

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JULIANA LOPES FÁVERO

**O ACESSO DO USUÁRIO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

VITÓRIA

2011

JULIANA LOPES FÁVERO

**O ACESSO DO USUÁRIO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ethel Leonor Noia Maciel

VITÓRIA

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Folha de aprovação

Juliana Lopes Fávero

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

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Linha de pesquisa: Epidemiologia e Agravos de Doenças Transmissíveis.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

**Aos meus pais, Jardel e Didi,
meus irmãos Karina e Del
e a pequena Rafaela,
amores da minha vida .**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor e consumidor da minha fé. A Ele toda honra, glória e louvor.

Aos meus pais, que sempre me mostraram o caminho certo, e sempre me apoiaram em minhas escolhas, mesmo que elas me levassem para longe deles.

Aos meus irmãos, que me entenderam e me apoiaram. Rafaela, agora a titia vai ter mais tempo pra você.

Aos meus tios Oires e Juliana, pela alegria e pelo modo descontraído de viver a vida, vocês sempre estiveram por perto, mesmo longe.

Aos meus pastores Antônio e Ivanilde, que me receberam quando eu precisei, e à Elisa, amiga que estava sempre pronta para ouvir.

A Paula e Isis, amigas que sempre me incentivaram.

A Pryscilla, Carol e Anne, amigas que dedicaram o tempo delas para que eu pudesse me ausentar.

Aos amigos do NDI: Geisa, Patrícia, Thamy, Lucília, Ana Daniela, Roberto, Renata, Solange, Andriago, Moisés, Rodrigo, Lau, Canal, Maria, Maria Emília e ao Dr. Reynaldo Dietze, que me apoiaram nessa caminhada.

A minha orientadora, Ethel, que tem sido um exemplo a seguir. Obrigada pela paciência e pelos conselhos.

Aos professores do PPGSC, por terem contribuído no meu crescimento.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo financiamento desta pesquisa.

RESUMO

O acesso do paciente ao serviço de saúde é a estratégia primordial para o controle da tuberculose. O Objetivo deste estudo é avaliar o acesso ao diagnóstico da tuberculose na visão dos profissionais de saúde no município de Vitória/ES. Estudo de corte transversal. Foram entrevistados 61 médicos, 45 enfermeiros e 70 técnicos/auxiliares de enfermagem que atuam em Unidade de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento e Programa de Controle de Tuberculose, em Vitória/ES, no período de agosto a novembro de 2009. Foi realizado teste chi-quadrado. Resultados: 76% da amostra foi constituída de mulheres. Com relação à formação, 83% dos médicos possuem residência, 55% dos enfermeiros possuem especialização e 11% dos enfermeiros possuem mestrado. 64% possui até 5 anos de experiência na função, 22% dos profissionais nunca fizeram um treinamento relacionado à TB ($p=0.004$), 79% relatou dificuldade para preencher os impressos de pedidos de exames ($p=0.001$). 65% consideraram bom o tempo de atendimento do profissional para cada usuário ($p=0.052$). 53% dos enfermeiros não solicitam exames com frequência ($p=0.001$). 72% dos médicos abordam problemas sociais com frequência ($p=0.019$). Na USF, 64% realizam busca ativa de sintomáticos com frequência ($p=0.005$). A visita domiciliar para entrega de pote de coleta de escarro (54%, $p=0.016$), e trabalho educativo sobre a TB durante o ano (67%, $p=0.047$) são pouco frequentes. 47% dos profissionais de saúde consideram eles próprios os principais responsáveis pelo atraso ao diagnóstico da tuberculose ($p=0.001$). O horário de funcionamento do serviço foi considerado bom para a maioria dos profissionais (89%), mas na USF 72% ($p=0.001$) consideram o horário ruim. 42% relatam ser freqüente o usuário perder turno de trabalho para ser atendido, sendo isto mais freqüente no PA (43%, $p=0.001$). 43% dos profissionais da UBS não observam dificuldades no deslocamento do usuário até o serviço de saúde, mas na USF 45% às vezes há esta dificuldade ($p=0.001$). Na UBS e USF 89% é pouco freqüente a utilização de transporte motorizado para deslocamento até o serviço de saúde, sendo freqüente para o PA e PCT (70%, $p=0.001$). 44% avaliam como ruim o local para a coleta de escarro ($p=0.001$). Na UBS/USF, frequentemente (90%) os usuários procuram o serviço mais próximo do domicílio, já para os profissionais de PA e PCT, ocorre às vezes (77%, $p=0.001$). O serviço de saúde oferece uma estrutura básica para o atendimento, mas responde parcialmente às expectativas da população. Insumos para o atendimento e recursos humanos são as principais barreiras no acesso ao diagnóstico da tuberculose.

Palavras chave: Acesso, Tuberculose, atraso no diagnóstico, responsividade.

ABSTRACT

The patient's access to health services is a key strategy for tuberculosis control. The purpose of this study is to assess access to tuberculosis diagnosis professionals' view on health in Vitória/ES. Cross-sectional study. We interviewed 61 doctors, 45 nurses and 70 nurse technicians working in the Family Health Unit (FHU), Basic Health Unit (BHU), Emergency Health Care (EHC) and Tuberculosis Control Program (TCP), Vitoria/ES, from August to November 2009. Was performed chi-square test. Results: 76% of the sample consisted of women. With regard to training, 83% of physicians have residence, 55% of nurses have expertise and 11% of nurses have master's degree. 64% have up to 5 years experience in function, 22% of professionals have never done a training related to TB ($p = 0.004$), 79% reported difficulty filling in forms for ordering tests ($p = 0.001$). 65% considered good professional service time for each user ($p = 0.052$). 53% of nurses often do not request examinations ($p = 0.001$). 72% of doctors often deal with social problems ($p = 0.019$). At FHU, 64% carry out an active search for symptoms frequently ($p = 0.005$). Home visits to deliver pot of sputum collection (54%, $p = 0.016$), and educational programs about TB during the year (67%, $p = 0.047$) are infrequent. 47% of health professionals consider themselves the main responsible for delayed diagnosis of tuberculosis ($p = 0.001$). The hours of operation of the service was considered good for most professionals (89%), but at the FHU 72% ($p = 0.001$) considered the bad times. 42% report being frequent users lose the shift to be serviced, which is more frequent in EHC (43%, $p = 0.001$). 43% of BHU practitioners do not respect the user's difficulties in shifting to the health service, but at the FHU 45% sometimes there is this difficulty ($p = 0.001$). FHU at BHU and 89% are infrequent use of motorized transport for travel to the health service, being common to the EHC and TCP (70%, $p = 0.001$). 44% evaluate how bad the place for sputum collection ($p = 0.001$). At FHU/BHU, often (90%) users seeking the service closer to home, as for the professionals of EHC and TCP, there is sometimes (77%, $p = 0.001$). The health service provides a basic framework for the care, but responds in part to population expectations. Inputs for the service and human resources are the main barriers in access to tuberculosis diagnosis.

Keywords: Access, Tuberculosis, diagnosis delay, responsiveness.

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde
BAAR – Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG – Bacilo Cálmete Guerin
CNCT – Campanha Nacional de Combate a Tuberculose
CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa
DAB – Departamento de Atenção Básica
DOTS - Directly Observed Therapy Short-Course
ES – Estado do Espírito Santo
HEPA - Hhigh Efficiency Particulate Air
HIV – Human Immunodeficiency Vírus
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT - Primary Care Assessment Tool
PCT – Programa de Controle de Tuberculose
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNCT – Programa Nacional de Controle de Tuberculose
PPD - Purified Protein Derivated
PSF – Programa de Saúde da Família
REDE-TB – Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose
SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família
VIH – Vírus da Imunodeficiência humana

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
CAPÍTULO 1	23
1. INTRODUÇÃO	24
CAPÍTULO 2	26
2. QUADRO TEÓRICO	27
2.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
2.1.1. Atenção ao primeiro contato: O acesso aos serviços de saúde...	29
2.2. A TUBERCULOSE E O ACESSO AO DIAGNÓSTICO	31
2.2.1. A Investigação diagnóstica do suspeito de tuberculose.....	33
2.2.2. O Atraso no diagnóstico da tuberculose	35
2.2.3. A APS no acesso ao diagnóstico da Tuberculose	37
2.3. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	41
2.3.1. Avaliação da qualidade do serviço: Responsividade	45
CAPÍTULO 3	50
3. OBJETIVO GERAL	51
CAPÍTULO 4	52
4. METODOLOGIA	53
4.1. TIPO DE ESTUDO	53
4.2. CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	53
4.3. POPULAÇÃO	55
4.4. AMOSTRA.....	55
4.5. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	59
4.6. VARIÁVEIS EM ESTUDO	60
4.7. PLANO DE ANÁLISE	61
4.8. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	62
4.9. ÉTICA EM PESQUISA	62
CAPÍTULO 5	64
ARTIGO 1	65
ARTIGO 2	83
CAPÍTULO 6	103
6 CONCLUSÃO	104
ANEXO I.....	113
ANEXO II.....	117

ANEXO III.....	118
-----------------------	------------

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é o desdobramento de um projeto matriz desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB, denominado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, financiado pelo CNPq, processo 575386/2008 8 coordenado nacionalmente pela professora Tereza Cristina Scatena Villa e localmente pela professora Ethel Leonor Noia Maciel. De acordo com VILLA & RUFFINO-NETTO (2009), as pesquisas operacionais são necessárias porque registram como se mobiliza o conhecimento, as práticas e as tecnologias para uso clínico, bem como são implementadas novas intervenções, seu custo e o benefício real para a população.

A tuberculose tem preocupado as autoridades na área da saúde em todo o mundo. O conhecimento, até então, reunido sobre a fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos não conseguiram resolver o problema (RUFFINO-NETTO, 2002). Sendo assim, a pesquisa operacional ganha destaque, pois nos possibilita avaliar o serviço e saber o que acontece na interação entre o usuário, o serviço e os profissionais envolvidos em todo o processo. A contribuição das ciências básicas e clínicas não é diminuída, porque a elas é acrescentado o conhecimento de como as tecnologias desenvolvidas são utilizadas.

Este trabalho pretende estudar a responsividade do serviço no acesso do usuário ao diagnóstico da tuberculose, e o desempenho dos profissionais de saúde no atendimento a essa demanda. Para tal, tomou-se como fonte de informações os profissionais de saúde da rede municipal. O interessante nesses atores é que eles são avaliadores internos, conhecem o processo de trabalho e a dinâmica de atendimento do setor e além disso, também são consumidores dos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A pesquisa está organizada em 6 capítulos. O primeiro capítulo contém a introdução do trabalho. O segundo capítulo aborda a Atenção Primária à saúde no acesso aos serviços de saúde onde discute, brevemente, o atraso do diagnóstico da tuberculose e o acesso aos serviços de saúde e por último expõe a metodologia de avaliação de

serviços de saúde, entre elas, a avaliação de responsividade. O terceiro capítulo expõe os objetivos do trabalho. O quarto capítulo explica a metodologia para realização do trabalho. O quinto capítulo mostra os resultados no formato de dois artigos: o primeiro, aborda a responsividade do serviço no acesso ao diagnóstico da tuberculose, o segundo aborda os fatores de atraso ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória/ES. No capítulo 6 apresentamos a conclusão do trabalho. Depois segue-se o referencial bibliográfico utilizado e os instrumentos para a coleta de dados.

Pretende-se com este trabalho disponibilizar informações aos serviços de saúde para subsidiar o planejamento e a execução de ações, e contribuir com os profissionais de saúde e gestores na avaliação das ações de controle de TB.

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

O objetivo de qualquer sistema de saúde é produzir ações de saúde, mas dependendo de sua estrutura, modo de organização e financiamento, o sistema pode produzir mais prejuízos que bem-estar (WHO, 2000). A história do controle da tuberculose é um exemplo de que a desestruturação de ações do sistema de saúde afeta diretamente o controle da doença e coloca em risco o bem estar da população (RUFFINO-NETTO & SOUZA, 1999).

Acreditava-se que com os novos adventos tecnológicos, a tuberculose pudesse ser controlada (RUFFINO-NETTO, 2001). Mas a permanência da doença nessas circunstâncias é o reflexo da falta de valorização das instituições governamentais, e da própria comunidade científica de conduzirem o problema de forma pertinente (MACIEL et al, 2009b). Há anos estratégias vêm sendo traçadas para o controle da TB. Hoje pode-se observar que para resolver o problema não bastam, apenas, tecnologias diagnósticas e medicamentosas, mas também precisam ser considerados os fatores sociais e de organização da assistência à saúde no acesso e manutenção do paciente até o fim do tratamento.

A tuberculose é um problema social, e discute-se que seu controle só será possível quando os usuários tiverem acesso às tecnologias disponíveis (VILLA & RUFFINO-NETTO, 2009). O acesso é um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma população (DONABEDIAN, 1973). É fruto da interação entre profissionais, usuários e sistemas de saúde (DUTTON, 1986). Nesse sentido, o SUS determina que todas as unidades de atenção à saúde tenham a função de porta de entrada. Essa função garante o acesso ao cuidado integral, o que ainda supõe sua continuidade em outros níveis de complexidade, sempre que se fizer necessário (TAVARES, MENDONÇA, ROCHA, 2009). Em concordância com essa diretriz, a política de controle da tuberculose é tratada de forma prioritária, sendo garantido o atendimento do sintomático respiratório em qualquer unidade sanitária (BRASIL, 2010).

Estudos apontaram que a descentralização do tratamento ao doente com tuberculose ocorreu, mas que o acesso ainda é uma barreira para o usuário chegar ao sistema de saúde (SCATENA et al, 2008). É necessário avaliar como está sendo

o acesso do usuário ao serviço de saúde e a resposta desse serviço às necessidades da população. Pensando nisso a OMS inseriu o termo “responsividade” para avaliar os serviços de saúde nos aspectos não terapêuticos do cuidado (WHO, 2005).

Conhecer a responsividade do serviço de saúde no atendimento ao usuário implica em observar o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde, possibilita ver o comportamento do sistema de saúde e a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde (WHO, 2005).

A demora na apresentação deste paciente ao serviço de saúde pode causar atrasos no diagnóstico da tuberculose. Este atraso pode ser atribuído a fatores dos usuários, do serviço e dos profissionais de saúde. Os contatos de pacientes com tuberculose não diagnosticada apresentam um risco para adquirir infecção por TB e se tornar doentes no futuro. Identificar casos e tratar os doentes é um importante passo para a redução da transmissão da TB (GOLUB, et al, 2006).

Este estudo aborda fatores do serviço de saúde e de seus profissionais. A resposta do serviço de saúde será discutida utilizando uma metodologia de avaliação criada pela OMS, em 2000 chamada responsividade (WHO, 2000). O atraso ao diagnóstico da tuberculose será abordado utilizando a metodologia de avaliação de serviços de saúde. Os atores entrevistados foram os profissionais de saúde atuantes na rede básica do município de Vitória-ES.

CAPÍTULO 2

2. QUADRO TEÓRICO

2.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu como uma estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) para melhorar as condições de vida da população mundial. Desde a década de 50, os avanços na área da saúde geraram importantes progressos científicos, mas não atingiram melhora nas condições de vida da população. Desse modo, o setor está caracterizado por tecnologia diagnóstica especializada e de alto custo, mas com baixa resolutividade para a maioria dos problemas da população (REIS, EJFB et al, 1990).

Para Starfield (2004), o acúmulo da tecnologia em saúde determinou uma especialização e fragmentação do conhecimento médico, direcionando o foco da medicina para as disfunções orgânicas, tornando o cuidado em saúde impessoal e centralizado na atenção hospitalar com alta tecnologia diagnóstica. A precarização das condições de saúde e a falta de acesso aos serviços básicos de saúde da população fez com que esforços fossem realizados no sentido de oferecer cuidados de forma universal, equânime e a um custo com o qual os países pudessem arcar (WHO, 1978). Nesse sentido foi desenhada a Atenção Primária em Saúde. Isso aconteceu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde de Alma Ata em que a APS foi definida:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WHO, 1978).

A APS previa a cobertura universal de serviços básicos como a educação sobre os métodos de prevenção e controle de problemas de saúde existentes, a promoção da segurança alimentar e nutricional adequada; abastecimento adequado de água potável e saneamento básico, saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar, vacinação, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento

apropriado de doenças e lesões comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais. A ênfase mudou do hospital para a comunidade, com uma melhora do custo e eficácia por meio de programas preventivos e curativos (WHO, 1978).

Com essa nova proposta de mudança nos sistemas de saúde, começou-se a discutir a operacionalização dos conceitos, desafiando as pessoas a pensar no que é atenção primária, o que deveria ser, e qual sua contribuição para a melhora da saúde (STARFIELD, 2004). Vuori (1986) discute que a APS possui quatro diferentes formas de compreensão: como um conjunto de atividades, um nível de assistência, uma estratégia de organização do sistema de serviços, e como uma filosofia que deve nortear todas as ações desenvolvidas em um sistema de saúde.

Já Starfield (2004) diz que poucas atividades são exclusivas da APS, ela compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde. A APS forma a base, determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, e também aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção e lida com o contexto no qual a doença ocorreu.

Para essa autora, constituem princípios da APS: (a) a atenção ao primeiro contato (porta de entrada) que implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema; (b) a longitudinalidade (vínculo) que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo; (c) a integralidade (elenco de serviços) que é a adequada organização das unidades de atenção primária para que o paciente receba todos os tipos de serviços e, se necessário, o encaminhamento para outros serviços; e a (d) coordenação (integração de serviços) que é a atenção realizada com alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos (ou ambos), além do reconhecimento de problemas (um elemento processual). (STARFIELD, 2004)

Com base nesses princípios, vários países aceitaram o desafio de reorganizar os sistemas de saúde, seja como forma de racionalizar custos, ou como meio de garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde com direito à cidadania (VIACAVA *et al*, 2004).

Dessa forma, entendendo que o acesso é o ponto de partida para a população ser inserida no contexto da APS, elegeu-se a atenção ao primeiro contato para aprofundamento conceitual.

2.1.1. Atenção ao primeiro contato: O acesso aos serviços de saúde

O acesso é um dos assuntos de maior interesse para as políticas de saúde, e é uma das diretrizes do SUS concernente ao acesso universal ao sistema (BRASIL, 1990). Entretanto, é um termo com um conceito complexo e pouco claro, varia entre autores e muda ao longo do tempo, e de acordo com o contexto (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Alguns autores admitem “acesso” e “acessibilidade” como sinônimos (DONABEDIAN, 1973; ADAY E ANDERSEN, 1974). Para Donabedian (1973), acessibilidade é um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma população.

Segundo esse autor, há dois aspectos da acessibilidade a serem distinguidos: o sócio-organizacional e o geográfico. Os aspectos sócio-organizacionais são referentes aos recursos e à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter cuidado. Já a acessibilidade geográfica envolve a característica relacionada à distância física a ser percorrida pelo usuário, e ao tempo necessário para alcançar e obter cuidado. Mas ele não se restringe apenas à utilização dos serviços, mas também à adequação dos recursos humanos e tecnológicos para atender às necessidades de saúde dos indivíduos (DONABEDIAN, 1973).

