sem sabor,
frívolo sem vida
sem serventia.

A razão mais emoção,
significando sabedoria,
através da inteligência,
faz o caminho inverso.

A consciência
que é:

O olho por trás do olho,
vê com uma visão interior,
aglutina, soma, dá idéia do conjunto
restitui ao quadro vazio o seu calor;
O ouvido por trás do ouvido
ouve a música do universo
sonoriza com harmonia
as notas que antes casuais e perdidas
agora se intercalam com sentido.

E, utilizando este último processo
talvez se consiga progresso
para trazer ao mundo
a verdadeira alegria.

ANTONIO RUFFINO NETTO

24-05-2007

CAPITULO VIII

CONCLUSÕES GERAIS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

1 CONCLUSÕES GERAIS

Houve uma maior demora na busca por serviços de saúde após o início dos sintomas da TB entre aqueles em faixa etária economicamente ativa, com limitações de escolaridade e econômicas, que não possuíam hábito preventivo de saúde, que pagaram para serem atendidos ou realizarem exames e moravam próximos ao serviço de saúde procurado, favorecendo o aumento da transmissão e da mortalidade pela doença.

Encontrou-se que a porta de entrada para o diagnóstico da TB na maioria dos municípios são os serviços de PA (exceto em Feira de Santana e João Pessoa). Entretanto, observou-se que esses serviços não apresentaram desempenho favorável em relação à suspeição e solicitação dos exames diagnósticos da TB, o que também ocorreu quando o primeiro serviço de saúde procurado era da AB, encaminhando a maior parte dos casos para os serviços especializados (PCT e hospitais), onde ocorre o maior número de diagnósticos. Tal resultado pode ter colaborado para o número elevado de vezes que os doentes precisaram procurar pelos serviços de saúde, refletindo na falta de resolubilidade desses serviços e em um maior tempo para a obtenção do diagnóstico da TB após o primeiro atendimento em um serviço de saúde. Ainda sobre o ator doente de TB, nota-se que o fato deste, algumas vezes, ter como porta de entrada os serviços especializados não foi decisivo para o diagnóstico ser mais ágil, além de não impedir que o doente (ainda suspeito de TB) tivesse a necessidade de procurar outros serviços de saúde.

Embora preconizado a descentralização das ações de investigação de sintomáticos respiratórios para o nível da atenção básica, ações de suspeição dos casos concentram-se em níveis de maior densidade tecnológica.

O melhor desempenho da atenção programática (PCT) pode estar associado ao horário de funcionamento destes serviços, qualidade da receptividade, acolhimento ordenado, menor tempo em confirmar o diagnóstico (quando comparados aos serviços da ABS), bem como comprometimento e qualificação dos profissionais para a suspeita da doença na primeira consulta.

A ABS tem sido eleita preferencialmente como porta de entrada para o sistema de serviços de saúde, entretanto ainda não se consolida como unidade de diagnóstico da TB. Chama atenção que às etapas de procura e o ato de ingressar no serviço de ABS não representa condição necessária à utilização. O serviço especializado (PCT) permanece como principal serviço diagnosticador e responsável pela continuidade da atenção.

As dimensões de acessibilidade devem ser consideradas a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial transformem-se em práticas no interior dos serviços. As unidades de ABS não devem se limitar a entrada no serviço, mas abranger também a qualidade do cuidado que envolve o processo de produzir o cuidar. A utilização dos serviços inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos na perspectiva de garantir a continuidade e a satisfação das necessidades de saúde.

Sobre a materialidade linguística dos doentes de TB apenados, a punição e a vigilância nas instituições prisionais geram sentidos de repressão e disciplina, desvelando processos de *assujeitamento*. A regulação do acesso ao diagnóstico da TB revela linhas de poder e administração de gestos de interpretação na realidade social das penitenciárias, contribuindo para o atraso no diagnóstico.