Starfield (2004) distingue “acesso” de “acessibilidade”. Para a autora, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. É um aspecto da estrutura do sistema. Já o acesso é a forma como a pessoa experimenta essa característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade e o acesso podem ser medidos pelo ponto de vista, tanto do usuário, quanto do serviço de atenção à saúde.

Já Penchansky e Thomas (1981) definem acesso baseados nas idéias de Donabedian (1973), Aday e Andersen (1974), onde acesso é o “grau de ajuste entre

os usuários e o sistema, [...] é visto como um conceito geral que resume um conjunto de áreas mais específicas de ajuste entre os usuários e o sistema de saúde” (PENCHANSKY E THOMAS, 1981, pág 128, *tradução nossa*).

As áreas específicas citadas são as dimensões do acesso para esses autores (PENCHANSKY E THOMAS, 1981):

- *Disponibilidade*: é a relação entre o volume e o tipo do serviço existente, e do volume e tipo da necessidade do usuário. Refere-se à adequação do fornecedor às necessidades dos usuários.
- *Acessibilidade*: é a relação entre a localização da oferta e a localização dos usuários, tendo em conta os recursos para o transporte, tempo de viagem, distância e custo.
- *Acolhimento*: é a relação entre a maneira pela qual os recursos da oferta são organizados para aceitar os usuários, a capacidade para acolher e a percepção desses.
- *Capacidade de compra*: é a relação entre a forma de financiamento e a possibilidade de pagamento por esses serviços. São as condições para se obter um serviço.
- *Aceitabilidade*: é a relação entre as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Poucos autores abordaram acesso pelo ponto de vista do serviço de saúde (PENCHANSKY E THOMAS, 1981; DUTTON, 1986). Dutton (1986) fala que a utilização (acesso realizado) é a interação entre profissionais, usuários e sistemas de saúde. As características dos profissionais são determinadas por aspectos (a)demográficos, como sexo e raça; (b)de formação, como especializações e residências; (c)experiência profissional, que inclui os anos de prática; e (c)a satisfação com a prática. Fatores como financiamento, tempo de espera, distância, organização e prática médica são relacionados às características dos serviços (DUTTON, 1986; PAVÃO E COELI, 2008; TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

A utilização dos serviços controlada pelo usuário depende de suas características e das barreiras estruturais do sistema de saúde (DUTTON, 1986). Nesse sentido, o modelo proposto por Rosenstock (1966) busca explicar o comportamento dos indivíduos segundo suas crenças, intenções e percepções dos riscos (PAVÃO E COELI, 2008).

Segundo a hipótese de Rosenstock (1966), a decisão de procurar atenção à saúde depende de algumas condições: (a) susceptibilidade percebida (avaliação de um indivíduo de seu risco de contrair a doença); (b) severidade percebida (avaliação de um indivíduo da gravidade da condição e suas consequências potenciais); (c) barreiras percebidas (avaliação de um indivíduo de influências que facilitam ou desencorajam a adoção do comportamento promovido); (d) benefícios percebidos (avaliação individual das consequências positivas da adoção do comportamento); (e) presença de um fator de estímulo (como um “gatilho” para a mudança de comportamento); e (f) autoeficácia (crença pessoal na própria capacidade de fazer algo).

Embora se reconheça a importância de se avaliar o acesso do usuário independente de sua demanda de saúde, este estudo elegeu o acesso ao diagnóstico da tuberculose como objeto de estudo.

2.2. A TUBERCULOSE E O ACESSO AO DIAGNÓSTICO

A TB foi a principal causa de morte no passado, ocupa a posição de maior destaque na medicina desde Hipócrates até Robert Koch, e continua sendo a principal causa de morte por doença infectocontagiosa em adultos, em todo o mundo (LAPA E SILVA & BOECHAT, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, são reportados de oito a dez milhões de casos novos de TB no mundo (WHO, 2010), o equivalente a 139 casos por 100.000 habitantes. A TB foi responsável por cerca de 1,3 milhões mortes no mundo, o que equivale a 28 mortes por 100.000 habitantes, contando as mortes causadas por coinfeção TB/HIV. O agravante dessa doença é que os mais atingidos são adultos

jovens em idade produtiva, o que traduz um elevado custo social e econômico para o país (WHO, 2009; BERTOLI FILHO, 2001).

A maior parte do número de casos de incidência estimados em 2008 ocorreu na Ásia (55%) e África (30%), seguidos da Região do Mediterrâneo Oriental (7%), Europa (5%) e Américas (3%). Vinte e dois países concentram 80% de todos os casos estimados no mundo inteiro. Os cinco países que ocupam os primeiros lugares são, a Índia (1.6-2.4 milhões), China (1.0-1.6 milhões), África do Sul (0.38-0.57 milhões), Nigéria (0.37-0.55 milhões) e Indonésia (0.34-0.52 milhões). A Índia e China, juntas, são responsáveis por 35% dos casos de TB no mundo. (WHO, 2009)

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS. Encontra-se na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência. Em 2007, o Brasil notificou 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38 por 100.000 habitantes. Desses, 41 mil novos casos foram bacilíferos, apresentando um coeficiente de incidência de 41 por 100.000 habitantes. A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5.564 municípios do país, correspondendo a 70% da totalidade. O Estado de São Paulo detecta o maior número absoluto de casos, e o Estado do Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de incidência. (BRASIL, 2010)

É importante destacar que, anualmente, ainda morrem 4.500 pessoas por causa da tuberculose, doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares (BRASIL, 2010). A TB ocupa o segundo lugar como causa de morte por doenças infecciosas, atrás apenas da AIDS, e é a 1ª causa de morte dos pacientes aidséticos. (WHO, 2010, BRASIL, 2010)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assinala como principais causas para a gravidade da situação atual da TB no mundo, os seguintes fatores: desigualdade social, advento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), e grandes movimentos migratórios (WHO, 1998). Agregados a isso, a ampliação da miséria em grandes centros urbanos, o aumento da longevidade nas nações mais desenvolvidas (associadas à queda de imunidade), a falsa impressão na comunidade de que a doença está sob controle (RUFFINO-NETTO & SOUZA, 1999), a progressiva diminuição de investimentos no setor de saúde e a deterioração

dos serviços de assistência pública, favoreceram esse aumento (VERONESI & FOCACIA, 2005).

Já é consagrado na comunidade científica que para mudar esse quadro, a estratégia primordial para o controle da tuberculose é encontrar os casos e prontamente iniciar o tratamento. Esforços têm sido feitos em nível global para acelerar o desenvolvimento e a expansão de novas tecnologias de diagnóstico. No entanto, o diagnóstico confirmatório continua dependente da baciloscopia de escarro e cultura, a radiografia e a sintomatologia clínica.

2.2.1. A Investigação diagnóstica do suspeito de tuberculose

A investigação diagnóstica de um paciente suspeito de tuberculose inclui uma história clínica detalhada e exame físico bem como, achados radiológicos, exames microbiológicos, imunológicos, análises moleculares e histológicas, quando disponíveis. (LANGE & MORI, 2010)

Vários fatores influenciam nas manifestações clínicas da tuberculose. Podem estar relacionados ao hospedeiro e ao bacilo como, idade, estado imune, alimentação deficiente, fatores genéticos, co-morbidades, vacinação por BGC, e a virulência do bacilo. (AMERICAN, 2000)

Dependendo da evolução da doença, o paciente pode ser assintomático ou ter manifestações clínicas como tosse, febre, perda de peso, sudorese noturna e inapetência (VERONESI & FOCACIA, 2005). O tempo dos sintomas é variável, mas a persistência da tosse por mais de duas semanas é descrito como importante fator preditivo de TB pulmonar em atividade em adultos. Como o sintoma mais comum em pacientes com tuberculose é a tosse, a suspeita de TB deve ocorrer diante de todo caso sintomático respiratório. (WHO, 2004).

Os achados radiológicos constituem importante ferramenta para triagem, diagnóstico e acompanhamento da tuberculose. No entanto, nenhuma das alterações radiológicas são patognomônicas para essa doença, apresentando apenas características sugestivas de lesão por tuberculose. (VERONESI & FOCACIA, 2005; BASTOS *et al*, 2007)

Por outro lado, o diagnóstico bacteriológico é considerado como método prioritário para detecção e acompanhamento do tratamento (BRASIL, 2010). A contribuição do laboratório de microbiologia para o diagnóstico e controle da tuberculose envolve a detecção e o isolamento da micobactéria, a identificação da espécie isolada e a determinação da susceptibilidade dos organismos às drogas antimicobacterianas (WHO, 2003).

A detecção de bacilos ácidosresistentes (BAAR) em esfregaços analisados microscopicamente é a primeira evidência da presença de micobactérias em uma amostra clínica. É um procedimento fácil, rápido e de baixo custo, que dá uma estimativa quantitativa do número de bacilos na amostra, auxiliando na avaliação da infecciosidade do doente (AMERICAN, 2000). A cultura para micobactérias é considerada o padrão ouro para o diagnóstico da doença. A cultura permite a identificação do Mtb e a realização do teste de sensibilidade, além de aumentar o rendimento diagnóstico em 20-40%. (SOCIEDADE, 2009).

O diagnóstico imunológico pode ser realizado através da Prova de tuberculina (PT) e os testes de liberação de interferon- γ (IGRA). Esses testes são marcadores indiretos para infecção passada ou presente, e mostram a presença persistente de micobactérias no organismo. A PT, se interpretada de maneira isolada, indica apenas infecção, e não tuberculose em atividade. Já os testes IGRA baseiam-se na produção de IFN- γ por células T do hospedeiro expostas in vitro a antígenos mais específicos para o *Mycobacterium tuberculosis* que o antígeno derivado proteico purificado (*purified protein derivative* – PPD) da PT. São disponíveis comercialmente o QuantiFERON-TB Gold^{®1} e o T-SPOT.TB^{®2}. Esses testes apresentam boas sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TB com vantagens sobre a PT (LANGE & MORI, 2010).

Com o intuito de informar e atualizar profissionais de saúde, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia publicou, em 2009, as III Diretrizes para TB. Segundo a mesma, o diagnóstico confirmatório é baseado na cultura positiva para o MTB e o diagnóstico de presunção é baseado na presença de dois BAAR positivos ou um

¹ Cellestis LTD, Carnegie, Victoria, Austrália

² Oxford Immunotec, Oxford, Reino Unido

BAAR positivo associado à radiografia de tórax sugestiva de TB, ou histopatologia com granuloma com, ou sem, necrose de caseificação em paciente com suspeita clínica (SOCIEDADE, 2009).

Mas mesmo com esforços para melhorar o diagnóstico, ele só será realizado dependendo da capacidade técnica dos serviços, seja em equipamentos ou em recursos humanos. Para a realização do diagnóstico da tuberculose, os exames necessários são relativamente simples, de baixa complexidade e de baixo custo. Eles podem facilmente ser integrados aos serviços de saúde. Mas experiências relatadas em literatura relatam que dificilmente os profissionais lembram de abordar essa patologia (RUFFINO NETTO, 2000). Dentre essa e outras causas, ocorre um atraso significativo entre o aparecimento dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico (LÖNNROTH, 2010).

2.2.2. O Atraso no diagnóstico da tuberculose

O conceito de atraso do diagnóstico de Tuberculose é o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico de tuberculose. Essa demora pode estar relacionada ao doente e ao serviço de saúde. O atraso relacionado ao doente é o período do aparecimento dos primeiros sintomas relacionados à tuberculose até o primeiro contato desse paciente com o serviço de saúde. O atraso relacionado ao serviço de saúde é o período desde o dia em que o doente fez o primeiro contato com o serviço de saúde até a data do diagnóstico. Atraso total é a soma do atraso relacionado ao doente e ao serviço de saúde (SREERAMAREDDY *et al*, 2009).

Mas a detecção dos casos não depende somente de métodos diagnósticos, mas há três grandes determinantes: o conceito de saúde/doença do indivíduo; a estruturação dos serviços de saúde; e o padrão de prática e saber médico vigente (RUFFINO-NETTO, 2000).

Estudos mostram que existe a interação de vários fatores que influenciam o comportamento do doente e promovem o atraso do diagnóstico, como pobreza, hábitos como tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas, idade avançada, doenças crônicas, e a distância ou o difícil acesso aos cuidados de saúde. Vários estudos

também apontam para o autotratamento. Os pacientes inicialmente procuram a farmácia, locais religiosos, benzedadeiras, apontando para um problema que envolve as crenças, a falta de conhecimento e o estigma da doença. (UYS, WARREN, VAN HELDEN, 2007; BASNET *et al*, 2009; MESFIN *et al*, 2009; FARAH *et al*, 2006; MACIEL *et al*, 2010).

Outro aspecto é referente aos profissionais de saúde. Para a detecção precoce de casos de tuberculose é necessário um alto nível de suspeição por parte dos profissionais. Em estudo realizado por Maciel *et al*, o nível de conhecimento por parte de enfermeiros e médicos mostrou-se bom, mas os autores questionam a resolutividade na demanda do paciente quando ele se apresenta ao serviço de saúde e argumenta que talvez uma das principais dificuldades seja ainda a identificação desses pacientes de forma precoce na comunidade, e seu acesso aos serviços de maneira adequada (MACIEL *et al*, 2009). Outro aspecto relatado foi o comportamento e a pouca receptividade de alguns profissionais de saúde, fazendo com que os pacientes se sintam sem privacidade e dignidade. (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008; CHANDRASHEKHAR *et al*, 2009).

Outros fatores estão ligados aos serviços de saúde: a coexistência de tosse crônica e/ou outras doenças pulmonares, TB extrapulmonar ou baciloscopia de escarro negativa, sintomas não específicos ou menos intensos, ausência de hemoptise, precária infraestrutura de atendimento, primeiro atendimento no setor privado. A repetição de visitas ao mesmo serviço de saúde que, inicialmente, não realizou o diagnóstico, mostra-se como um problema em países com baixo nível endêmico. Isso, devido às crenças do paciente e ao conhecimento sobre TB dos profissionais de saúde. (MEINTJES *et al*, 2008; AYÉ *et al*, 2010; SAW *et al*, 2009; SCHNEIDER *et al*, 2010).

Para garantir o acesso desse paciente ao serviço de saúde é preciso utilizar metodologias que valorizem o indivíduo em seu contexto de vida, e que proporcionem aos serviços e aos trabalhadores da saúde condições para atender essa demanda. Nessa direção, reconhece-se que a descentralização das ações de saúde com base na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia promissora para o alcance das metas propostas para o controle da tuberculose.

2.2.3. A APS no acesso ao diagnóstico da Tuberculose

No Brasil, a formulação de políticas públicas voltadas para a APS consolidou-se com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, pela adoção de seus princípios estruturantes como conceito ampliado de saúde, universalidade da atenção e descentralização dos serviços, reforçando o papel da Atenção Básica dentro do sistema público de saúde brasileiro (TAVARES, MENDONÇA, ROCHA, 2009).

Nesse sentido, cria-se o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com o intuito de ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutive, proporcionando além de extensão de cobertura, a ampliação do acesso (CAVALCANTE *et al*, 2006).

Tal processo tomou uma dimensão de estratégia nacional que atua como um re-estruturador dos serviços, e como um instrumento de reorganização da Atenção Básica, com proposta de garantir a oferta de serviços de saúde, e o fortalecimento dos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 1997).

Recentemente, o governo federal confirmou essa situação através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2005b). A PNAB determina que todos os modelos de atenção à saúde, unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais, organizadas por programas de atenção integral a grupos de risco, unidades de saúde da família (USF), organizadas com base no PSF, e as unidades com o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) tenham a função de porta de entrada para o sistema. Essa função garante o acesso e cuidado integral, o que ainda supõe sua continuidade em outros níveis de complexidade sempre que se fizer necessário (TAVARES, MENDONÇA, ROCHA, 2009).

O PNAB, visando a operacionalização da Atenção Básica, definiu as áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, e dentre elas o controle da tuberculose (BRASIL, 2005b), o que veio ao encontro da urgente necessidade do país, frente ao (des)controle da doença.

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) até então não estava vinculado à política nacional de APS e apresentava uma característica vertical e centralizada, seguindo as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde, para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos (RUFFINO-NETTO e SOUZA, 1999). Essa característica vertical do PCT conduziu a uma desestruturação do serviço de tuberculose, fazendo com que o governo federal reconhecesse a necessidade de descentralizar as ações de controle da doença. Assim, em 2000, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária foi integrada ao Departamento de Atenção Básica (DAB), o que exigiu que as estratégias para o controle da TB estivessem em harmonia com as ações já realizadas pelo DAB (RUFFINO-NETTO, 2001).

Nesse sentido, foi criado o Plano de Mobilização e Intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose (BRASIL, 2001), que tinha como uma de suas principais ações a capacitação das equipes da atenção básica incluindo o PACS e o PSF já existentes nos municípios para a detecção precoce, diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose e, ainda, a ampliação dessas equipes (BRASIL, 2005b).

Com a descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica no ano de 2004, além da adoção da estratégia DOTS (Directly Observed Therapy Short-Course), o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) brasileiro reconhece a importância de ampliar o combate à TB, a todos os serviços de saúde do SUS. Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o PSF para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento (FIGUEIREDO et al, 2009).

Desse modo, a Atenção Primária à Saúde, por meio dos serviços da atenção básica, passou a ser a principal porta de entrada, onde os casos suspeitos de tuberculose devem ser captados, atendidos e vinculados, seja por meio da Estratégia de Saúde da Família ou por meio das unidades básicas de saúde garantindo o acesso ao usuário (BRASIL, 2010).

Mas, considerando a história natural da tuberculose, não se pode considerar o acesso do usuário apenas à procura dele pelo serviço de saúde, mas também a busca do sistema, que seria a busca ao sintomático respiratório.

De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2010), a busca ao sintomático respiratório “é a atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual, ou superior a 3 semanas consideradas com suspeita de tuberculose pulmonar, visando a descoberta dos casos bacilíferos”.

A busca pelo sintomático respiratório tem sido uma política de controle da tuberculose há anos, e Ruffino-Netto (1999) argumenta que a detecção é diretamente proporcional ao nível de investimento público. Em seu artigo relata que a extinção da Campanha Nacional de Combate à Tuberculose (CNCT) em 1990 poderia ter acarretado uma diminuição na detecção de casos de 92% em 1982, para 64% em 1997, corroborada pela queda de 45% para 14% do número de sintomáticos respiratórios examinados.

A realização da baciloscopia de escarro também é um importante indicador da realização do diagnóstico de tuberculose. Nos anos subsequentes à extinção da CNCT, a média de realização de baciloscopias de escarro era de 300.000 (para o ano de 1997) para uma população de 160 milhões de habitantes, e taxa de incidência por TB de 44 por 100 mil habitantes (RUFFINO-NETTO, 1999), muito aquém quando comparado ao Peru que, com 23 milhões de habitantes realiza 1,4 milhões de baciloscopias. Mas, observando dados de 2000 a 2002, a situação não se mostra melhor, apesar de toda a política de fortalecimento do SUS, pois a média é de 230.000 baciloscopias por ano para a mesma taxa de incidência (44/100 mil hab em 2002) (BRASIL, 2000-2002).