Na ótica dos profissionais de saúde, no que tange à estrutura dos serviços, verificou-se que as unidades de PA estão melhor equipadas em relação aos recursos materiais e equipamentos. No entanto, em relação aos recursos humanos, verifica-se uma deficiência no quadro de funcionários do PA, com maior sobrecarga de trabalho. Destaca-se que a maior parte dos profissionais, tanto da AB, quanto do PA, se sentem preparados para identificar um caso suspeito de TB, porém vale ressaltar que os serviços apresentam baixa taxa de realização de diagnósticos da TB e não foram verificadas diferenças entre os serviços de AB e PA na solicitação de baciloskopias, bem como no número de diagnósticos realizados. Verificou-se, ainda que, os profissionais da AB se sentem menos responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB quando comparados aos profissionais do PA. Em relação ao processo de atenção, os profissionais da AB relataram melhor desempenho no tempo destinado para o atendimento de cada usuário, com menor encaminhamento dos casos suspeitos de TB para outra unidade de saúde. De acordo com os profissionais, o usuário procura o serviço mais próximo ao domicílio. Percebeu-se um desempenho regular dos serviços de AB no que se refere ao desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, visitas domiciliares para entrega de pote de escarro e orientações relacionadas à TB na comunidade, além de desempenho insatisfatório em relação à participação da comunidade para discutir sobre TB, contradizendo as próprias diretrizes da AB que é atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças em um território adscrito e uma comunidade específica.

Observou-se que sob a percepção dos ACS, os mesmos se sentem preparados para identificar um suspeito de TB e orientar sobre a doença e coleta do escarro para o exame de baciloscopia, porém esses não suspeitam que a tosse possa ser um sinal de TB. Foram observadas fragilidades na prática coletiva para a busca dos sintomáticos respiratórios.

Na discursividade do ator gestor (Apoiador Matricial), observou-se que este se posiciona que não há planejamento de ações de controle da TB e as ações são centradas na busca passiva dos casos. A maioria dos gestores desconhecem a estratégia DOTS ou a reduzem a benefícios, principalmente à alimentação. Sua posição se distancia do modelo de atenção proposto pela política municipal de saúde, que prima pela integralidade e transformação do processo de trabalho com o uso da Educação Permanente em Saúde - EPS, favorecendo o atraso do diagnóstico e comprometendo avanços no modelo de atenção local.

Na óptica dos representantes das ONGs os obstáculos para o controle da TB ainda são os condicionantes sociais dos sujeitos envolvidos. O movimento social tem um papel relevante para agilizar o diagnóstico da TB, por reconhecer mais facilmente as necessidades das comunidades, colaborando para a prevenção e criando estratégias para detecção precoce da doença, como orientação e realização de práticas educativas. A atuação dos voluntários é restrita às suas comunidades e sua atuação tem abrangência limitada frente à dimensão do adoecimento por TB. A atuação da Frente Parlamentar na luta contra HIV/aids e TB ainda é muito discreta e suas ações e projetos são desconhecidos por alguns integrantes.

Frente aos resultados encontrados neste estudo foi possível constatar a necessidade de qualificação das diversas portas de entrada que compõem as redes de atenção à saúde no que se referem ao diagnóstico da TB, visto que a disponibilidade dos cuidados e tratamentos nos diversos níveis de atenção, bem como bom acolhimento ao primeiro contato, são essenciais para a procura precoce por atendimento nos serviços de saúde.

Entretanto, não só aspectos relacionados à necessidade dos doentes em buscar atendimento determinam a precocidade do diagnóstico da TB. Fatores diretamente relacionados à maneira que os serviços se organizam para a oferta de suas ações também são fundamentais para o diagnóstico da doença em curto prazo. A baixa resolubilidade no atendimento, verificada pela baixa suspeição da TB pelos profissionais dos serviços, alto número de encaminhamentos pelos serviços de PA e AB, precariedade da rede de fluxo e contra fluxo entre os serviços de saúde (incluindo a rede laboratorial), diagnósticos não realizados no mesmo serviço de saúde procurados inicialmente pelo doente de TB e pelo alto número de vezes que o doente precisou percorrer pelos serviços de saúde até a solicitação de exames e efetivação do diagnóstico da doença, é fator que contribui negativamente no tempo decorrido entre a percepção dos sintomas e a obtenção do diagnóstico da doença. Essa necessidade de portas de entradas qualificadas também pode ser evidenciada ao se observar a existência de recursos materiais para o diagnóstico da TB nos diversos serviços de saúde estudados, sem que isso fosse garantia, no entanto, do diagnóstico precoce da doença.

Tal quadro, independente do local estudado, favorece a disseminação e perpetuação da doença, principalmente entre os setores desfavorecidos da população, reafirmando a TB como uma calamidade negligenciada.

Os resultados identificados neste estudo permitem mostrar como está ocorrendo a incorporação das ações diagnósticas pelos diversos tipos de serviços de saúde nos 9 municípios estudados. Embora esses diferentes municípios se organizem e prestem ações controle à TB de maneira diferenciada (centralizada e descentralizada), faz-se necessário investimentos em capacitações permanentes dos profissionais, melhorando as condições de acesso, resolubilidade dos serviços e, encontrando assim, resultados favoráveis à precocidade diagnóstica da TB.

2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

- Subsidiar a formulação de políticas públicas que contemplem ações voltadas para o diagnóstico da TB nos diferentes tipos de serviços inseridos no Sistema Único de Saúde;
- Disponibilizar informações aos serviços de saúde para subsidiar o planejamento e execução de ações de controle da TB em nível local do SUS, a fim de diminuir as barreiras organizacionais que contribuem para o retardo no diagnóstico da TB;
- Contribuir com os gestores no planejamento, organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB inseridos no SUS;
- Fornecer informações necessárias sobre os fatores socioculturais, organizacionais, geográficos e econômicos que levam à dificuldade no acesso aos serviços de saúde e consequentemente a um tempo maior de diagnóstico da TB e, diante disso, contribuir para mudanças na lógica do atendimento e desenvolvimento de ações que estejam mais próximas ao doente, contribuindo para o diagnóstico precoce da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AIACH, P.; KAUFMANN, A. E.; WAISSMAN, R. **La enfermedad grave: aspectos médicos y psicosociales**. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill; 1990.

ALMEIDA, C. M.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. 1. ed. Brasília, DF: **Organização Panamericana da Saúde**, v.1, p.215, 2006.

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.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.41, p. 4-8, 2007. Suplemento 1.

BASNET, R. et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**, n.9, p.236-45, 2009.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. 1 ed.: Blucher, 2005. p.290.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica nº 6. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 148. Brasília, 2002. 16 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). DATASUS, 2009. Disponível em: <http://cns.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**, 2010.

CÁCERES-MANRIQUE, F. M.; OROZCO-VARGAS, L. C. Demora en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en una región de Colombia. **Revista salud pública**, v.10, n.1, p.94-104, 2008.

CAMBANIS, A. et al. Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. **Tropical Medicine & International Health**, n.10, p.330–35, 2005.

CAMPOS, G. W. S. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CAVALCANTI, E. F. A.; OLMOS, R. D. **Destaques da III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/2695/destaques_da_iii_diretrizes_para_tuberculose.htm.

CAVALCANTI, Z. R. et al. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v.32, n.6, p. 535-43, 2006.

COURTINE J. J. Définition d' orientations théoriques et construction de procédures en analyse du discours. **Philosophiques**, v.9, n.2, p.239-264, 1982.

CZERESNIA, D; FREITAS C. M. (org.) **Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

DAVIS-FLOYD, R. **Del medico al sanador**. Buenos Aires: Creavida. **El modelo tecnocrático en medicina**. p. 23 -60, 2004.

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

DÍEZ M. et al. Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **European Journal Public Health**, v.15, n.4, p.343-49, 2005.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.24, p.1887-96, 2008.

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

EASTWOOD, S. V. & HILL, P. C. A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 8, n.1, p. 70–75, 2004.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** n.11, v.3, p.657-67, 2006.

FERREIRA, A. A. A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.8, n.2, p.142-149, 2005.

FLOYD, R. D.; JOHN G. **Del medico al sanador**. Buenos Aires, Creavida, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1977. 277p.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K. et al. (Eds.) *Health Service Research: an anthology*. Washington: **Pan American Health Organization**, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estimativas das populações residentes, em 1º de Julho de 2008, segundo municípios. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/estimativa.shtm>>. Acesso realizado em 15/06/2010 .

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Revista Saúde Pública**, v.41, supl.1, p.104-10, 2007.

KIRKWOOD, B. R. **Essentials of Medical Statistics**. Oxford and London: Blackwell Scientific Publications, 1988.

LACROIX, C. The Delay in Diagnosis of Tuberculosis in the Monteregie region of Quebec, Canada. **McGill Journal of Medicine**, v.11, n.2, p.124–31, 2008.

LAMBERT M. L et al. Delays to treatment and out-of-pocket medical expenditure for tuberculosis patients, in an urban area of South America. **Annals of Tropical Medicine and Parasitology**, 99:781-7, 2005.

MACIEL, E. L. N. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **International Journal Tuberculosis Lung Disease**, v.14, n.11, p.1403–10, 2010.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cadernos Saúde Publica**, v.24 , n.6 , p.1377-86, 2008.