O acesso do sintomático respiratório ao serviço é garantido pelo Manual de Recomendações para o controle da TB (BRASIL, 2010), e afirma que o diagnóstico da tuberculose pode ser realizado em qualquer instância de atendimento.

Como resultado desse direcionamento da política de controle à TB, estudos mostraram que a descentralização do tratamento e acompanhamento dos casos vem se estabelecendo na prática da Estratégia de Saúde da Família (MARCOLINO et al, 2009), mas o acesso ao diagnóstico ainda não apresenta desempenho satisfatório no âmbito da Atenção básica, o que nos encoraja a busca dos motivos que levam a esse descompasso (SCATENA et al, 2008).

Isso reflete a assertiva inicial de Ruffino-Netto que fala que a taxa de detecção pode ter sido diminuída pela falta de investimento no setor. Mas, em 2002 não houve melhora (BRASIL, 2000-2002). Diante disso, precisa-se considerar que não é apenas a criação de políticas públicas, ou o financiamento do setor, mas também a estrutura e a organização do serviço pode trazer barreiras ao acesso ao diagnóstico.

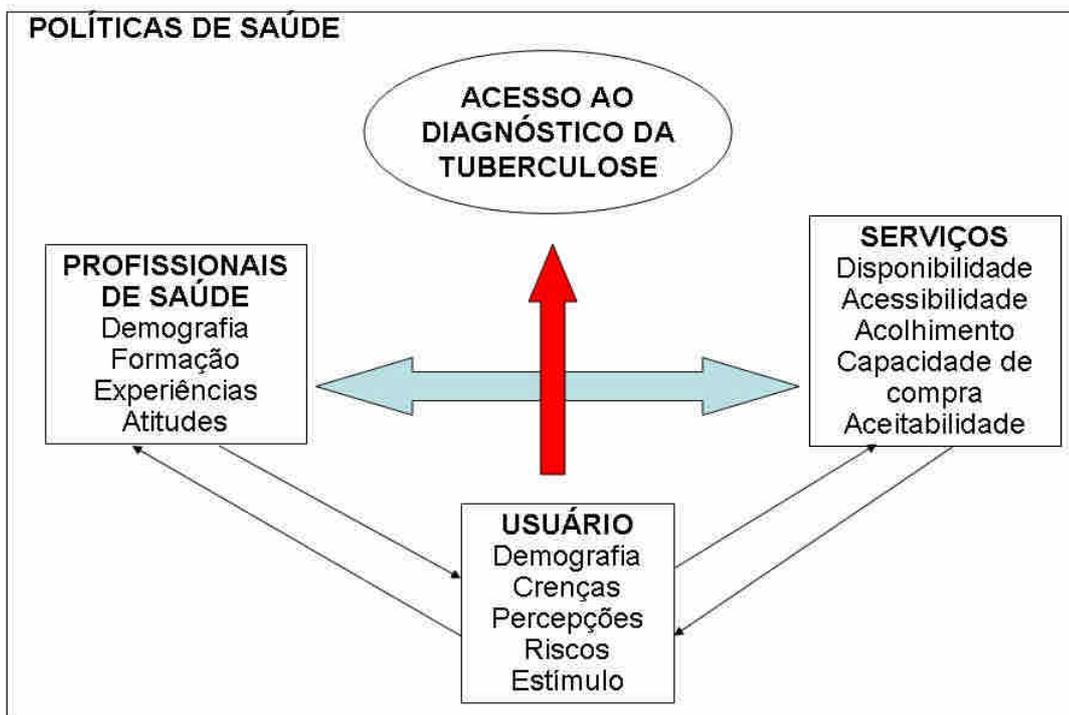
É importante destacar que as atitudes e a experiência dos profissionais de saúde também são fatores preponderantes no acesso do usuário ao diagnóstico da TB. Para a detecção precoce de casos de tuberculose, é necessário um alto nível de suspeição da doença por parte dos profissionais de saúde (MACIEL et al, 2009a).

Outro estudo apontou o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para a Atenção Básica em Saúde, e a inadequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos para o manejo da doença no sistema de saúde (MONROE et al, 2008).

Mas, como falado anteriormente, muitos aspectos devem ser considerados para a avaliação do acesso desse paciente ao diagnóstico da tuberculose. Para clarificar os vários determinantes dessa questão, desenhou-se um modelo com base nas teorias expostas, até então, para a avaliação do serviço de saúde concernente aos fatores que interferem no acesso do usuário ao diagnóstico da tuberculose (Figura 1).

Esse modelo parte da premissa que o acesso é produto da interação entre características do paciente (explicado pelo Modelo de Crenças em Saúde (ROSENSTOK, 1966), características dos profissionais (explicado pelo Modelo de Dutton, 1986) e pelas características dos Serviços (explicado por Donabedian, 1973) e Pechansky e Thomas, 1974). E tudo é influenciado pela política pública vigente no país (Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1990)).

Figura 1- Fatores que interferem no acesso ao diagnóstico da tuberculose



Diante dos aspectos citados, e compreendendo a necessidade de conhecer o acesso do suspeito de tuberculose ao diagnóstico de tuberculose no serviço de saúde, elegemos como ferramenta a metodologia de avaliação de serviços de saúde.

2.3. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A palavra “avaliação” pode ter vários significados. Trata-se de uma atividade que se pode fazer corriqueiramente e/ou em situações especiais. Sua utilização acontece em quase todas as profissões. No dia a dia assume um papel de reflexão e tomada de decisões para o manutenção dos objetivos de cada um (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994).

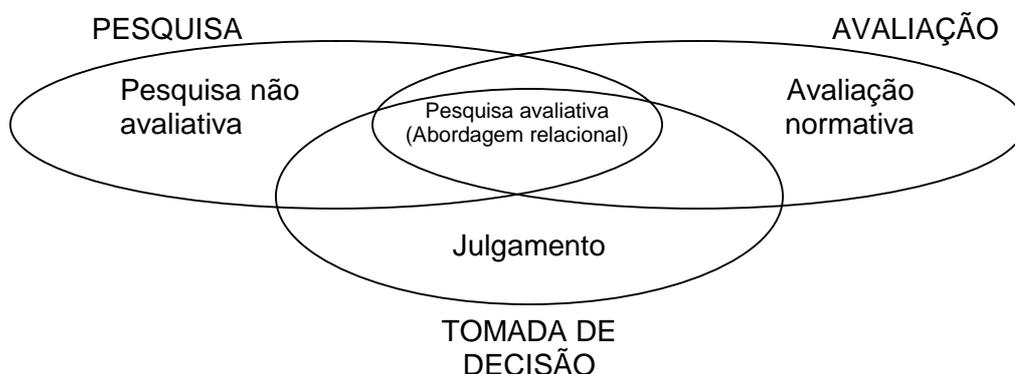
Para os avaliadores, significa “expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos” (TANAKA & MELO, 2004). Compreende a atitude de medir e comparar, realizando um diagnóstico situacional e, com base em critérios e padrões, emitir um juízo de valor para a tomada de decisão. Sua finalidade é sempre conhecer o objeto a ser avaliado para modificá-lo, buscando uma evolução na qualidade. A diferença entre o emprego na vida cotidiana, e como instrumento de trabalho para o serviço é que, para o primeiro leva-se em consideração a utilização de métodos para sua realização, mas ambos são impulsionados pelo mesmo propósito (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994).

Para Contandriopoulos (2006), avaliação é:

[...] aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa), ou elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)

A Pesquisa, a avaliação e a tomada de decisão são ações que podem ser concebidas em separado, mas também possuem interfaces relacionais que não se sobrepõem, mas podem estar interligadas (HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 2006). A interface da pesquisa pode ser exemplificada pelas ferramentas da epidemiologia, que se utiliza de procedimentos baseados no método científico para conhecer o objeto. A abordagem normativa utiliza-se de critérios e normas para fazer um julgamento sobre uma intervenção. Já o julgamento é o juízo de valor propriamente dito (HARTZ, 1997; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994). Esses aspectos utilizados em separado não possuem a mesma força de quando utilizados em conjunto. O processo de tomada de decisão fica fortalecido com a união da avaliação normativa com a sistematização proposta pelo método científico (Figura 2).

Figura 2. Pesquisa, avaliação e tomada de decisão



FONTE: Adaptado de CONTANDRIOPOULOS, 2006

Alguns pressupostos são necessários para uma avaliação ser realizada: a pertinência, a oportunidade e a validade. Como pertinência, entendeu-se que é a capacidade de dar as respostas necessárias para a resolução da situação/problema quando a intervenção for aplicada (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994). A pertinência da avaliação é maior, tanto quanto maiores forem os interesses em torno dela. Quanto mais atores envolvidos e interessados na avaliação, maior será sua aceitação (TANAKA & MELO, 2004).

A oportunidade está relacionada com a temporalidade e a aceitação. Deve ser realizada num momento oportuno para a introdução de modificações, e deve ser aceita pelos responsáveis, pela tomada de decisão. De outra forma, a avaliação não terá nenhuma, ou pouca incidência prática pois, ou foi realizada em um momento em que uma tomada de decisão não seja oportuna, ou não há interesse técnico político suficiente para torná-la efetiva. (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994)

Um aspecto importante a ser observado são os atores envolvidos no contexto. Nesse caso, deve-se conhecer *para quem* a avaliação se destina, *quem* está diretamente vinculado ao objeto e a figura do *avaliador*.

O contexto e as características da pessoa para quem se destina são diretamente ligados à capacidade da tomada de decisão. O enfoque utilizado deve estar condizente com a linguagem do destinatário, pois deve-se levar em conta os diferentes papéis, racionalidades e interesses relacionados ao contexto. O objetivo de um político ao usar a avaliação será diferente dos técnicos e burocratas, e pode

ser utilizada tanto para benefício, quanto para depreciação de um serviço. (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; HARTZ, 1997)

Os diretamente vinculados à pesquisa são os respondentes e os usuários, beneficiários ou destinatários. A possibilidade da realização da avaliação depende diretamente da concordância dessas pessoas em responder os questionários e observar seu trabalho. Devem ser levados em conta seus interesses e papéis para que não haja conflitos, nem com o avaliador, nem com os possíveis resultados da avaliação. Já os usuários são importantes na medida da importância de sua participação no contexto do programa. Uma avaliação positiva de um programa deve levar em consideração a avaliação do produto final, que seria a satisfação do usuário (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; COSTA et al, 2008).

O resultado da avaliação está diretamente relacionado à visão do avaliador pois, é com base em suas experiências acumuladas que o julgamento será realizado. No contexto brasileiro da saúde como direito universal, o avaliador nunca será alguém totalmente imparcial, já que é um consumidor e está inserido nesse contexto. Essa questão da neutralidade da relação entre avaliador e o objeto avaliado, inicialmente obedeceu aos pressupostos positivistas da racionalidade do método científico, onde a imparcialidade do observador torna-se pré-requisito para a validade do produto final. Mas essa imparcialidade é questionável, sendo a abordagem quantitativa incapaz de capturar a subjetividade inerente a qualquer serviço (FELICIANO, 2005).

Mas para haver juízo sobre essa realidade, há de se ter um padrão de comparabilidade, um ponto seguro para entender a funcionalidade do objeto avaliado. Para Hartz, a avaliação deve ser orientada por um modelo teórico, que ajuda o avaliador como supostamente um programa funciona. O modelo ajuda a elucidar a teoria do programa e a conceber um instrumento de avaliação adequado. Sua construção possui algumas especificações: “1) o problema ou o comportamento, a população alvo e as condições do contexto, e 2) o conteúdo do programa e/ou atributos necessários e suficientes para produzirem, isolada ou integradamente, os efeitos esperados”. Esse traduz-se no grau de conformidade entre o conjunto de pressupostos do modelo e a realidade empírica observada. (HARTZ, 1999)

Partindo da elucidação do objeto, diferentes metodologias podem ser utilizadas para capturar as dimensões do objeto. Inicialmente, a utilização dos dados disponíveis pode direcionar todo o restante da avaliação. Para tal, utilizam-se as ferramentas da epidemiologia para identificar possíveis relações de causalidade. Num segundo momento, há a necessidade de entender o significado dessas relações, tornando-se necessária a abordagem qualitativa. Outro método também utilizado é a triangulação de métodos, que consiste na comparação de dois pontos de vista de uma mesma realidade. (HARTZ, 1999; MINAYO, 1991)

Diante de diferentes conceitos e abordagens, as classificações e os tipos de avaliação em saúde são inúmeras, sendo apresentadas na literatura de forma muito diversificada. O serviço de saúde, por si só, já concentra inúmeros conceitos, unido à diversidade de entendimento e abordagens da avaliação, podendo resultar em um grande número de possibilidades. Vários autores mostram alguma tentativa de sistematização do ponto de vista epistemológico, metodológico e prático, mas muitas ainda são as possibilidades e limitações (SILVA & FORMIGLI, 1994). Este estudo procurou ater-se à avaliação segundo os aspectos da qualidade dos programas de saúde na visão dos profissionais.

2.3.1. Avaliação da qualidade do serviço: Responsividade

A definição do conceito de qualidade é relatado na literatura como sendo complexo e multidimensional (UCHIMURA & BOSI, 2002; DONABEDIAN, 1988). Donabedian (1966) definiu qualidade como “qualquer coisa que cada um deseja que seja, embora isso seja o reflexo dos valores e metas correntes no sistema médico de cuidado e da sociedade em geral” (DONABEDIAN, 1966, p.692 tradução livre). Isso remete a um conceito que possui uma aplicação prática flexível, pois é determinada pelo contexto. Como falou Adami & Maranhão (1995) “a assistência de qualidade implica em aumentar as probabilidades de êxito e reduzir aquelas consideradas como indesejáveis”.

Entre os trabalhos pioneiros sobre a definição de critérios de qualidade no contexto de serviços e programas está o de Lee e Jones (1993) apud Uchimura & Bosi

(2002), que considerou algumas características definidas à época como “questões de fé” (“articles of faith”):

1. Fundamentação científica da prática médica;
2. Prevenção;
3. Cooperação entre consumidores e prestadores de serviços;
4. Tratamento integral do indivíduo;
5. Relação estreita e contínua entre o médico e o paciente;
6. Serviços médicos integrais e coordenados;
7. Coordenação entre atenção médica e serviços sociais;
8. Acessibilidade na atenção para toda a população.

A definição de qualidade adquire elementos adicionais quando o foco deixa de ser o indivíduo e passa a ser a comunidade. Essa definição pode ser mais estreita ou expansiva na medida da definição do conceito de saúde e a responsabilização por ela (DONABEDIAN, 1988).

Uma das abordagens teóricas mais utilizadas baseia-se na avaliação qualitativa do cuidado médico proposta por Donabedian (1966). A avaliação pode se dar em três de seus componentes: estrutura, processo ou resultado.

Por estrutura, entende-se por instrumentos materiais e sociais que são usados para promover cuidado. Isso inclui o número, a qualificação da equipe, a forma de organização e governo, o espaço físico, os equipamentos e outras facilidades. A avaliação da estrutura é um julgamento se o cuidado está acontecendo sob condições que ajudam ou atrapalham o bom cuidado (DONABEDIAN, 1966).

Por processo, entende-se a interação que ocorre durante o cuidado. É o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, é a sequência de atividades, é a influência que a pessoa consegue imprimir no outro durante o ato do cuidado (DONABEDIAN, 1966).

Os resultados do cuidado são entendidos como mudanças no status de saúde que podem ser atribuídos àquele cuidado. O status de saúde pode ser entendido de um modo bem restritivo, como função física, que engloba recuperação, restauração funcional e sobrevivência, ou mais amplamente, incluindo função psicológica e performance social. A qualidade do cuidado é proporcional à extensão das possíveis melhoras na qualidade de vida atingida como resultado do cuidado (DONABEDIAN, 1966, 1978).

Diante dessas muitas formas de avaliar, a inserção do usuário no processo avaliativo tem sido muito valorizada. Com Donabedian (1988) a satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, junto à avaliação do médico e da comunidade. Existem vários modelos que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções dele em relação às suas expectativas, valores e desejos (VAITSMAN E ANDRADE, 2005).

Mas a pesquisa de satisfação traz algumas críticas sobre o aspecto subjetivo do termo “satisfação”. Outra crítica é a ausência de consequências práticas dessas avaliações, e a maioria dos estudos sobre satisfação do paciente mostra resultados bastante positivos em relação à qualidade dos serviços de saúde, ou seja, os respondentes são muito pouco críticos na hora de avaliar o serviço (VAITSMAN E ANDRADE, 2005)

Buscando maior objetividade para a avaliação da qualidade do serviço de saúde, a OMS inseriu o termo “responsividade” para avaliar os serviços de saúde nos aspectos não terapêuticos do cuidado, como uma alternativa às pesquisas de satisfação (VAITSMAN & ANDRADE, 2005). Esse conceito é proveniente do campo de pesquisa das ciências sociais e de ética médica (autonomia, beneficência, justiça) (GOSTIN et al, 2003), e está relacionado à capacidade de resposta dos sistemas de saúde às expectativas legítimas das populações a respeito de como eles são tratados, é reconhecida como uma parte importante do desempenho dos sistemas de saúde (WHO, 2005).

A WHO (2005) recomenda avaliar a responsividade perguntando às pessoas sobre suas experiências com o sistema de saúde. Dessa forma, o sistema é avaliado em sua forma de interação com a população. O sistema de saúde pode ser definido

como todos os atores, instituições e recursos que realizam ações de saúde, cuja principal intenção é obter saúde.

Ao avaliar a responsividade, consideram-se dois elementos. O primeiro acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde. Esse objetivo procura reportar o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde. O segundo mede a percepção das pessoas sobre o que acontece. Com isso, procura-se analisar como as pessoas servidas pelo sistema de saúde percebem “o que acontece”, e a avaliação do que elas percebem. A estratégia de medir a responsividade dos sistemas de saúde dá maior ênfase ao primeiro desses objetivos, foco também deste estudo. Pretende-se apreender o que acontece quando o usuário interage com o sistema, através de entrevistas com usuários e profissionais do sistema de saúde (ANDRADE, VAITSMAN & FARIAS, 2010).

Quando um indivíduo expressa sua experiência com o sistema de saúde, a avaliação acontece do ponto de vista da pessoa que procura os serviços do sistema. Portanto, a autoavaliação sobre a experiência com o sistema de saúde é dependente de um grau de confiança sobre o que uma pessoa tem em relação a essa experiência. Respostas em relação a mesma experiência de cuidado podem variar entre os entrevistados, se suas expectativas variam substancialmente (DARBY et al, 2000).

O conceito geral de responsividade pode ser decomposto em dois elementos: um é amplamente subjetivo e está relacionado ao respeito e bem-estar das pessoas (Respeito pelas pessoas), e outro mais objetivo relacionado ao atendimento oferecido pelo sistema aos pacientes e suas famílias (Orientação ao cliente). Subdividindo, essas duas categorias levam a oito elementos distintos ou domínios da responsividade. O respeito pelas pessoas possui quatro sub-elementos: dignidade, autonomia, comunicação e confidencialidade. A orientação ao cliente tem quatro sub-elementos: pronto atendimento, qualidade dos serviços básicos, acesso aos apoios sociais para os indivíduos internados, e escolha de prestadores de saúde (WHO, 2000).

A WHO (2003) explica melhor cada um desses domínios:

- **Dignidade:** Implica que todos os indivíduos sejam tratados com respeito e são livres para buscar aquilo em que acreditam. Respeito esse que é um componente essencial da resposta do sistema de saúde pública, porque protege cada indivíduo de práticas abusivas, danos físicos e psicológicos;
- **Autonomia:** Implica na liberdade para participar das decisões relacionadas à saúde. Liberdade para procurar, receber e transmitir informações, e o direito à participação nas decisões que afetam sua saúde;
- **Comunicação:** Implica na capacidade do profissional de saúde de se comunicar eficazmente com os pacientes. Um paciente que não tem a informação médica adequada, não pode tomar decisões autônomas sobre sua saúde;
- **Confidencialidade:** Implica que os pacientes devam ter um controle substancial sobre como suas informações de saúde são compartilhadas com outros;
- **Pronto atendimento:** Implica na capacidade de resposta do serviço de saúde em tempo hábil, de modo a evitar potencial ansiedade e transtorno criados por atrasos na recepção de atenção ou cuidado. A acessibilidade nesse sentido tem quatro dimensões: a não discriminação, a acessibilidade física, acessibilidade econômica e as informações de como obter acessibilidade.
- **Qualidade de serviços básicos:** Implica em obter um padrão adequado de vida para si mesmo e sua família, mas também inclui qualidade dos serviços de saúde, bens e serviços.
- **Acesso às redes de apoio social:** Implica na obtenção de suporte familiar e da comunidade. Aplica-se somente a pacientes hospitalizados.
- **Escolha de prestadores de serviços:** Implica em o indivíduo poder escolher o prestador de serviço. É uma medida para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento.

Com base no referencial exposto até então, pretende-se avaliar o serviço de saúde para o serviço de controle de tuberculose oferecido na rede básica de saúde do município de Vitória. A avaliação de responsividade será realizada pela primeira vez para o programa de controle de tuberculose.

CAPÍTULO 3

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória na visão dos profissionais de saúde.

3.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a responsividade do serviço de saúde no acesso ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória/ES.

Identificar os fatores que causam o atraso ao diagnóstico da tuberculose na visão dos profissionais de saúde no município de Vitória/ES.

CAPÍTULO 4

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, transversal, de avaliação de serviços de saúde

4.2. CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O município de Vitória está localizado na Região Metropolitana da Grande Vitória, capital do Estado do Espírito Santo. O município foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica em janeiro de 1998. A rede ambulatorial atende a 237.415 habitantes, sendo o equivalente a 74,2% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família, para o ano de 2009. O município é dividido em 6 regiões de saúde com a rede ambulatorial distribuída da seguinte forma: 28 unidades de saúde; dessas, 21 são Unidades de saúde da família (USF), 3 Unidades com programa de Agentes comunitários de saúde (PACS) e 4 Unidades tradicionais de saúde (UBS). Conta também com 2 Unidades de pronto Atendimento e 6 centros de referência.

A Prefeitura de Vitória disponibiliza um fluxo de atendimento ao sintomático respiratório para as Unidades Sanitárias, oferecendo uma logística de coleta de amostras diariamente. Essas são encaminhadas para o laboratório central da prefeitura e o resultado é disponibilizado em 24 horas através de um portal online do próprio laboratório, ao qual todos os postos de coleta nas Unidades Sanitárias têm acesso. Além da baciloscopia realizada pela identificação do bacilo álcool ácido resistente (BAAR), também é realizada a cultura para micobactérias para todas as amostras de escarro. Além disso, se o resultado for positivo, passa-se fax para a Unidade de Saúde e para a Vigilância Epidemiológica.

A PMV disponibiliza para todas as Unidades Sanitárias, potes para coleta de escarro, formulários de pedido de baciloscopia, e de encaminhamento para radiografia de tórax. As radiografias são realizadas em clínicas conveniadas com a prefeitura. Cada Unidade Sanitária possui um posto de coleta de espécimes clínicos, alguns com geladeira. A estrutura física das UBS/USF não permite coleta de amostras de baciloscopia na Unidade Sanitária, portanto, são fornecidos ao paciente potes para coleta de escarro. Orienta-se que a coleta domiciliar deve ser feita pela manhã em ambiente arejado e sua entrega, imediata, ao posto de coleta para posterior encaminhamento ao Laboratório da Prefeitura.

Nas USF/UBS, o sintomático respiratório pode ser identificado por detecção passiva na triagem e acolhimento da demanda espontânea, ou identificado através da busca ativa durante as visitas domiciliares dos Agentes comunitários de saúde (em USF e PACS). Após avaliação inicial e estabelecimento de prioridade, o paciente é encaminhado para consulta médica ou de enfermagem que, se necessário, solicita duas amostras de baciloscopia de escarro e o encaminha para a realização de radiografia de tórax. Os casos suspeitos ou confirmados com tuberculose são encaminhados para o Programa de Controle de Tuberculose (PCT) para investigação, fornecimento de medicação e acompanhamento do caso e dos contatos. A USF/UBS trabalha em parceria com o PCT na realização de busca ativa de sintomáticos respiratórios e fornecimento de dose supervisionada.

No Pronto atendimento a triagem é realizada através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester onde o paciente, ao realizar o cadastramento na recepção, é encaminhado para o gabinete de triagem, é submetido a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sinais e sintomas que permitem atribuir uma cor que corresponde a um grau de prioridade clínica no atendimento, e a um tempo de espera recomendado até a primeira observação médica (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 1997). Quando identificado um sintomático respiratório lhe é oferecida uma máscara cirúrgica enquanto aguarda atendimento. Os casos suspeitos de TB que não necessitem de internação são encaminhados para atendimento ambulatorial no PCT. Os casos que necessitam internação são alocados em enfermaria com isolamento respiratório, e é realizada a baciloscopia de escarro e radiografia de tórax, imediatamente.

O Programa de Controle de Tuberculose está centralizado em 2 Unidades ambulatoriais de referência (PCT A e PCT B). Essas unidades são de nível de atenção primária, e as equipes são formadas por médico clínico (não especialistas em pneumologia ou infectologia), enfermeira, técnico de enfermagem e uma delas possui, também, assistente social. O PCT A está equipado com sistema de filtro HEPA (high efficiency particulate air). O PCT B possui uma estrutura menos equipada, mas a estrutura física possui local arejado e sem comunicação com o interior da Unidade Sanitária. Nenhum dos dois possui sala de radiologia. Os atendimentos podem ocorrer por livre demanda ou encaminhamento das Unidades de saúde. Na admissão do paciente, são solicitadas duas amostras de escarro e faz-se seu encaminhamento a para realização de radiografia e teste tuberculínico, de acordo com as Normas do Programa Nacional de Tuberculose (BRASIL, 2010). O controle desses pacientes é feito através do livro de Sintomáticos Respiratórios.

O PCT C (referência estadual ambulatorial e hospitalar) também é utilizado como referência para o PCT com suporte para casos que exigem maior complexidade e também atende livre demanda. Possui pneumologista, infectologista, psicólogo e assistente social. Oferece serviços de radiologia, aplicação de teste tuberculínico e coleta de baciloscopia de escarro, e serviços de maior complexidade como escarro induzido, biópsia, broncoscopia e tomografia computadorizada.

4.3. POPULAÇÃO

A população entrevistada foi constituída de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, lotados nas Unidades Sanitárias do Município de Vitória.

4.4. AMOSTRA

Foram entrevistados profissionais que atuam na rede básica de saúde do município de Vitória, nas seguintes categorias: 61 médicos, 45 enfermeiros e 70 técnicos/auxiliares de enfermagem. Esses profissionais foram entrevistados nas

Unidades de Saúde sorteadas dentro de 3 categorias de tipos de serviços pré – estabelecidos:

- USF: Unidade de saúde que atua no território delimitado, com uma população adscrita, desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizada com base no diagnóstico situacional e de risco, tendo como foco a família e a comunidade. Composta por uma equipe multiprofissional mínima: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, dentre outros.

- UBS: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente, e prestada por médico generalista ou especialista na área de atuação. Podendo ou não oferecer serviço de atendimento domiciliar e/ou Pronto atendimento 24 Horas.

- Ambulatório de Especialidades: Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades incluindo, ou não, as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo, ou não, oferecer: serviço de atendimento domiciliar e Pronto atendimento 24 Horas.

Num primeiro momento, foram levantados os serviços de saúde da rede básica e, em seguida, distribuídos dentro de cada uma das três unidades sanitárias, de acordo com as definições acima apresentadas. Posteriormente, foi levantado o quadro de recursos humanos fornecido pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória para médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos lotados no município e, em seguida, fez-se a distribuição do percentual dos mesmos em cada categoria sanitária.

Tabela 1- Distribuição dos Profissionais de Saúde de acordo com a Unidade Sanitária e Categoria Profissional.

Tipos de serviços	Médicos		Enfermeiros		Aux/ Técnico		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS	78		18		106		202	
USF	125		87		253		465	
PA	141		27		175		343	
PCT	-		-		-		-	
TOTAL	344		132		534		1010	

Para o cálculo do tamanho da amostra (n) usou-se a amostragem estratificada proporcional (BOLFARINE & BUSSAB, 2005), considerando:

$W_h = \frac{N_h}{N}$, W_h : proporção do estrato h, N_h : número de indivíduos no estrato h, N : número de indivíduos da população em estudo:

$$n = \frac{1}{D} \sum_{h=1}^H W_h \sigma_h^2 = \frac{\sigma_d^2}{D}$$

$$D = \frac{B^2}{Z_\alpha^2} \quad \text{onde} \quad B = Z_\alpha \sqrt{\sum_{h=1}^H W_h \frac{\sigma_h^2}{n_h}}$$

Pôde-se determinar n, de modo que: $P(|\bar{y}_{es} - \mu| \leq B) \cong 1 - \alpha$, onde: σ_h^2 : variância do estrato h, $n_h = n \cdot w_h$ em particular $w_h = W_h = \frac{N_h}{N}$, σ_d^2 : variância dos estratos, \bar{y}_{es} : média amostral dos estratos, μ : média da população.

Assumindo $B = 0,2$ e $Z_\alpha = 1,96$ ($\alpha=5\%$, nível de significância para teste bicaudal). Temos

$$D = \frac{B^2}{Z_\alpha^2} = \frac{(0,2)^2}{(1,96)^2} = 0,0104 \quad e$$

$$n = \frac{\sigma_d^2}{D} \cong \frac{S_d^2}{D}$$

onde S_d^2 variância amostral dos estratos, considerada um estimador de σ_d^2

e considerando $S_{UBS} = S_{PA} = S_{USF} = 1,2$ (desvio-padrão amostral e os dados da tabela 1, obtém-se para a variância amostral dos estratos:

$$S_d^2 = \sum W_h S_k^2 = \left(\frac{202}{1010.1,44} \right) + \left(\frac{465}{1010.1,44} \right) + \left(\frac{343}{1010.1,44} \right)$$

$$S_d^2 = 1,44$$

Assim, encontra-se: $n = \frac{\sigma_d^2}{D} \cong \frac{S_d^2}{D} = \frac{1,44}{0,0104} = 138,5 \sim 139$ *profissionais*.

Considerando 20% de possíveis perdas com questionários incompletos e recusas, a amostra final foi calculada para 153 profissionais. Em seguida foi calculada a proporção por categoria profissional, que foi dividida pelo total de profissionais contabilizados no município. Os profissionais do PCT não foram incluídos na amostragem. Optou-se por entrevistar a todos para obtenção de uma amostra mais homogênea.

Desse modo, a amostra final foi constituída de 56 profissionais em UBS, 57 em USF, 49 em PA e 15 em PCT. Assim, obteve-se 35% de médicos, 25% de enfermeiros e 40% de auxiliares/técnicos de enfermagem.

Dentro de cada categoria sanitária (UBS, USF e PA) foram enumerados os serviços de saúde, e realizado um sorteio casual e simples. Nos serviços de saúde sorteados de cada categoria sanitária foi realizado um contato prévio com o coordenador da unidade e agendado um dia para a entrevista. Foram entrevistados todos os profissionais disponíveis no local, e agendadas outras Unidades pela ordem do sorteio até atingir o número calculado para cada profissional.

4.5. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados foi elaborado a partir da adaptação dos componentes do “Primary Care Assessment Tool” (PCAT) formulado por Starfield (2004), que foi adaptado e validado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Neto (2009).

A intenção do questionário é tentar saber do entrevistado qual sua responsabilidade e comprometimento com o serviço, e sua percepção e prioridade em relação aos fatores ligados à saúde e à doença, bem como, a avaliação do profissional quanto sua formação, informações sobre sinais e sintomas da doença, informações sobre o diagnóstico da TB e informações sobre a organização do serviço em que trabalha.

O questionário consistia de 44 questões (ANEXO 1) e foi elaborado tendo como base o referencial teórico da Atenção Primária à Saúde, elencando as dimensões envolvidas – porta de entrada; acesso; vínculo; elenco de serviço; coordenação; orientação na comunidade e enfoque na família (STARFIELD, 2004).

O instrumento conta essencialmente com 3 grandes blocos:

1) **Informações Gerais:** iniciais, sexo, formação profissional (médico, enfermeiro e auxiliar/ técnico em enfermagem), função/cargo que exerce na Unidade de Saúde, tempo de serviço na rede básica do município, se o profissional tem outros empregos, se está satisfeito com a sua remuneração, e como é trabalhar no serviço de saúde em questão;

2) **Porta de Entrada:** questões que visam identificar o primeiro contato que o usuário tem com o serviço de saúde. Esse bloco é constituído por questões que tentam abordar a opinião do profissional em relação ao conhecimento que possuem, dos locais que o usuário do serviço de saúde procura quando tem algum problema, a frequência da procura por esses locais, a utilização de terapias alternativas, o que os leva a procurarem o serviço de saúde quando se sentem doentes, e a qualidade do atendimento prestado na recepção e no acolhimento;

3) **Acesso ao Diagnóstico:** questões que resgatam vários aspectos que podem influenciar no acesso ao diagnóstico da TB, mas tentando, de certa forma, não dirigir as questões voltadas especificamente para a doença, uma vez que alguns serviços podem não atender com frequência, ou nunca ter atendido um caso de TB. Mesmo frente a esses casos, um dos objetivos é saber como esses serviços estão estruturados.

O entrevistado respondeu cada pergunta seguindo uma escala de possibilidades pré-estabelecida, produzida a partir de uma escala intervalar do tipo Likert, com as seguintes opções de resposta: 1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4=quase sempre; 5= sempre. Para captar todas as possibilidades de respostas, foram incluídas as categorias “não sabe” e “não se aplica”, atribuindo-se valor 0 (zero). Foi, portanto, solicitado aos sujeitos que assinalassem com que frequência eles identificavam, em sua atuação, ações preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose sendo, através desse elenco de respostas, que o entrevistado deveria avaliar atitudes positivas e/ou negativas em relação à temática.

4.6. VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis do questionário, utilizadas para compor os indicadores de acessibilidade estão apresentadas no Quadro 1. Nos artigos do capítulo 2 encontram-se as variáveis utilizadas para a confecção dos artigos.

Quadro 1 – Variáveis em estudo

Fatores	Dimensão	Variáveis	
Profissionais	Demográfico	Sexo Formação Profissional Acesso à informações sobre TB	
	Formação	Médicos: Atualização clínica para TB Médicos: Atualização de exames diagnósticos para TB Médicos: Segurança em realizar diagnóstico da TB Enfermagem: Treinamento sobre TB Enfermagem: Segurança em identificar usuário suspeito de TB Número de anos que trabalha na função Frequência que o serviço recebe usuários com suspeita de TB Frequência de falta de conhecimento sobre a TB pelos profissionais de saúde	
	Experiência	Dificuldade dos profissionais de saúde de falar sobre a TB Dificuldade dos profissionais de saúde em convencer o paciente a colher escarro Dificuldade para preencher os impressos de pedido de exames	
	Satisfação	Satisfação com a remuneração Satisfação com o local de trabalho Sobrecarga de trabalho Investigação de sinais e sintomas	
	Atitudes	Abordagem do profissional sobre problemas sociais Solicitação de exames na presença de tosse, febre ou perda de peso Capacidade de identificação de usuários com suspeita de TB Solicitação de exame de escarro Realização de referência e contra-referência Primeiro local que o usuário procura quando apresenta um problema de saúde	
	Usuários	Crenças, Percepções, Riscos, Estímulos	Frequência da procura do usuário por tratamentos alternativos Motivo da procura ao serviço de saúde: incentivo de familiares/amigos Motivo da procura ao serviço de saúde: gravidade dos sintomas Motivo da procura ao serviço de saúde: amizade com os profissionais de saúde Motivo da procura ao serviço de saúde: confiança nos profissionais de saúde
		Disponibilidade	Horário de funcionamento para o atendimento do usuário Tempo de atendimento para cada usuário Disponibilidade de profissionais para atender a demanda Pote para coleta de escarro disponível Geladeira para acondicionamento de material biológico disponível Formulário de pedido para baciloscopia de escarro disponível Sala de raio X disponível Qualidade do local de coleta do escarro
		Acessibilidade	Frequência da procura do usuário ao serviço mais próximo ao domicílio Dificuldade de deslocamento do usuário até o serviço de saúde Utilização de transporte motorizado para deslocamento até o serviço de saúde
		Serviço de saúde	Acolhimento
	Capacidade de compra		Gasto com transporte para deslocamento até o serviço de saúde Perda do turno de trabalho para atendimento no serviço de saúde
Aceitabilidade	Rotatividade de recursos humanos Reconhecimento dos profissionais de saúde pelos usuários		

4.7. PLANO DE ANÁLISE

Os dados foram compilados no Programa Microsoft Excel 2003. As análises foram realizadas no Programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - versão 17.0, e os grupos analisados de acordo com as Unidades Sanitárias e Categorias profissionais. Considerou-se em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade ($p < 0,05$). Para a análise das variáveis, foi realizado teste chi-quadrado. Uma melhor explicação da análise dos resultados encontra-se em cada artigo.

4.8. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram realizados contatos prévios com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) para o levantamento dos Serviços de saúde e dos profissionais da rede. Foi solicitada a aprovação do trabalho pela SEMUS e a autorização para entrar em contato com os profissionais de cada serviço. De posse dessa aprovação, as unidades foram enumeradas e sorteadas. Foi realizado contato telefônico com os diretores de cada Serviço de saúde, e agendado uma data para a realização das entrevistas. Participaram da coleta dos dados 3 alunos de graduação que receberam treinamento prévio pelo pesquisador principal.