MASCARENHAS, M. T. M. Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: **Estudo de caso em Unidade Básica de Saúde Tradicional e Módulo do Programa Médico de Família** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

MENGISTE, M. M.; TASEW, T.T.; TAREKE, I.G. Delays and care seeking behavior among tuberculosis patients in Tigray of northern Ethiopia. **Ethiopian Journal of Health Development.**, n.19, 2005.

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

MFINGA S. et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Health Services Research**, v.8, n.158, 2008.

MIRSAEIDI, S. M. et al. A Long delay from the first symptom to definite diagnosis of pulmonary tuberculosis. **Archives of Iranian Medicine**, v.10, n.2, p.190-193, 2007.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.262-67, 2008.

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. **Ciência e saúde coletiva**, v.10, n.2, p.315 – 21, 2005.

NATAL S, et al. Aplicação do Método Rápido de Avaliação: proposta para autoavaliação do Programa de Controle da Tuberculose. **Revista Brasileira Pneumologia Sanitária**, v. 16, p. 74-84, 2008.

NOGUEIRA, J. A. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** 2007 [online],v.9, n.1, p.106-18. <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>

NOGUEIRA-MARTINS M. C. F.; BÓGUS C.M. Considerações sobre a metodologia Qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p.54, 2004.

NORRIS, T. L.; AIKEN, M. Personal Access to Health Care: A Concept Analysis. **Public Health Nursing**, n.23, v.1, p.59-66, 2006.

OLIVEIRA, S. A. C.; et al. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n. 3, p.361 - 367, 2009.

ORLANDI E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas: Ed. Unicamp; 2007. 181 p.

ORLANDI E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. São Paulo: Ed. Pontes; 2009. 100 p.

PÊCHEUX. M. (1975). **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução de Eni P. Orlandi [et al.]. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995. 317 p.

PÊCHEUX M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. 5a ed. Orlandi E, editor. Campinas: Pontes Editores, 2002.

PÊCHEUX M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução: Eni Orlandi - 5a edição, Campina, SP, Pontes Editores, 2008.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista Saúde Pública**, v.41, Supl. 1, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Relatório de Gestão ano 2009. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau/conselho/i16relatorio-gestao-09.pdf>. Acesso realizado em 05/01/2010.

RODRIGUES, L. et al. Brazilian response to tuberculosis: context, challenges and perspectives. **Revista Saúde Pública**, v.41, sup.1, p. 1-2, 2007.

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

SÁNCHEZ, A. R. et al. A tuberculose nas prisões: uma fatalidade? **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n.22, p. 2510-2511, dez, 2006.

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

SANTOS-FILHO, E. T.; GOMES, Z.M.S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil:

articulação e participação da sociedade civil. **Revista Saúde Pública** [online], 41 (Supl. 1), 2007. [página na internet] [Acesso em 14 Dez 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800015&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89102007000800015.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.3, p.389-97, 2009.

SCHERER-WARREN, I. **Redes de Movimentos Sociais**. In: Redes de Movimentos Sociais. São Paulo: Editora Loyola; 1993.

SELIG, L. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v.30, n.4, p.417-24, 2004.

SREERAMAREDDY, C. T. et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infect Diseases**, v. 9, p. 91-101, 2009.

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

STORLA, D. G.; YIMER, S.; BJUNE, G. A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**, n.8, v.15, 2008.

TENÓRIO, F. G. (org.) **Gestão de ONGs: principais funções gerenciais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

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

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Editora Vozes, 2003.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.133-149, 2000.

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

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

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.419-23, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005**. Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stop TB Partnership and World Health Organization. **Global Plan to Stop TB 2006–2015**. Geneva: WHO; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report, 2010**. Geneve: OMS; 2010. WHO/HTM/TB/2010.

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.

COLABORADORES



Alexandre Fávero Bulgarelli, dentista com doutorado em Ciências da Saúde pelo Programa de PG Saúde Publica, Bolsista CNPq Pós-Doutorado Júnior (PDJ)

Alexssandra Nunes Gomes, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Bolsa CNPq/Unioeste.

Aline Ale Beraldo, mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa FAPESP.

Aline Aparecida Monroe, professora Doutora na área de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Aline Pachelli, Apoio Técnico, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional.

Altair Seabra de Freitas, mestre pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa FAPEAM.

Amanda Kelly Mendes Alves, aluno de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste.

Ana Angélica Rêgo de Queiroz, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ana Caroline de Veiga, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq.

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Faria de Santana.

Anália Luana Sena de Souza, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista Voluntária.

Angela Maria Aparecida Serafim, Enfermeira da Vigilância Epidemiológica do Centro saúde Escola (CSE), Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Anna Luiza Castro Gomes, professora Mestre do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba.

Anne Jaquelyne Roque Barrêto, Enfermeira, mestre em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

Anneliese Domingues Wysocki, mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa FAPESP.

Annelissa Andrade Virginio de Oliveira, mestranda pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsista CAPES.

Antonio Ruffino Netto, Médico Epidemiologista, professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, coordenador da área de Estudos Epidemiológicos da Rede TB, líder do Grupo Interinstitucional de Pesquisa Operacional e Epidemiológica em Tuberculose/CNPq.

Beatriz Estuque Scatolin, mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa FAPESP.

Bertha Cruz Enders, professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Bruna Araújo de Moura, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa PIBIC.

Bruno Pereira Nunes – mestrando do Programa em Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Camille Melo Barreto e Sousa, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Bolsa UNIRIO.

Carolina Ikuta, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq.

Caroline de Souza Kroning, mestranda no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Catharine Silva dos Santos, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Bolsa PROBIC.

Cibele Dias Cucick, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq.

Claudia Eli Gazetta, professora Doutora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional.

Cybelle Alves da Silva, mestranda pela Universidade Federal da Paraíba.

Daiane Medeiros da Silva, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsa CNPq.

Dândara Nayara Azevedo Dantas, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsa IC-CNPQ/Balcão.

Daniela Garcia de Souza, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Débora César de Souza Rodrigues, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsa PIBIC/CNPq.

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro, mestranda pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsa CAPES.

Déborah Raquel Carvalho de Oliveira, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsa PIBIC/CNPQ.

Dinalva Soares Lima, Assessora para diagnósticos bacteriológico da tuberculose, Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

Erenilde Marques de Cerqueira, professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Erika Simone Galvão Pinto, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem (EERP-USP). Bolsa CAPES/DS.

Ethel Leonor Nóia Maciel, professora Doutora da Universidade Federal do Espírito Santo.

Eveline Maria Leite Vilar. Enfermeira, Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) – Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza, professora Adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Fabiele Perpétua Chagas Sabatin, Apoio Técnico, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional.

Fátima Teresinha Scarparo Cunha, professora Adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Francisco Chiaravalloti Netto, Professor Doutor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Gabriela Tavares Magnabosco , doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa FAPESP.

Giovanna Mariah Orlandi, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Giselle Juliana de Jesus, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Glauber Palha dos Santos, aluno de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal de Pelotas.

Gláucia Lemgruber Schuabb, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Bolsa UNIRIO.

Glécia Lemos Bezerra, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Bolsa UEFS-PROBIC.

Graziela Mantegazza, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa PIC/RUSP.

Hérika Brito Gomes da Silva, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsa CNPq.

Iara Lúcia Lima Machado, mestranda pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Illa Dantas Cirino, mestrada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ione Carvalho Pinto, Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Diretora de Enfermagem do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo CSE-FMRP/USP.

Isabela Cristina de Oliveira, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Jenifer Harter, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Jordana de Almeida Nogueira, professora Doutora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba.

Joyce Cristina Botton Miguel, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Lins-SP.

Juliana Alves Leite, Enfermeira, professora Auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Juliana Fonseca Santos, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq.

Juliana Lopes Fávero, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Juliane de Almeida Crispim, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq.

Káren Mendes Jorge de Souza, doutorando do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa CAPES/Demanda Social.

Katiuscia Milano Rosales Rodrigues, mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Laedi Alves Rodrigues dos Santos, Médica do Programa de Controle da Tuberculose do Estado de São Paulo.

Laís Mara Caetano da Silva, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa FAPESP.

Lenilde Duarte de Sá, professora Doutora do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba.

Lilian Carla Bueno Magalhães, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Votuporanga-SP.

Lílian Moura de Lima, mestranda no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Bolsa CAPES/DS.

Linara Braga da Silva, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Lis Aparecida de Souza Neves, Coordenadora do programa de Controle da Tuberculose de Ribeirão Preto/SP.

Lívia Maria Lopes, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Luana Carla Santana Ribeiro, mestranda pela Universidade Federal da Paraíba.

Lúcia Marina Scatena, professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Luciane Ribeiro Marques, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Luciano Garcia Lourenção, professor Doutor da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Epidemiologia em Saúde Coletiva.

Marcela Mobiglia Dagastoni, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq – FAPESP.

Marcela Paulino Moreira da Silva, aluna de graduação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsa PIBIC/CNPQ.