O período de coleta de dados foi de agosto a novembro de 2009. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho do profissional, numa sala fechada. As entrevistas duraram em média 30 minutos. Foi garantido o sigilo das informações pessoais, e ficou acordado que os resultados alcançados seriam expostos posteriormente.

4.9. ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos, em acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foi enviada ao Comitê de Ética do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo e obteve aprovação no dia 18/05/09. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

foi obtido de todos os profissionais sujeitos deste estudo, anteriormente à aplicação do questionário.

CAPÍTULO 5

ARTIGO 1

A RESPONSABILIDADE DO SERVIÇO NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

The health system responsiveness in access to tuberculosis diagnosis: the experience of health professionals

Título corrido: A responsividade no acesso ao diagnóstico da tuberculose

Autores:

Juliana Lopes Fávero

Paula Corrêa da Silva

Tereza Cristina Scatena Villa

Ethel Leonor Noia Maciel

Correspondência:

Ethel Leonor Noia Maciel

Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória-ES

emaciel@ndi.ufes.br

Resumo:

A responsividade é a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às expectativas da população nos aspectos não médicos do cuidado. Objetivo: avaliar a responsividade do serviço de saúde no acesso ao diagnóstico da tuberculose. Estudo de corte transversal. Foram entrevistados 61 médicos, 45 enfermeiros e 70 técnicos/auxiliares de enfermagem que atuam em Unidade de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento e Programa de Controle de Tuberculose, em Vitória/ES, no período de agosto a novembro de 2009. Foi realizado teste chi-quadrado. O horário de funcionamento do serviço foi considerado bom para a maioria dos profissionais (89%), mas na USF 72% ($p=0.001$) consideram o horário ruim. 42% relatam ser freqüente o usuário perder turno de trabalho para ser atendido, sendo isto mais freqüente no PA (43%, $p=0.001$). 43% dos profissionais da UBS não observam dificuldades no deslocamento do usuário até o serviço de saúde, mas na USF 45% às vezes há esta dificuldade ($p=0.001$). Na UBS e USF 89% é pouco freqüente a utilização de transporte motorizado para deslocamento até o serviço de saúde, sendo freqüente para o PA e PCT (70%, $p=0.001$). 44% avaliam como ruim o local para a coleta de escarro ($p=0.001$). Na UBS/USF, frequentemente (90%) os usuários procuram o serviço mais próximo do domicílio, já para os profissionais de PA e PCT, ocorre às vezes (77%, $p=0.001$). O serviço de saúde responde parcialmente às expectativas da população, sendo insumos para o atendimento e recursos humanos as principais barreiras no acesso ao diagnóstico da tuberculose.

Palavras-chave: Acesso, diagnóstico, responsividade, tuberculose

Abstract:

Responsiveness is the responsiveness of health systems to the population expectations in non-medical aspects of care. Objective: To evaluate the responsiveness of health services access to tuberculosis diagnosis. Cross-sectional study. We interviewed 61 doctors, 45 nurses and 70 nurse technicians working in the Family Health Unit (FHU), Basic Health Unit (BHU), Emergency Health Care (EHC) and Tuberculosis Control Program (TCP), Vitoria/ES, from August to November 2009. Was performed chi-square test. The hours of operation of the service was considered good for most professionals (89%), but at the FHU 72% ($p = 0.001$) considered the bad times. 42% report being frequent users lose the shift to be serviced, which is more frequent in EHC (43%, $p = 0.001$). 43% of BHU practitioners do not respect the user's difficulties in shifting to the health service, but at the FHU 45% sometimes there is this difficulty ($p = 0.001$). FHU at BHU and 89% are infrequent use of motorized transport for travel to the health service, being common to the EHC and TCP (70%, $p = 0.001$). 44% evaluate how bad the place for sputum collection ($p = 0.001$). At FHU/BHU, often (90%) users seeking the service closer to home, as for the professionals of EHC and TCP, there is sometimes (77%, $p = 0.001$). The health service responds in part to expectations of the population and supplies for the care and human resources major barriers in access to diagnosis of tuberculosis.

Keywords: Access, diagnosis, responsiveness, Tuberculosis

Introdução

O objetivo de qualquer sistema de saúde é produzir ações de saúde mas, dependendo da estrutura, modo de organização e financiamento, o sistema pode produzir mais prejuízos do que bem-estar (WHO, 2000). A história do controle da tuberculose é um exemplo de que a desestruturação de ações do sistema de saúde afeta diretamente o controle da doença e coloca em risco o bem estar da população (RUFFINO-NETTO, 1999). Desse modo, assegurar o acesso da população aos serviços essenciais de saúde é premissa máxima garantida pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988).

Pensando em medir a resposta do sistema de saúde às necessidades da população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2000 (WHO, 2000) inseriu o termo “responsividade” para avaliar os serviços de saúde nos aspectos não terapêuticos do cuidado, como uma alternativa às pesquisas de satisfação (VAITSMAN & ANDRADE, 2005). Esse conceito é proveniente do campo de pesquisa das ciências sociais e de ética médica (autonomia, beneficência, justiça) (GOSTIN, 2003), e está relacionado à capacidade de resposta dos sistemas de saúde às expectativas legítimas das populações a respeito de como são tratados, e reconhecida como parte importante do desempenho desses sistemas. (WHO, 2005)

Ao avaliar a responsividade, consideram-se dois elementos. O primeiro acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde. Esse objetivo procura reportar o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde. O segundo é medir a percepção das pessoas sobre o que acontece. Com isso, procura-se analisar como as pessoas servidas pelo sistema de saúde percebem “o que acontece” e a avaliação do que elas percebem. A estratégia de medir a responsividade dos sistemas de saúde dá maior ênfase ao primeiro desses objetivos, foco também deste estudo. Pretende-se apreender o que acontece quando o usuário interage com o sistema, através de entrevistas com usuários e profissionais do sistema de saúde (ANDRADE, VAITSMAN & FARIAS, 2010).

O conceito geral de responsividade pode ser decomposto em dois elementos: um é amplamente subjetivo e está relacionado ao respeito e bem-estar das pessoas

(Respeito pelas pessoas), e outro, mais objetivo, relacionado a como um sistema atende os pacientes e suas famílias (Orientação ao cliente). Subdividindo, essas duas categorias levam a sete elementos distintos, ou domínios da responsividade. O respeito pelas pessoas possui três sub-elementos: dignidade, autonomia e confidencialidade. A orientação ao cliente tem quatro sub-elementos: pronto atendimento, qualidade de serviços básicos, acesso aos apoios sociais para os indivíduos internados, e escolha de prestadores de saúde. (WHO, 2003)

A responsividade do serviço nunca foi abordada para os usuários suspeitos de tuberculose. Particularmente, sob esse aspecto, a história natural da tuberculose considera o acesso ao diagnóstico, não apenas a procura do usuário pelo sistema de saúde, mas também a busca do sistema por esse usuário, que seria a busca ao sintomático respiratório.

Nesse sentido, faz-se necessária uma avaliação do acesso do usuário com o olhar do serviço de saúde, pois medindo um aspecto importante da atenção primária como o acesso, torna-se possível o estabelecimento de metas para obtê-lo. Desse modo, neste estudo pretendeu-se utilizar a metodologia de avaliação de serviços de saúde para avaliar a responsividade do serviço de saúde no acesso ao diagnóstico da tuberculose no município de Vitória/ES.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de avaliação de responsividade dos serviços de saúde no elemento “Orientação ao cliente”, nos três sub-elementos: pronto atendimento, qualidade de serviços básicos e escolha de prestadores de saúde o sub-elemento apoio social não foi abordado devido à pesquisa ser ambulatorial. (WHO, 2000)

O Padrão ouro para avaliações de responsividade são os usuários do serviço de saúde, mas as informações adquiridas pelos provedores desse serviço são importantes para sua avaliação (WHO, 2003). Neste estudo foram selecionados profissionais de saúde para avaliarem o serviço devido à escassez de trabalhos que abordam esses atores. No Brasil, além de prestadores de serviços, os profissionais

de saúde são também consumidores e vivem diariamente a rotina dos usuários que procuram por atendimento à saúde (BRASIL, 1988).

Desse modo, foram entrevistados os profissionais que atuam na rede básica de saúde do município de Vitória/ES, no período de agosto a novembro de 2009, nas seguintes categorias profissionais: 61 médicos, 45 enfermeiros e 70 técnicos/auxiliares de enfermagem. Esses profissionais foram entrevistados em quatro Unidades Sanitárias: Unidade de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde com, e sem, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Pronto Atendimento e Programa de Controle de Tuberculose.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n) usou-se a amostragem estratificada proporcional para estimar proporções (SIQUEIRA, SAKURAI, SOUZA,, 2001). A fórmula para obtenção do tamanho amostral total é dada a seguir

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L [N_h^2 P_h (1 - P_h) / w_h]}{N_h^2 d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L [N_h P_h (1 - P_h)]}$$

Considerando: $w_h = \frac{N_h}{N}$, onde w_h é a proporção do estrato h, N_h é o número de indivíduos no estrato h; N é o número de indivíduos da população em estudo, P_h é a proporção de indivíduos no estrato h que possui a característica de interesse, e

$$d = \frac{B^2}{Z_{\alpha}^2} \quad \text{onde} \quad B = Z_{\alpha} \sqrt{\sum_{h=1}^L w_h \frac{P_h (1 - P_h)}{n_h}}$$

Assumindo $B = 0,2$ e $Z_{\alpha} = 1,96$ ($\alpha=5\%$, nível de significância para teste bicaudal), e considerando 20% de possíveis perdas com questionários incompletos e recusas, a amostra final foi constituída de 56 profissionais em UBS, 57 em USF, 49 em PA e 15 em PCT. Portanto, obteve-se 35% de médicos, 25% de enfermeiros e 40% de auxiliares/técnicos de enfermagem.

Dentro de cada categoria sanitária (UBS, USF e PA) foram enumerados os serviços de saúde e realizado um sorteio casual e simples. A esses serviços sorteados de

cada categoria sanitária foi realizado um contato prévio com o coordenador da unidade e agendada uma data para a entrevista. Foram entrevistados todos os profissionais disponíveis no local naquele dia, e agendadas outras Unidades pela ordem do sorteio até atingir o número calculado para cada profissional. Devido ao reduzido número de profissionais no PCT, optou-se por entrevistar todos.

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento desenvolvido Villa e Ruffino-Netto (2009) para avaliar a atenção à tuberculose. O questionário utilizou a escala intervalar do tipo Likert, com as seguintes opções de resposta: 1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4=quase sempre; 5= sempre. Os dados foram compilados no Programa Microsoft Excel 2003. As análises foram realizadas no Programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - versão 17.0 e foi realizado teste chi-quadrado. Os grupos foram analisados de acordo com as Unidades Sanitárias (USF, UBS, PA e PCT). As opções de resposta “sempre” e “quase sempre” foram agrupadas em “freqüente” e as opções “nunca” e “quase nunca” foram agrupadas em “não freqüente”. Para captar todas as possibilidades de respostas, foram incluídas as categorias “não sabe” e “não se aplica”, atribuindo-se valor 0 (zero). Considerou-se em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade ($p < 0,05$). As variáveis utilizadas foram: domínio Pronto atendimento, Escolha de prestadores de saúde e Qualidade de serviços básicos.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos, em acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foi enviada ao Comitê de Ética do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, e obteve aprovação no dia 18/05/09. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os profissionais sujeitos deste estudo, anteriormente à aplicação do questionário.

Resultados

A tabela 1 mostra o domínio “pronto atendimento” no acesso ao paciente suspeito de tuberculose por Unidade Sanitária. Em relação ao horário de funcionamento para atendimento ao usuário, pôde-se observar que a maioria dos profissionais (89% - 158/176) relatou como bom, mas os profissionais da USF foram os que mais

relataram que o horário de atendimento é ruim (72% - 13/18), e esse dado se mostrou significativo. Os dados mostram que é freqüente o usuário perder um turno de trabalho para ser atendido no serviço de saúde (42% - 74/76), e isso é freqüente ainda entre os respondentes do PA (43% - 32/74), também se mostrando significativo. Em relação à dificuldade de deslocamento do usuário até o serviço de saúde, os profissionais da UBS não observam dificuldades (43% - 50/115), já a USF mostra que, às vezes, os pacientes têm dificuldades para chegar ao serviço de saúde (45% - 19/42), esse dado teve significância estatística. Para a utilização de transporte motorizado para deslocamento até o serviço de saúde, os profissionais da UBS e USF relataram pouco frequente (89% - 53/59), já os do PA e PCT falaram ser frequente (70% - 43/61), essa variável se mostrou significativa.

Tabela 1- Visão dos profissionais de saúde sobre o domínio Pronto atendimento no acesso ao paciente suspeito de tuberculose por Unidade Sanitária no município de Vitória/ES, 2009.

Variáveis

Horário de funcionamento para atendimento do usuário

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Ruim	2	13	1	2	18	0.001
Bom	53	44	48	13	158	
Total	55	57	49	15	176	

Espera média por consulta mais que 60 minutos

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Frequente	12	12	14	5	43	0.179
Às vezes	20	27	26	4	77	
Pouco frequente	23	18	9	6	56	
Total	55	57	49	15	176	

Perda do turno de trabalho para atendimento no serviço de saúde

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Frequente	15	21	32	6	74	0.001
Às vezes	27	27	15	4	73	
Pouco frequente	13	9	2	5	29	
Total	55	57	49	15	176	

Dificuldade de deslocamento do usuário até o serviço de saúde

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Pouco frequente	50	32	30	3	115	0.001
Às vezes	4	19	14	5	42	
Frequente	1	6	5	7	19	
Total	55	57	49	15	176	

Utilização de transporte motorizado para deslocamento até o serviço de saúde

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Frequente	12	6	30	13	61	0.001
Às vezes	19	22	13	2	56	
Pouco frequente	24	29	6	0	59	
Total	55	57	49	15	176	

Tempo de atendimento para cada usuário

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Ruim	20	19	18	3	60	0.655
Bom	35	38	31	12	116	
Total	55	57	49	15	176	

Disponibilidade de profissionais para atender a demanda

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Frequente	10	12	11	1	34	0.140
Às vezes	15	18	20	2	55	
Pouco frequente	30	27	18	12	87	
Total	55	57	49	15	176	

A tabela 2 mostra a visão dos profissionais de saúde no domínio “Qualidade de serviços básicos por Unidade Sanitária”. Em relação à disponibilidade de potes de coleta de escarro, formulário de baciloscopia de escarro e geladeira para acondicionamento de material biológico, mais de 14% (24,24,27/176, respectivamente) não sabem o que o serviço de saúde oferece para o atendimento do suspeito de tuberculose. Em relação à sala de Radiografia, pode-se observar que esse serviço se concentra em PA e PCT (100% - 55/55). A qualidade do local para a coleta de escarro foi avaliada como “ruim” por 44% (78/176) dos respondentes e 30% (54/176) relataram não haver local para a coleta. Apenas 9% (17/176) falaram que o local é bom, sendo a maioria do PA (10/17). As variáveis, geladeira para acondicionamento de material biológico, sala de radiologia disponível e qualidade do local de coleta de escarro tiveram $p < 0.0001$.

Na tabela 3 temos a visão dos profissionais de saúde no domínio Escolha dos prestadores de serviços por unidade sanitária. Pode-se observar que os profissionais responderam de acordo com o local de trabalho, pois 87% (48/55) dos profissionais lotados em UBS e 82% (47/57) em USF responderam que o primeiro local de procura do usuário é a UBS/USF, já 75% (37/49) dos profissionais lotados em PA, responderam PA. Para os profissionais das UBS/USF, frequentemente (90% - 99/110) os usuários procuram o serviço mais próximo do domicílio. Já para os profissionais de PA e PCT ocorre, às vezes (77% - 37/48), essas variáveis foram significativas estatisticamente. Em relação ao motivo que leva o usuário a procurar o serviço de saúde, 85% (150/176) dos respondentes relatam que a gravidade dos sintomas é o principal motivo para a procura do usuário, mas observou-se que amizade e confiança com os profissionais de saúde são predominantes para os profissionais lotados em USF (amizade: 11/46, confiança: 39/114) e UBS (amizade: 25/46, confiança: 46/114). As variáveis “amizade” e “confiança” nos profissionais de saúde se mostraram significantes.

Tabela 2 – Visão dos profissionais de saúde sobre o domínio Qualidade de serviços básicos por Unidade Sanitária no município de Vitória/ES, 2009.

Variáveis

Potes para coleta de escarro disponível

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Não sabe	12	8	4	0	24	0.080
Sim	43	49	45	15	152	
Total	55	57	49	15	176	

Formulário para pedido de baciloscopia de escarro disponível

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Não sabe	10	5	10	0	24	0.106
Sim	45	52	39	15	152	
Total	55	57	49	15	176	

Geladeira para acondicionamento de material biológico

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Não sabe	6	7	14	0	27	0.001
Sim	26	29	31	11	97	
Não	23	21	4	4	52	
Total	55	57	49	15	176	

Sala de Radiologia disponível

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Sim	0	0	49	6	55	0.001
Não	55	57	0	9	121	
Total	55	57	49	15	176	

Qualidade do local de coleta do escarro

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
não sabe	9	9	9	0	27	0.001
Ruim	9	28	29	12	78	
Bom	5	2	10	0	17	
Não há local	32	18	1	3	54	
Total	55	57	49	15	176	

Tabela 3 – Visão dos profissionais de saúde sobre o domínio Escolha dos prestadores de serviços por Unidade sanitária no município de Vitória/ES, 2009.

Variáveis

Primeiro local que o usuário procura quando apresenta um problema de saúde

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
PA	6	8	37	8	59	0.001
UBS/USF	48	47	5	4	104	
Outros	1	2	7	3	13	
Total	55	57	49	15	176	

Frequencia da procura do usuário pelo serviço mais próximo do domicílio

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Pouco Frequente	1	1	15	1	18	0.001
às vezes	4	7	27	10	48	
Frequente	50	49	7	4	110	
Total	55	57	49	15	176	

Frequencia da procura do usuário por tratamentos alternativos

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Sim	50	44	40	11	145	0.197
Não	5	13	9	4	31	
Total	55	57	49	15	176	

Motivo da procura ao serviço de saúde: incentivo de familiares/amigos

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Pouco Frequente	10	5	5	3	23	0.678
às vezes	20	23	16	5	64	
Frequente	25	29	28	7	89	
Total	55	57	49	15	176	

Motivo da procura ao serviço de saúde: gravidade dos sintomas

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Pouco Frequente	3	1	3	0	7	0.366
às vezes	7	3	8	1	19	
Frequente	45	53	38	14	150	
Total	55	57	49	15	176	

Motivo da procura ao serviço de saúde: amizade com os profissionais de saúde

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Pouco Frequente	11	18	24	5	58	0.001
às vezes	19	28	21	4	72	
Frequente	25	11	4	6	46	
Total	55	57	49	15	176	

Motivo da procura ao serviço de saúde: confiança nos profissionais de saúde

	UBS	USF	PA	PCT	Total	P
Pouco Frequente	2	3	15	2	22	0.001
às vezes	7	15	15	3	40	
Frequente	46	39	19	10	114	
Total	55	57	49	15	176	

Discussão

Este estudo avaliou a responsividade do serviço de saúde de acordo com a visão e a experiência dos profissionais de saúde lotados nas unidades sanitárias que são avaliadores internos do serviço. A vantagem desses atores é a facilidade na compreensão do processo de trabalho e na interação de todos os envolvidos no processo, mas não se pode deixar de comentar a dificuldade de expressar juízos de valor quando o objeto da avaliação é seu próprio trabalho (FELICIANO, 2005). Outro ponto a ser considerado é que a visão do profissional pode não ser capaz de refletir a opinião do público em geral, por estar limitada, apenas, aos muros do serviço de saúde (HSU et al, 2006).

O horário de funcionamento das unidades sanitárias é determinante para o acesso do usuário ao serviço. O horário comercial estabelecido pelas unidades pode dificultar o atendimento aos trabalhadores (MARCOLINO et al, 2009; RUFFINONETTO, 2000). Os profissionais da USF possuem maior percepção desse detalhe, talvez porque eles estão em maior contato com a comunidade, e sabem quais as verdadeiras dificuldades da população. Esse dado também reflete na frequência com que os usuários perdem o turno de trabalho buscando atendimento, como relatado pelos profissionais da USF. Já os profissionais do PA observaram que frequentemente os usuários perdem o turno de trabalho para serem atendidos, e isso pode estar relacionado à própria natureza do serviço, que atende a uma grande demanda da população, com prioridade para casos agudos, aumentando o tempo de atendimento para casos ambulatoriais, como os sintomáticos respiratórios.

Esperar por uma consulta mais de 60 minutos às vezes ocorre nos serviços de saúde da rede municipal, o que mostra que geralmente o serviço possui agilidade na resposta mas, em alguns momentos, a demanda supera a capacidade do serviço, o que gera essa demora. O tempo de espera no atendimento é um indicador de responsividade e pode estar associado à satisfação do usuário com o serviço. A demanda do serviço também se reflete no tempo de atendimento disponível do profissional para cada usuário, e a disponibilidade de profissionais para atender a demanda, que é um indicador da qualidade do cuidado (PONGSUPAP &

LERBERGHE, 2006). O agravante da espera pela consulta no caso de sintomáticos respiratórios possibilita a disseminação de aerossóis e a transmissão do bacilo enquanto aguarda atendimento (ARAKAWA et al, 2009).

A infraestrutura, insumos e capacidade técnica também são fatores determinantes na responsividade do serviço no atendimento ao suspeito de tuberculose. Para essa doença, os exames diagnósticos são relativamente simples e de baixo custo, e podem facilmente ser integrados aos serviços de saúde (RUFFINO-NETTO, 2000). Deve-se ressaltar que, ainda hoje, nas atividades de controle de TB, são usados na prática clínica, elementos incorporados há 100 anos, como o Derivado Protéico Purificado (PPD do inglês *Purified Protein Derivated*), baciloscopia de escarro e vacina com BCG (LAPA & SILVA, BOECHAT, 2004).

Para assegurar o acesso ao diagnóstico da tuberculose, são necessários mecanismos que garantam a coleta e o fluxo laboratorial do material coletado (potes de coleta de escarro, formulário de pedido de baciloscopia de escarro, geladeira para armazenar material biológico), além da capacidade técnica e o empoderamento das funções pela equipe de saúde (MARCOLINO et al, 2009). O desconhecimento de alguns profissionais sobre os insumos existentes no serviço pode ser uma barreira ao acesso ao diagnóstico e um fator que diminui a responsividade do serviço.

A realização da baciloscopia de escarro é considerada o método prioritário para o diagnóstico da tuberculose (BRASIL, 2010). Mas neste estudo, em poucos locais a infraestrutura foi avaliada como adequada para sua realização. A impossibilidade de oferecer um local adequado para a coleta faz com que o usuário deva se deslocar para outro local que, na maioria das vezes, é em sua própria residência. Nesse caso, alguns fatores devem ser considerados. Em primeiro lugar, não se sabe se esse sintomático respiratório realizará a coleta do exame e retornará com a amostra diagnóstica. Caso realize a coleta, essa não será supervisionada, e o risco de contaminação e invalidação dessa amostra deve ser considerado (MACIEL et al, 2009). Por último, pode-se considerar um aumento no risco de transmissão domiciliar, já que não se tem como controlar se a coleta será realizada em local adequado.

Os achados radiológicos constituem importante ferramenta para triagem, diagnóstico e acompanhamento da tuberculose. Neste estudo, salas de radiologia estão disponíveis, apenas, nos pronto atendimentos e em um dos programas de controle de tuberculose. Isso pode dificultar a realização do diagnóstico, já que os usuários devem se deslocar para a realização do exame. Por outro lado, a ausência do serviço nas UBS e USF seguem a lógica do atendimento em atenção primária, que oferece serviços de baixa complexidade tecnológica (STARFIELD, 2004).

O primeiro local que o usuário procura quando apresenta um problema de saúde pode ser determinado por vários fatores, como empatia, comunicação e atenção ao primeiro contato, mais do que fatores biomédicos e a proximidade geográfica do domicílio (PONGSUPAP & LERBERGHE, 2006). Neste estudo, os profissionais de cada Unidade Sanitária responderam de acordo com o local onde estão lotados. Os profissionais de UBS e USF responderam que o primeiro local procurado foi a Unidade básica, isso pode ser devido à territorialização e adscrição de clientela preconizada pelo SUS (TEIXEIRA, PAIM E VILLASBOAS, 1998). Por outro lado, os profissionais do PA e PCT responderam que o primeiro local procurado é o PA e o PCT. De acordo com Marques e Lima (2007), a agilidade na obtenção da consulta que é conseguida para o mesmo dia da procura, faz com que alguns usuários procurem o pronto atendimento para obter respostas as suas necessidades. Essa procura ocorre independentemente do vínculo com o serviço, e parece ter relação com a resolução da queixa/necessidade.

A gravidade dos sintomas e a confiança nos profissionais de saúde foram destacadas como sendo os motivos de maior frequência para a procura do serviço de saúde. Na visão desses profissionais, sinais e sintomas, e capacidade técnica possuem maior peso que os fatores interpessoais como, incentivo de familiares e amizade com os profissionais de saúde. A busca por profissionais competentes, a confiança na experiência e a capacidade dos membros da equipe influenciam nessa escolha, mas a indicação de familiares, amigos e vizinhos também influencia fortemente nessa decisão. O estabelecimento do vínculo entre o usuário e o serviço, a partir de uma relação de confiança, faz com que esse permaneça usando o serviço, independente da localização geográfica (RAMOS & LIMA, 2003).

O artigo demonstra que a responsividade foi uma ferramenta útil para a avaliação do acesso do usuário ao diagnóstico da Tuberculose, pois retratou a experiência dos respondentes com o serviço de saúde, mas é aconselhável que este tipo de pesquisa seja ampliada para todos os domínios da responsividade e empregada também para os diferentes atores e usuários do sistema de saúde.

De acordo com a população entrevistada, os serviços de saúde avaliados respondem parcialmente às expectativas da população, sendo insumos para o atendimento e recursos humanos as principais barreiras no acesso ao diagnóstico da tuberculose. É aconselhável o investimento em insumos e o aprimoramento dos recursos humanos para melhorar o acesso desse usuário ao diagnóstico da tuberculose.

Referências Bibliográficas

1. ANDRADE, G.R.B; VAITSMAN, J.; FARIAS, L.O. Metodologia de elaboração do índice de responsividade do serviço (IRS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.523-534, mar, 2010. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/10.pdf>. Acesso em 12/01/11.
2. ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde no município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007). **In: Tuberculose: Pesquisas operacionais**. Funpec, 2009. p 48-55.
3. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2010. 186p.
5. FELICIANO, K.V.O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Rev Brás saúde matern infant**. Recife, 5 (Supl 1): S83-S92, dez, 2005.
6. GOSTIN, L. et al. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. **Global Programme on evidence for health policy discussion paper series**. n.53, World Health Organization, 2003. Disponível em: <

http://www.who.int/responsiveness/papers/human_rights.pdf>. Acesso em: 01/12/10.

7. HSU, C. C. et al. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. **BMC Public Health**. 2006; v.17, n:72. doi: 10.1186/1471-2458-6-72.
8. LAPA E SILVA, J.R.; BOECHAT, N. O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar **Jornal Brasileiro de pneumologia**, v.4, n.30, jul./ago., 2004.
9. MACIEL, E.L.N. et al. Associação entre coleta de escarro guiada e taxas de contaminação de culturas para o diagnóstico de TB pulmonar. **J. bras. pneumol.** [serial on the Internet]. 2009 May [cited 2011 Jan 12] ; 35(5): 460-463. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000500012&lng=en. doi: 10.1590/S1806-37132009000500012. (c)
10. MARCOLINO, A.B.L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Rev. bras. epidemiol.** [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Jul 22] ; v.12, n.2, p.144-157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200005&lng=pt. doi: 10.1590/S1415-790X2009000200005.
11. MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [periódico na Internet]. 2007 Fev [citado 2011 Mar 03] ; v.15, n.1, p.13-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692007000100003.
12. PONGSUPAP, Y.; VAN LERBERGHE, W. Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. **Trop Med Int Health**, 2006: v.11, p.81-9.
13. RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 2003 Feb [cited 2011 Jan 12] ; v.19, n.1, p.27-34. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100004.
14. RUFFINO-NETTO, A., SOUZA, A.M.A.F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe epidemiológico do SUS**, v.8, n.4, p.35-51, out-dez, 1999.
15. RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **J. Pneumologia**, São Paulo, v.26, n.4, jul./aug., 2000. doi: 10.1590/S0102-35862000000400001

16. SIQUEIRA, A.L.; SAKURAI, E.; SOUZA, M.C.F.M. de. **Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos**. Salvador: 32ª Reunião regional da ABE, 2001
17. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde: UNESCO, 2004.
18. TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, n.7, p.7-28, 1998.
19. VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. 2005 Sep [cited 2011 Jan 12] ; v.10, n.3, p.599-613. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000300017.
20. VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. bras. pneumol.** [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Ago 16] ; v.35, n.6, p.610-612. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600014&lng=pt. doi: 10.1590/S1806-37132009000600014.
21. WHO. **Key Informant Opinion Survey: Health systems responsiveness survey results: equitable, humane, patient-centred treatment by health systems, or not? Sample report**. Geneva: World Health Organization; November 2003.
22. WHO. **The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study**. Geneva, 2005.
23. WHO. The World Health Report 2000. **Health systems: improving performance**. Geneva, 2000

ARTIGO 2

FATORES DE ATRASO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

Factors delaying the tuberculosis diagnosis in Vitória/ES

Título corrido: Fatores de atraso no diagnóstico da tuberculose

Autores:

Juliana Lopes Fávero

Paula Corrêa da Silva

Tereza Cristina Scatena Villa

Ethel Leonor Noia Maciel

Correspondência:

Ethel Leonor Noia Maciel

Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória-ES

emaciel@ndi.ufes.br

Resumo:

O atraso do diagnóstico de Tuberculose pode ser causado pelo acesso inadequado ao serviço de saúde. Objetivo: identificar fatores que causam atraso ao diagnóstico da tuberculose. Estudo de corte transversal. Foram entrevistados 61 médicos, 45 enfermeiros e 70 técnicos/auxiliares de enfermagem que atuam em Unidade de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento e Programa de Controle de Tuberculose, em Vitória/ES, no período de agosto a novembro de 2009. Foi realizado teste chi-quadrado. Resultados: 76% da amostra foi constituída de mulheres. Com relação à formação, 83% dos médicos possuem residência, 55% dos enfermeiros possuem especialização e 11% dos enfermeiros possuem mestrado. 64% possui até 5 anos de experiência na função, 22% dos profissionais nunca fizeram um treinamento relacionado à TB ($p=0.004$), 79% relatou dificuldade para preencher os impressos de pedidos de exames ($p=0.001$). 65% consideraram bom o tempo de atendimento do profissional para cada usuário ($p=0.052$). 53% dos enfermeiros não solicitam exames com frequência ($p=0.001$). 72% dos médicos abordam problemas sociais com frequência ($p=0.019$). Na USF, 64% realizam busca ativa de sintomáticos com frequência ($p=0.005$). A visita domiciliar para entrega de pote de coleta de escarro (54%, $p=0.016$), e trabalho educativo sobre a TB durante o ano (67%, $p=0.047$) são pouco frequentes. 47% dos profissionais de saúde consideram eles próprios os principais responsáveis pelo atraso ao diagnóstico da tuberculose ($p=0.001$). Concluímos que o serviço de saúde oferece uma estrutura básica para o atendimento, mas os profissionais de saúde têm dificuldade para abordar um paciente com tuberculose.

Palavras-chave: Acesso, diagnóstico, Tuberculose, Atraso no diagnóstico.

Abstract

The TB diagnosis delay can be caused by inadequate access to health services. Objective: To identify factors that cause delay in the tuberculosis diagnosis. Cross-sectional study. We interviewed 61 doctors, 45 nurses and 70 technicians / nursing assistants working in the Family Health Unit (FHU), Basic Health Unit, Emergency Department and Program of Tuberculosis Control, Vitoria / ES, from August to November 2009. Was performed chi-square test. Results: 76% of the sample consisted of women. With regard to training, 83% of physicians have residence, 55% of nurses have expertise and 11% of nurses have master's degree. 64% have up to 5 years experience in function, 22% of professionals have never done a training related to TB ($p = 0.004$), 79% reported difficulty filling in forms for ordering tests ($p = 0.001$). 65% considered good professional service time for each user ($p = 0.052$). 53% of nurses often do not request examinations ($p = 0.001$). 72% of doctors often deal with social problems ($p = 0.019$). At FHU, 64% carry out an active search for symptoms frequently ($p = 0.005$). Home visits to deliver pot of sputum collection (54%, $p = 0.016$), and educational programs about TB during the year (67%, $p = 0.047$) are infrequent. 47% of health professionals consider themselves the main responsible for delayed diagnosis of tuberculosis ($p = 0.001$). We conclude that the health service offers a basic framework for the care, but health professionals have difficulty in approaching a patient with tuberculosis.

Keywords: Access, diagnosis, Tuberculosis, delay in diagnosis.

Introdução

Encontrar casos de tuberculose e prontamente iniciar o tratamento é a estratégia primordial para o controle da doença. O atraso na apresentação desse paciente ao serviço de saúde, o diagnóstico e o início do tratamento aumentam o risco de transmissão, especialmente em regiões aglomeradas como as grandes cidades (LEUNG, LEUNG, TAM, 2007).

O conceito de atraso do diagnóstico de Tuberculose é o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico (SREERAMAREDDY *et al*, 2009). O acesso inadequado ao serviço de saúde pode ser uma das causas desse atraso, e está relacionado ao doente e também à organização dos serviços de saúde (LEUNG, LEUNG, TAM, 2007; SANTOS *et al*, 2005; WANG *et al*, 2007). De acordo com Maciel *et al* (2010), no município de Vitória, a média de atraso do diagnóstico da tuberculose causado pelo usuário foi de 76 dias, o atraso causado pelo serviço de saúde foi de 30 dias, em média.

Para a detecção precoce de casos de tuberculose, é necessário um alto nível de suspeição da tuberculose por parte dos profissionais de saúde. Em estudo realizado por Maciel *et al*, o nível de conhecimento por parte de enfermeiros e médicos mostrou-se bom, mas os autores questionam a resolutividade na demanda do paciente quando ele se apresenta ao serviço de saúde e argumenta que talvez uma das principais dificuldades seja ainda a identificação destes pacientes de forma precoce na comunidade e seu acesso aos serviços de maneira adequada (MACIEL, 2009).

A política de descentralização do diagnóstico e tratamento da tuberculose garante o atendimento do sintomático respiratório em qualquer unidade sanitária (BRASIL, 2010). Como resultado desse direcionamento da política de controle à TB, estudos mostraram que a descentralização do tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose vêm se estabelecendo na prática da Estratégia de Saúde da Família (MARCOLINO *et al*, 2009), mas ainda não apresenta desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico da tuberculose (SCATENA *et al*, 2009).

Outro estudo apontou o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para a Atenção Básica em Saúde e a inadequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos para o manejo da doença no sistema de saúde (MONROE et al, 2008).

Desse modo, neste estudo pretendeu-se identificar fatores que causam atraso ao diagnóstico da tuberculose na visão dos profissionais de saúde no município de Vitória/ES.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal onde foram entrevistados os profissionais de saúde que atuam na rede básica de saúde do município de Vitória/ES, no período de agosto a novembro de 2009, nas seguintes categorias profissionais: 61 médicos, 45 enfermeiros e 70 técnicos/auxiliares de enfermagem. Esses profissionais foram entrevistados em quatro Unidades Sanitárias: Unidade de Saúde da Família (USF), Unidade Básica de Saúde (UBS) com e sem Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Pronto Atendimento (PA) e Programa de Controle de Tuberculose (PCT).

Para o cálculo do tamanho da amostra (n) usou-se a amostragem estratificada proporcional para estimar proporções (SIQUEIRA, SAKURAI, SOUZA, 2001). A fórmula para obtenção do tamanho amostral total é dada a seguir

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L [N_h^2 P_h (1 - P_h) / w_h]}{N_h^2 d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_{h=1}^L [N_h P_h (1 - P_h)]}$$

Considerando: $w_h = \frac{N_h}{N}$, onde w_h é a proporção do estrato h, N_h é o número de indivíduos no estrato h; N é o número de indivíduos da população em estudo, P_h é a proporção de indivíduos no estrato h que possui a característica de interesse, e

$$d = \frac{B^2}{Z_{\alpha}^2} \quad \text{onde} \quad B = Z_{\alpha} \sqrt{\sum_{h=1}^L w_h \frac{P_h (1 - P_h)}{n_h}}$$

Assumindo $B = 0,2$ e $Z_{\alpha} = 1,96$ ($\alpha=5\%$, nível de significância para teste bicaudal), e considerando 20% de possíveis perdas com questionários incompletos e recusas, a amostra final foi constituída de 56 profissionais em UBS, 57 em USF, 49 em PA e 15 em PCT. Portanto, obteve-se 35% de médicos, 25% de enfermeiros e 40% de auxiliares/técnicos de enfermagem.

Dentro de cada categoria sanitária (UBS, USF e PA) foram enumerados os serviços de saúde e realizado um sorteio casual e simples. Nos serviços de saúde sorteados, de cada categoria sanitária, foi realizado um contato prévio com o coordenador da unidade, e agendado um dia para a entrevista. Foram entrevistados todos os profissionais disponíveis no local naquele dia, e agendou-se outras Unidades pela ordem do sorteio até atingir o número calculado para cada profissional. Devido ao reduzido número de profissionais no PCT, optou-se por entrevistar todos.