Maria Amélia Zanon Ponce, doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa FAPESP.

Maria Angela Alves do Nascimento, professora titular da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Maria Catarina Salvador da Motta, professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Escola Anna Nery.

Maria Celeste de Freitas Quintero, Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Maria Concebida da Cunha Garcia, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsa mestrado, CNPQ.

Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos, professora Doutora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional.

Maria Eugênia Firmino Brunello, doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa FAPESP.

Maria Rita de Cássia Oliveira Cury, Médica Sanitarista, coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose de São José do Rio Preto.

Maria Yaná Guimarães Silva Freitas, professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Marilene Rocha dos Santos, professora Doutora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional.

Marina Brambila Secches, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa BIC-FAMERP.

Marluce Maria Araújo Assis, professora Titular e Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Mateus Ceolin, aluno de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste.

Mayara Segundo Ribeiro, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq - FAPESP.

Mayara Silveira Almeida, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Bolsa Proex/Unioeste.

Monalise Lemos, mestre pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa CAPES/Demanda Social.

Naiara Almeida Moreira Farias, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Natália Sperli Geraldine Marin dos Santos, mestranda pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa FAPESP.

Nathalia Halax Orfao, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq- FAPESP.

Nilma Maria Porto de Farias, médica infectologista do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga – João Pessoa/PB.

Patrícia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro, mestranda pela Universidade Federal da Paraíba.

Patrícia Pazini Góes, bolsista Apoio Técnico CNPq - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Paula Corrêa da Silva, mestranda pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Paula Hino, Pós-doutoranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva- Escola de Enfermagem/USP (2009-2010). Bolsista CNPq.

Pedro Fredemir Palha, professor livre docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Pricila Oliveira de Araújo, Enfermeira, professora Auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Priscila Balderrama, mestranda pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Priscila Fernanda Porto Scaff Pinto, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa PIBIC/CNPq.

Rafaela Borges Loureiro, Mestre em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo. Bolsa FAPES.

Rafaela Garcia Fleming, aluna de graduação, iniciação científica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Bolsa BIC/CNPq.

Rafaela Gerbasi Nóbrega, professora Assistente do Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

Ramon Evangelista dos Anjos Paiva, mestre pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Rayanne Santos Alves. . Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, ex-bolsista de iniciação científica – PIBIQ/CNPq/UFPB.

Reinaldo Antonio da Silva-Sobrinho, professor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Campus de Foz do Iguaçu, Doutorando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP junto ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Rejane Maria Paiva de Menezes, professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ricardo Alexandre Arcencio, professor Doutor na área de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Rosa Camila Gomes Paiva, mestranda pela Universidade Federal da Paraíba.

Rosana Castelo Branco de Santana, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual de Faria de Santana. Bolsa PROBIC.

Roxana Isabel Cardozo Gonzales, professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul.

Rubia Laine de Paula Andrade, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem (EERP-USP). Especialista em laboratório (Programa Procontes - USP).

Rute dos Santos Lafaiete, mestranda pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Samira Janis Eugenio, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq/Santander.

Sandra Aparecida de Almeida, professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE PB.

Séfora Luana Evangelista de Andrade, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsa CNPq.

Silvia Helena Figueiredo Vendramini, professora Doutora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional.

Simone Teresinha Protti, professora doutora da Universidade Federal de São Carlos.

Sonia Aparecida da Cruz Oliveira, professora Mestre da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional.

Tatiane Freire Fragoso, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste.

Tereza Cristina Scatena Villa, professora Titular na área de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, líder do Grupo Interinstitucional de Pesquisa Operacional em Tuberculose/CNPq, coordenadora da Área de Pesquisas Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE TB).

Terezinha Kinue Yano, Enfermeira do Núcleo de gestão Assistencial (NGA), Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Thaís Christini da Silva, aluna de graduação, iniciação científica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Bolsa CNPq.

Thiago Goulart Garcia, aluno de graduação, iniciação científica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste.

Tiemi Arakawa, doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP). Bolsa CAPESP/Demanda Social.

Tomazia Rakielle Estrela de Oliveira, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsa PIVIC.

Uthania de Melo França, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem (EERP-USP). Bolsa CAPES (Pró-doutoral-UFPB).

Vanessa Fujino, mestranda pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Vera Maria Neder Galesi, Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose do Estado de São Paulo.

Vivian Albuquerque Abreu dos Santos, aluna de graduação, iniciação científica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Bolsa PIBIC/UNIRIO.