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento desenvolvido Villa e Ruffino-Netto (2009) para avaliar a atenção à tuberculose. O questionário utiliza a escala intervalar do tipo Likert, com as seguintes opções de resposta: 1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4=quase sempre; 5= sempre. Os dados foram compilados no Programa Microsoft Excel 2003. As análises foram realizadas no Programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - versão 17.0, e foi realizado teste chi-quadrado. Os grupos foram analisados de acordo com Categorias profissionais (Médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem), e de acordo com as unidades sanitárias(UBS, USF e PCT). Para as variáveis da tabela 6 foram excluídos os profissionais lotados em pronto atendimento por não haver serviço de busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade. As opções de resposta “sempre” e “quase sempre” foram agrupadas em “freqüente” e as opções “nunca” e “quase nunca” foram agrupadas em “pouco freqüente”. As opções “muito ruim” e “ruim” foram agrupadas em “ruim” e as questões “muito bom” e “bom” foram agrupadas em “bom”. As questões onde não ocorreu a resposta “regular” deve-se à falta dessa resposta. Para captar todas as possibilidades de respostas, foram incluídas as categorias “não sabe”, atribuindo-se valor 0 (zero). Considerou-se em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade ($p < 0,05$).

Utilizamos as variáveis: Caracterização dos profissionais de saúde, Especialidade médica, Dificuldades no acesso ao diagnóstico relacionado à capacitação dos recursos humanos, Disponibilidade de serviços nas Unidades Sanitárias, Frequência

de atividades de busca ao suspeito de tuberculose na comunidade e Responsabilidade pelo atraso ao diagnóstico da tuberculose.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos, em acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foi enviada ao Comitê de Ética do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, e obteve aprovação no dia 18/05/09. O TCLE foi obtido de todos os profissionais sujeitos deste estudo, anteriormente à aplicação do questionário.

Resultados

A tabela 1 mostra a caracterização dos profissionais de saúde de acordo com a categoria profissional. Setenta e seis por cento (76% - 135/176) da amostra é constituída de mulheres, dos 41 (23% - 41/176) homens entrevistados, 53% (22/41) são médicos. Com relação à formação, 83% (51/61) dos médicos possuem residência, e 11% dos enfermeiros (5/45) possuem mestrado. Com relação ao tempo na função, pôde-se observar que 64% (113/176) possuem até 5 anos de experiência.

A tabela 2 mostra as especialidades médicas encontradas em cada Unidade Sanitária. Pôde-se observar que 50% (32/61) dos profissionais médicos possuem especialidades básicas, como clínica médica (11/61), ginecologia (3/61) e pediatria (18/61). Dos médicos que trabalham na ESF (31% - 19/61), apenas 10% (2/19) possuem especialização em saúde da família. A maioria dos médicos com especialidade em infectologia e pneumologia está no PCT (2/3).

A tabela 3 mostra a opinião desses profissionais em relação às dificuldades no acesso ao diagnóstico da tuberculose quanto à capacitação dos recursos humanos. Quarenta profissionais (22% - 40/176) nunca fizeram um treinamento relacionado à TB. Na categoria de médicos, 91% (56/61) já realizaram treinamento, já os enfermeiros, 28% (13/45) nunca tiveram treinamento sobre TB e essa variável foi significativa. Trinta e um profissionais (17% - 31/176) responderam que a equipe não possui capacidade para identificar usuários com suspeita de TB, sendo 15 (21%-15/70) aux/tec de enfermagem. Catorze profissionais (8% - 14/176) responderam

que não sabiam se a equipe tinha capacidade para identificar suspeitos de TB. Em relação à frequência da falta de conhecimento sobre a TB pelos profissionais de saúde, 71% (125/176) disseram ser frequente a falta de conhecimento. Setenta e nove por cento (79% - 140/176) dos profissionais relataram que frequentemente eles têm dificuldade para preencher os impressos de pedidos de exames sendo que, apenas, 4 (6% - 4/61) médicos falaram não ter essa dificuldade e 11 (15% - 11/70) aux/técnicos de enfermagem não souberam responder se tinham essa dificuldade; essa variável foi significativa.

A tabela 4 mostra a opinião dos profissionais sobre a disponibilidade de serviços nas Unidades Sanitárias. Em relação ao tempo de atendimento do profissional para cada usuário, a maioria (65% - 116/176) dos médicos e aux/técnicos de enfermagem consideraram bom, mas 48% (22/45) dos enfermeiros consideraram como um tempo ruim, e essa variável se mostrou significativa. Noventa e um por cento (56/61) dos médicos solicitam exames na presença de tosse, febre ou perda de peso, enquanto 24 (53% - 24/45) enfermeiros e 60 (85% - 60/70) aux/técnicos de enfermagem falaram que não solicitam exames com frequência. Essa variável mostrou-se significativa. A abordagem sobre problemas sociais foi relatada como frequente por 44 (72% - 44/61) dos médicos enquanto, 16 (22% - 16/70) aux/técnicos de enfermagem disseram ser pouco frequente a abordagem sobre problemas sociais; e essa variável foi significativa.

A tabela 5 mostra a opinião dos profissionais sobre a frequência de atividades de busca ao suspeito de tuberculose na comunidade por categoria profissional e por Unidade Sanitária. Nessa tabela foram retirados os profissionais lotados nos pronto atendimentos por não haver a atividade de busca ativa na comunidade. Em relação à busca ativa de sintomáticos no serviço de saúde, pôde-se observar que 13 (10% - 13/127) dos profissionais não souberam responder, sendo 7 (12% - 7/57) de Unidade de Saúde da Família. Daqueles lotados em UBS, 21 (38% - 21/55) responderam ser pouco freqüente, e 37 (64% - 37/57) da USF responderam como freqüente. Para o PCT, 6 (40% - 6/15) falaram ser freqüente, e 6 (40% - 6/15) ser pouco freqüente; essa variável mostrou diferença significativa. Para as visitas domiciliares para a entrega de pote de coleta de escarro, 54% (69/127) dos profissionais relataram ser pouco frequente, apenas 11 (20% - 11/55) profissionais em UBS, e 10 (17% - 10/57) em USF falaram ser frequente enquanto, nenhum

profissional em PCT, falou ser frequente essa visita. Essa variável mostrou diferença significativa. Sobre a realização de trabalhos educativos sobre a TB durante o ano, a maioria (67% - 86/127) dos profissionais relataram ser pouco frequente, mas 12 (38% - 12/31) dos enfermeiros falaram que, às vezes, são realizados trabalhos educativos durante o ano, essa variável foi significativa.

Na tabela 6 está a opinião dos profissionais de saúde sobre a frequência da responsabilidade pelo atraso ao diagnóstico da tuberculose. Pôde-se observar que em relação ao profissional de saúde, a maioria (47% - 84/176) considerou que, com frequência eles são os responsáveis pelo atraso ao diagnóstico da TB, mas 63% (39/61) dos médicos consideraram como às vezes e 64% (45/70) dos aux/tec de enfermagem consideraram como frequente, e essa variável foi significante.

Discussão

Neste estudo pretendeu-se identificar fatores que causam atraso ao diagnóstico da tuberculose na opinião dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde, por serem avaliadores internos conhecem o processo de trabalho e a interação de todos os fatores envolvidos no processo. A desvantagem é a dificuldade em expressar juízos de valor quando o objeto da avaliação é o seu próprio trabalho (FELICIANO, 2005). Outro ponto a ser considerado é que a visão do profissional pode estar limitada ao seu serviço e não reflete a opinião do público em geral (HSU et al, 2006).

Predominou entre os profissionais pesquisados o gênero feminino (76%). A feminilização da força de trabalho em saúde também é vista em outros estudos (CANESQUI & SPINELLI, 2006). A maioria dos profissionais possui até 5 anos de experiência na função, o que pode favorecer o vínculo e a qualificação da mão de obra. A baixa rotatividade de profissionais observada no estudo pode estar relacionada à forma de contratação do município, que apresenta poucos profissionais com vínculos precários, mas apenas isso não garante a permanência do profissional. Estudos apontam que além da forma de contratação, o perfil do profissional, o salário e a satisfação com a função também são fatores que influenciam na permanência desses no cargo (CAMPOS & MALIK, 2008). A quantidade de profissionais com residência médica (83%), especialização (55%) e

mestrado (11%) está acima da média mostrada em outros trabalhos. Em um estudo realizado em São Paulo, 58,6% dos médicos tinham especialização concluída, sendo que 36,8% tinham residência médica (CAMPOS & MALIK, 2008). Outro estudo realizado no Mato Grosso mostrou que 27% possuíam residência médica, 40% cursos de especialização, e apenas 1,6% possuía mestrado (CANESQUI & SPINELLI, 2006).

A especialização do trabalho médico é fruto da segmentação da prática e da incorporação tecnológica, e seguem uma tendência global. A comunidade mundial tem realizado esforços para reverter esse quadro, inserindo os princípios da Atenção Primária e do médico de família. Os dados deste trabalho mostram essa transição quando expõem que, dos 19 médicos atuantes na ESF, apenas 2 possuem especialização em medicina de família. Para a realidade do SUS, principalmente na Atenção Básica, existe uma carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos. Os profissionais disponíveis ainda estão sendo preparados de uma forma que privilegia a abordagem individual e curativa, onde o acesso do usuário depende do controle burocrático e da soberania do saber médico especializado (CAMPOS E BELISÁRIO, 2001).

O sucesso da investigação diagnóstica depende da segurança da equipe na abordagem do paciente em suas demandas de saúde. A formação profissional, os treinamentos e a experiência da equipe influenciam na abordagem dos profissionais sobre a TB. Um estudo realizado com os profissionais da ESF, no município de Vitória mostrou que os enfermeiros e médicos possuem conhecimento suficiente para reduzir os índices de tuberculose, apesar de relatarem a necessidade de treinamento e capacitação com relação à TB (MACIEL et al, 2009). A falta de conhecimento sobre a TB relatada pelos profissionais neste estudo nos leva a refletir sobre a percepção do conhecimento e do potencial que ele possui. E essa percepção influencia os outros processos de investigação diagnóstica, como dificuldade em falar sobre a TB, em convencer o paciente a colher escarro e a preencher os impressos de pedidos de exames. O que se leva a pensar que pode estar faltando à equipe autonomia e responsabilização nas demandas do usuário sintomático respiratório (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999; ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

Tem-se que considerar também as diferenças de respostas entre os profissionais de saúde. No que tange ao treinamento relacionado à TB, a maioria das respostas da categoria médica é positiva, em detrimento da categoria da enfermagem. Pode-se supor que a prática ainda existente do modelo curativo e médico-centrado, traz uma falsa impressão de que a responsabilidade pelo conhecimento e pela investigação diagnóstica do sintomático respiratório está centralizada no médico, e não em uma equipe multiprofissional (TAVARES, MENDONÇA E ROCHA, 2009), sub-utilizando a força de trabalho (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999). Isso é ratificado pelo fato de que quase todos os auxiliares e técnicos de enfermagem, frequentemente têm dificuldade com os impressos. Monroe et al (2008) demonstrou que a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde foram as principais barreiras encontradas no acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento.

A disponibilidade dos serviços nas Unidades Sanitárias também é fator que pode influenciar no acesso ao diagnóstico da tuberculose. O estudo de Franco, Bueno e Mehry (1999) mostrou que a disponibilidade de profissionais para atender à demanda, afeta diretamente o acesso ao serviço de saúde. Nesse estudo pode-se observar que o profissional enfermeiro é sub-utilizado em seu potencial para a assistência, já que categoriza como “ruim” o tempo de atendimento destinado para cada usuário. O mesmo ocorre para a solicitação de exames na presença de sintomas como tosse, febre ou perda de peso.

Ampliar a oferta de baciloscopia de escarro para as equipes da atenção básica em UBS, ESF e PACS foi uma das estratégias propostas por Ruffino-Netto (2001) para promover o acesso ao diagnóstico e cumprir as metas de controle da TB. Neste estudo pôde-se observar que a solicitação da baciloscopia de escarro é realizado com frequência pela equipe de saúde, indicando que houve a descentralização desse serviço. A investigação de sinais e sintomas e a realização de referência e contrarreferência também foram avaliadas como frequentes na rotina do serviço de saúde. A abordagem do profissional sobre problemas sociais foi considerada diferente, esse achado pode estar relacionado ao tempo que o profissional dedica ao paciente. Em dois estudos realizados na Tailândia (PONGSUPAG & LERBERGHE, 2006), as consultas foram mais demoradas àqueles profissionais que conversavam

mais com os pacientes, mas o tempo não influenciou na investigação de sinais e sintomas.

As ações de promoção de saúde na comunidade como educação em saúde para entrega de pote de coleta de escarro, orientação sobre a TB, trabalhos educativos e participação de membros da comunidade para discutir sobre a TB ainda são insipientes. A falta de direcionamento a ações na comunidade também foi observado em Feira de Santana/BA (ASSIS et al, 2009). A realização de atividades na comunidade é uma forma de realizar, na prática, a promoção da saúde por meio de ações educativas, preventivas e de mobilização social, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários, caracterizando uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas (PEDROSA, 2004). A diferença em relação aos trabalhos educativos na comunidade observada entre as categorias profissionais pode estar relacionada ao maior envolvimento dos profissionais não médicos nas ações coletivas enquanto os profissionais médicos realizam atendimento individual, como já foi abordado anteriormente (FRANCO; BUENO E MEHRY, 1999).

A opinião dos profissionais sobre de quem é a responsabilidade nas causas do atraso ao diagnóstico da tuberculose mostra que eles responsabilizam a si mesmos e o serviço de saúde na demora para a realização do diagnóstico da tuberculose. Ruffino Netto (2000) argumenta que os serviços de saúde possuem baixa suspeição para a tuberculose, baseados em um mito de que a TB é uma doença do passado, por isso pouco investigada. Em estudo realizado em Vitória/ES, Maciel et al (2010) conclui que existe a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para aumentar a busca de casos e reduzir a transmissão da TB na comunidade.

Concluiu-se que o serviço de saúde oferece uma estrutura básica para o atendimento na Unidade sanitária, mas a atuação do sistema de saúde na comunidade é incipiente. Os profissionais de saúde conhecem pouco a estrutura, os processos e os serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Os dados indicam que os profissionais possuem dificuldade para abordar um paciente com tuberculose, mas reconhecem suas fragilidades e sua responsabilidade pela demora no diagnóstico da tuberculose.

Referências Bibliográficas

1. ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface** (Botucatu) [serial on the Internet]. 2001 Aug [cited 2011 Mar 03] ; v.5, n.9, p.150-153. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200012&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832001000200012.
2. ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. 2003 [cited 2011 Jan 14] ; v.8, n.3, p.815-823. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232003000300016
3. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
4. BRASIL. Ministério da saúde. **Plano nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose**. Brasília, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2010. 186p.
6. CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0034-76122008000200007.
7. CAMPOS, F.E.; BELISARIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface** (Botucatu) [serial on the Internet]. 2001 Aug [cited 2011 Mar 03] ; v.5, n.9, p.133-142. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200009&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832001000200009.
8. CANESQUI A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 2006 Sep [cited 2011 Mar 03] ; v.22, n.9, p.1881-1892. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900019&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900019.
9. DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

10. DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Soc Sci Med**, n.23, p.721-35, 1986.
11. FELICIANO, K.V.O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Rev Brás saúde matern infant**. Recife, 5 (Supl 1): S83-S92, dez, 2005.
12. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 1999 Apr [cited 2011 Mar 03] ; v.15, n.2, p.345-353. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019.
13. HSU, C. C. et al. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. **BMC Public Health**. 2006; v.17, n:72. doi: 10.1186/1471-2458-6-72.
14. LEUNG, E.C.C.; LEUNG, C.C.; TAM, C.M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Med J**. v.13, n.13, June 2007.
15. MACIEL, E.L.N. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, 2010 v.14, n.11, p.1403-10.
16. MACIEL, E.L.N. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009. [periódico na Internet]. [citado 2010 Jul 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800012&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232009000800012. (a)
17. MARCOLINO, A.B.L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Rev. bras. epidemiol.** [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Jul 22] ; v.12, n.2, p.144-157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200005&lng=pt. doi: 10.1590/S1415-790X2009000200005.
18. MONROE, A.A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP** [periódico na Internet]. 2008 Jun [citado 2010 Jul 22] ; v.42, n.2, p.262-267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342008000200008.
19. PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. 2004 Sep [cited 2011 Mar 03] ; v.9, n.3, p.617-626. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300014&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232004000300014.
20. PONGSUPAP, Y.; VAN LERBERGHE, W. Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and

- prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. **Trop Med Int Health**, 2006: v.11, p.81-9.
21. RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **J. Pneumologia**, São Paulo, v.26, n.4, jul./aug., 2000. doi: 10.1590/S0102-35862000000400001
22. 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
23. SCATENA, L.M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.3, n. 43, p.389-397, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300001&lng=pt. Epub 10-Abr-2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000022. Acesso em: 23/10/10.
24. SIQUEIRA, A.L.; SAKURAI, E.; SOUZA, M.C.F.M. de. **Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos**. Salvador: 32ª Reunião regional da ABE, 2001
25. SREERAMAREDDY, C.T. et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases** 2009, v.9, n.91. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/9/91>
26. TAVARES M.F.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ROCHA, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.25, p.1054-1062, mai, 2009.
27. MUNIZ, J.N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, 2005; v.10, n.2, p.315-321.
28. VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. bras. pneumol.** [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Ago 16]; v.35, n.6, p.610-612. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600014&lng=pt. doi: 10.1590/S1806-37132009000600014.
29. WANG, W.; JING, Q.; ABDULLAH, A.S.M.; XU, B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **European Journal of Public Health**, v.17, n.5, p.419-423, 2007.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde, Vitória/ES, 2009.

Variáveis		médico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	Total
SEXO	Feminino	39	38	58	135
	Masculino	22	7	12	41
FORMAÇÃO	Nenhum	9	15	68	92
	Pós Graduação	0	25	2	27
	Residencia Médica	51	0	0	51
	Mestrado	1	5	0	6
TEMPO NA FUNÇÃO (MESES)	< 12	5	10	0	15
	12 – 60	32	27	54	113
	61 – 120	9	7	7	23
	121 - 240	9	0	4	13
	241 - 359	4	0	3	7
	360+	2	1	2	5
TOTAL		61	45	70	176

Tabela 2 – Especialidade médica por Unidade sanitária, Vitória/ES, 2009.

Variáveis	UBS	USF	PA	PCT	TOTAL
Cirurgia Geral	0	0	2	0	2
Clínica Médica	4	4	3	0	11
Ginecologista	2	1	0	0	3
Infectologista	0	0	1	2	3
Médico da Família	0	2	1	0	3
Pediatra	8	5	3	2	18
Pneumologista	0	0	0	1	1
Sanitarista	0	0	0	1	1
Sem Residencia	1	5	3	0	9
Outros	3	2	4	1	10

Tabela 3 - Dificuldades no acesso ao diagnóstico relacionado à capacitação dos recursos humanos na opinião dos profissionais de saúde, Vitória/ES, 2009.

Variáveis					
Treinamento relacionado à TB					
	medico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	total	p
menos de 2 anos	37	24	25	86	0.004
2 a 5 anos	19	8	23	50	
não fez	5	13	22	40	
Frequencia de falta de conhecimento sobre a TB pelos profissionais de saúde					
	medico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	total	p
não sabe	1	0	1	2	0.952
Não frequente	3	3	5	11	
às vezes	15	10	13	38	
Frequente	42	32	51	125	
Dificuldade dos profissionais de saúde em convencer o paciente a colher escarro					
	medico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	total	p
não sabe	2	3	9	14	0.095
Não frequente	4	1	7	12	
às vezes	9	13	15	37	
Frequente	46	28	39	113	
Dificuldade para preencher os impressos de pedidos de exames					
	medico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	total	p
não sabe	0	3	11	14	0.001
Não frequente	4	0	0	4	
às vezes	10	7	1	18	
Frequente	47	35	58	140	
Dificuldade dos profissionais de saúde de falar sobre a TB com o paciente					
	medico	enfermeiro	Aux/tec enfermagem	total	p
não sabe	3	3	2	8	0.083
Não frequente	4	3	6	13	
às vezes	5	10	21	36	
Frequente	49	29	41	119	
Total	61	45	70	176	

Tabela 4 – Opinião dos profissionais sobre a disponibilidade de serviços nas Unidades Sanitárias, Vitória/ES, 2009.

Variáveis	medico	enfermeiro	Aux/tec enfermagem	Total	p
Tempo de atendimento do profissional para cada usuário					
Ruim	18	22	20	60	0.052
Bom	43	23	50	116	
Disponibilidade de profissionais para atender a demanda					
Pouco frequente	13	9	12	34	0.856
Às vezes	21	14	20	55	
Frequente	27	22	38	87	
Solicitação de exames na presença de tosse, febre ou perda de peso					
Pouco freqüente	3	24	60	87	0.001
às vezes	2	4	0	6	
Frequente	56	17	10	83	
Solicitação de exame de escarro pela equipe					
Não sabe	2	1	4	7	0.37
Pouco freqüente	3	0	2	5	
às vezes	4	0	3	7	
Frequente	52	44	61	157	
Realização de referência e contra-referência					
Pouco frequente	3	3	1	7	0.325
Frequente	58	41	69	168	
Investigação de sinais e sintomas					
Pouco frequente	0	1	4	5	0.199
às vezes	2	4	6	12	
Frequente	59	40	60	159	
Abordagem do profissional sobre problemas sociais					
Pouco frequente	5	3	16	24	0.019
às vezes	12	11	20	43	
Frequente	44	31	34	109	
Qualidade do atendimento da recepção					
Ruim	5	4	5	14	0.154
Regular	25	18	16	59	
Bom	31	23	49	103	
Qualidade do atendimento da enfermagem					
Regular	13	8	11	32	0.707
Bom	48	37	59	144	
Total	61	45	70	176	

Tabela 5 – Opinião dos profissionais sobre a freqüência de atividades de busca ao suspeito de tuberculose na comunidade por categoria profissional e por Unidade sanitária, Vitória/ES, 2009.

	MEDICO	ENFERMEIRO	AUX/TEC	TOTAL	p
ENFERMAGEM					
Busca ativa de sintomáticos respiratórios no serviço de saúde					
Não sabe	4	4	5	13	0.298
pouco	15	7	9	31	
frequente					
às vezes	7	3	4	14	
Frequente	18	17	34	69	
Visitas domiciliares para entrega de pote de coleta de escarro					
Não sabe	8	4	11	23	0.664
pouco	26	16	27	69	
frequente					
às vezes	4	6	4	14	
Frequente	6	5	10	21	
Educação em saúde na comunidade para entrega de pote de coleta de escarro					
Não sabe	9	4	10	23	0.106
pouco	29	18	39	86	
frequente					
às vezes	5	7	1	13	
Frequente	1	2	2	5	
Orientações relacionadas à TB na comunidade					
Não sabe	6	2	4	12	0.109
pouco	26	11	30	67	
frequente					
às vezes	10	12	10	32	
Frequente	2	6	8	16	
Trabalhos educativos sobre a TB durante o ano					
Não sabe	5	1	4	10	0.047
pouco	28	10	29	67	
frequente					
às vezes	6	12	10	28	
Frequente	5	8	9	22	
Participação de membros da comunidade para discutir sobre a TB					
Não sabe	6	3	7	16	0.907
pouco	34	26	38	98	
frequente					
às vezes	1	0	2	3	
Frequente	3	2	5	10	
Total	44	31	52	127	

Tabela 6 – Frequência da responsabilidade pelo atraso ao diagnóstico da tuberculose na opinião dos profissionais de saúde, Vitória/ES, 2009.

Variáveis					
Frequencia em que o doente é responsável pelo atraso					
	Medico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	total	P
Pouco frequente	37	23	46	106	0.554
às vezes	21	18	19	58	
Frequente	3	4	5	12	
Frequencia em que o Profissional de saúde é responsável pelo atraso					
	Medico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	Total	P
Pouco frequente	5	4	2	11	0.001
às vezes	39	19	23	81	
Frequente	17	22	45	84	
Frequencia em que o Serviço de saúde é responsável pelo atraso					
	medico	enfermeiro	aux/tec enfermagem	total	P
Pouco frequente	14	11	11	36	0.092
às vezes	31	20	25	76	
Frequente	16	14	34	64	
Total	61	45	70	176	

CAPÍTULO 6

6 CONCLUSÃO

Neste estudo avaliamos o acesso ao diagnóstico da tuberculose na visão dos profissionais de saúde do município de Vitória/ES. Foi utilizada a metodologia de avaliação de serviços de saúde para a elucidação dos fatores que causam o atraso na realização do diagnóstico da tuberculose e na responsividade dos serviços.

A responsividade foi abordada pela primeira vez para o Programa de Controle de Tuberculose em um município que promoveu a descentralização das atividades de controle de tuberculose para a atenção básica de saúde. A vivência dos profissionais de saúde pôde mostrar os processos do sistema que apresentam entraves na resposta do serviço às demandas da comunidade. A avaliação de responsividade foi uma ferramenta útil para a avaliação do acesso do usuário ao diagnóstico da Tuberculose, pois retratou a experiência dos respondentes com o serviço de saúde, mas é aconselhável que esse tipo de pesquisa seja ampliada para todos os domínios da responsividade e empregada também para os diferentes atores e usuários do sistema de saúde.

Sendo a responsividade as expectativas legitimadas da população nos aspectos não médicos do cuidado, observamos que no domínio Pronto Atendimento, a maioria das respostas foi favorável ao acesso geográfico, atendimento e tempo de espera. No domínio Qualidade de Serviços Básicos, observamos que a falta de disponibilidade de espaço adequado para coleta de escarro e de infraestrutura como geladeira e sala de radiografia, além da falta de conhecimento de alguns profissionais sobre a disponibilidade de insumos para o atendimento ao suspeito de tuberculose, pode ser um obstáculo para a realização do diagnóstico da tuberculose. No domínio Escolha dos Prestadores de Serviços pudemos observar que os profissionais responderam de acordo com a Unidade sanitária onde trabalham, mostrando que a população opta pelo serviço mais próximo de seu domicílio, possui maior vínculo com os profissionais da USF e UBS, mas ainda há uma parcela da população que procura o primeiro atendimento no PA e PCT.

A população foi constituída em sua maioria por mulheres. Os profissionais possuem formação e tempo de serviço satisfatórios. Em relação à capacitação em recursos humanos, os profissionais de enfermagem necessitam de treinamento em TB, e possuem dificuldade na abordagem a um paciente com TB. Com relação à disponibilidade de serviços nas Unidades Sanitárias, há profissionais disponíveis para atender a população em suas demandas de saúde. Para a realização das atividades voltadas para a comunidade, todos os serviços se mostraram pouco frequentes. As unidades sanitárias com Estratégia de Saúde da Família foi a que mostrou maior frequência na realização dessas atividades quando comparada às outras unidades. Na opinião dos profissionais, são eles próprios os maiores responsáveis pelo atraso ao diagnóstico da tuberculose, seguidos da organização do serviço de saúde.

De acordo com a população entrevistada, os serviços de saúde avaliados respondem parcialmente às expectativas da população, sendo os insumos para o atendimento e os recursos humanos, as principais barreiras no acesso ao diagnóstico da tuberculose.

É necessário reforçar a presença do sistema de saúde na comunidade por meio de visitas domiciliares, educação em saúde e incentivo à abertura de canais de comunicação nas questões relacionadas à tuberculose. É aconselhável o investimento em insumos e o aprimoramento dos recursos humanos, no intuito de criar estratégias para a responsabilização dos profissionais de saúde para melhorar o acesso do usuário ao diagnóstico da tuberculose.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, N.P.; MARANHÃO, A.M.S.A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.8, n.4, maio-dez, 1995.
2. ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res** , n. 9: p.208-20, 1974.
3. AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 199p.
4. AMERICAN THORACIC SOCIETY. Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 161, p. 1376–1395, 2000. Disponível em: www.atsjournals.org.
5. ANDRADE, G.R.B; VAITSMAN, J.; FARIAS, L.O. Metodologia de elaboração do índice de responsividade do serviço (IRS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.523-534, mar, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/10.pdf>. Acesso em 12/01/11.
6. AYÉ, R. et al. Patient's site of first access to health system influences length of delay for tuberculosis treatment in Tajikistan. **BMC Health Services Research**, 2010, v.10, n.10. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/10>
7. BASNET, R. et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health** 2009, v.9, n.236. Disponível em : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/236>.
8. BASTOS, L.G.V. et al. Prevalence of pulmonary tuberculosis among respiratory symptomatic subjects in an outpatient primary health unit. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.2, n.11, p.156–160, 2007.
9. BERTOLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
10. BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de amostragem**. Blucher; 2005. 290 pág.
11. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
12. _____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
13. _____. Ministério da saúde. **Plano nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose**. Brasília, 2001.

14. _____. Ministério da Saúde. **Quantidade Aprovada de Baciloscopia Direta para Pesquisa de BAAR para Controle de Tratamento** (Proc.1111103). Brasil - Período: 2000-2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/baciloscopia.pdf>. Acesso em 16 de agosto de 2010.
15. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
16. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Série Pactos pela saúde. Política nacional de atenção básica**. v.4. Brasília, 2005(b).
17. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2010. 186p.
18. CAVALCANTE, M.G.S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de saúde da família em município de uma região metropolitana do Nordeste brasileiro. **Rev. Brás. Saúde. Matern. Infant**, 2006. Recife, v.6, n.4, p.437-445, out./dez., 2006.
19. CHANDRASHEKHAR, T.S. et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious diseases**, 2009, v.9, n.91. Disponível em: www.biomedcentral.com/1471-2334/9/91.
20. CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a intitucionalização da avaliação. **Cienc e saúde coletiva**. V.11, n.3, p.705-711, 2006.
21. COSTA, G.D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.705-726, 2008.
22. DARBY, C. et al. **Strategy on measuring responsiveness**. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper Series, 23).
23. DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.
24. _____. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank quarterly**, 2005, v.83, n.4, 2005, p.691-729. Reprinted from the Milbank Memorial fund quarterly, v.44, n.3, PT. 2, 1966.
25. _____. The quality of care. How can be assessed? **JAMA**, v.260, n.12, Sept 23/30, 1988.
26. _____. The quality of medical care. **SCIENCE**, v.200, 26 may 1978.
27. DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Soc Sci Med**, n.23, p.721-35, 1986.

28. FARAH, M.G. et al. Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. **BMC Infectious Diseases** 2006, v.6, n.33. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/33>
29. FELICIANO, K.V.O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Rev Bras saúde matern infant**. Recife, 5 (Supl 1): S83-S92, dez, 2005.
30. FIGUEIREDO, T.M.R.M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública** [periódico na Internet]. 2009 Out [citado 2010 Ago 16] ; v.43, n.5, p.825-831. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500011&lng=pt. Epub 18-Set-2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000054.
31. GOLUB, J.E. et al. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. **Int J Tuberc Lung Dis**. 2006;10(1):24-30.
32. GOSTIN, L. et al. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. **Global Programme on evidence for health policy discussion paper series**. n.53, World Health Organization, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/responsiveness/papers/human_rights.pdf>. Acesso em: 01/12/10.
33. HARTZ, Z.M.A. (org). **Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131p.
34. _____. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Cienc e saúde coletiva**, v.4, n.2, p.341-353, 1999.
35. LANGE, C.; MORI, T. Advances in the diagnosis of tuberculosis. **Respirology**, n.15, p.220-240, 2010. doi: 10.1111/j.1440-1843.2009.01692.
36. LAPA E SILVA, J.R.; BOECHAT, N. O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar **Jornal Brasileiro de pneumologia**, v.4, n.30, jul./ago., 2004.
37. LÖNNROTH, K et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. **The Lancet**, 2010, v.375, Issue 9728, may, p.1814 - 1829. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60483-7
38. MACIEL, E.L.N. et al. Associação entre coleta de escarro guiada e taxas de contaminação de culturas para o diagnóstico de TB pulmonar. **J. bras. pneumol**. [serial on the Internet]. 2009 May [cited 2011 Jan 12] ; 35(5): 460-463. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000500012&lng=en. doi: 10.1590/S1806-37132009000500012. (c)
39. MACIEL, E.L.N. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, 2010 v.14, n.11, p.1403-10.

40. MACIEL, E.L.N. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009. [periódico na Internet]. [citado 2010 Jul 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800012&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232009000800012. (a)
41. MACIEL, E.L.N. et al. Tuberculose em profissionais de saúde: um novo olhar sobre um antigo problema. **J Bras Pneumol**. 2009;35(1):83-90 (b)
42. MANCHESTER TRIAGE GROUP (1997). **Emergency triage**. Plymouth, UK: BMJ Publishing Group.
43. MARCOLINO, A.B.L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Rev. bras. epidemiol.** [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Jul 22] ; v.12, n.2, p.144-157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200005&lng=pt. doi: 10.1590/S1415-790X2009000200005.
44. MEINTJES, G. et al. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross-sectional study. **BMC Infectious Diseases** 2008, v.8, n.72. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/8/72>.
45. MESFIN, M.M. et al. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. **BMC Public Health** 2009, v.9, n.53. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/53>.
46. MINAYO, M.C.S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev saúde publ**. 1991. São Paulo, v.25, n.3, p.233-8.
47. MONROE, A.A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP** [periódico na Internet]. 2008 Jun [citado 2010 Jul 22] ; v.42, n.2, p.262-267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342008000200008.
48. PAVÃO, A.L.B.; COELI, C.M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.3, n.16, p. 471-482, 2008.
49. PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept os Access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med care**, n.19, p.127-40, 1891.
50. REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas. **Cad saúde publ**. Rio de Janeiro, v.1, n. 6, p. 50-61, jan./mar., 1990.
51. ROSENSTOCK, I.M. "Why people use health services", **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v.3, n. 44, p. 94–127, 1966.

52. RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **J. Pneumologia**, São Paulo, v.26, n.4, jul./aug., 2000. doi: 10.1590/S0102-35862000000400001
53. _____. Programa de controle da tuberculose no Brasil: Situação atual e novas perspectivas. **Informe epidemiológico do SUS**, v.10, n.3, p.129-138, jul./set., 2001.
54. _____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Bras Med Trop**. 35(1):51-58, jan-fev, 2002.
55. RUFFINO-NETTO, A., SOUZA, A.M.A.F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe epidemiológico do SUS**, v.8, n.4, p.35-51, out-dez, 1999.
56. SAW, S. et al. Public and/or private health care: Tuberculosis patients' perspectives in Myanmar. **Health Research Policy and Systems**, 2009, v.7, n.19. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/7/1/19>.
57. SCATENA, L.M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.3, n. 43, p.389-397, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300001&lng=pt. Epub 10-Abr-2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000022. Acesso em: 23/10/10.
58. SCHNEIDER, D. et al. Reasons for Delay in Seeking Care for Tuberculosis, Republic of Armenia, 2006–2007. **Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases**. V. 2010, Article ID 412624. doi:10.1155/2010/412624
59. SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Cad saúde publica**. 1994, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar., p.80-91.
60. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J Bras Pneumol**. V.10, n., p.1018-1048, 2009.
61. SREERAMAREDDY, C.T. et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases**, 2009, v.9, n.91. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/9/91>
62. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde: UNESCO, 2004.
63. STORLA, D.G.; YIMER, S.; BJUNE, G.A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**, 2008, v.8, n.15. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/15>
64. TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de saúde do adolescente. Um modo de fazer**. 1ª ed. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2004. 77p.

65. TAVARES M.F.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ROCHA, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.25, p.1054-1062, mai, 2009.
66. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.
67. UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad saúde publica**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1561-1569, nov./dez., 2002.
68. UYS, P.M.; WARREN, P.W.; VAN HELDEN, P.D. A Threshold Value for the Time Delay to TB Diagnosis. **PLoS ONE**, 2007. v. 2, n.8. doi:10.1371/journal.pone.0000757
69. VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. 2005 Sep [cited 2011 Jan 12] ; v.10, n.3, p.599-613. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000300017.
70. VERONESI, R.; FOCACIA. **Tratado de infectologia**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
71. VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Cienc e saúde coletiva**, v.9, n.3, p. 711-724, 2004.
72. VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. bras. pneumol.** [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Ago 16] ; v.35, n.6, p.610-612. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600014&lng=pt. doi: 10.1590/S1806-37132009000600014.
73. VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. (org). **Tuberculose. Pesquisas Operacionais**. Prefácio. 1. ed. São Paulo: FUNPEC, 2009. 230p.
74. VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, n. 36, p. 398-402, 1986. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1960528/pdf/jroyalcgprac00153-0008.pdf>. Acesso em: 19 de julho de 2010.
75. WHO. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma Ata**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
76. _____. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, WHO/TB/98. 1998. 237p.
77. _____. **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report**. Switzerland: World Health Organization; 2009.

- 78.____. **Key Informant Opinion Survey: Health systems responsiveness survey results: equitable, humane, patient-centred treatment by health systems, or not? Sample report.** Geneva: World Health Organization; November 2003.
- 79.____. **Respiratory care in primary care services – a survey in 9 countries.** Geneva: World Health Organization, 2004.
- 80.____. **The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study.** Geneva, 2005.
- 81.____. **The World Health Report 2000. Health systems: improving performance.** Geneva, 2000.
- 82.____. **Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes.** Geneva: World Health Organization, 2003
- 83.____. **Tuberculosis: Practical guide for clinicians, nurses, laboratory technicians and medical auxiliaries.** Fifth edition revised. Paris: World Health Organization; 2010.

ANEXO I.

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

II. Profissionais De Saúde

Número do questionário: _____ Município: _____ Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____ Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____	Nome da Unidade de Saúde que o profissional trabalha: 1. Tipo de Unidade de Saúde que o profissional trabalha 2. Unidade Básica de Saúde (UBS) com Agente Comunitário de Saúde 1 <input type="checkbox"/> 1-sim <input type="checkbox"/> 2-não 3. Unidade de Saúde da Família (USF) 2 <input type="checkbox"/> 4. Pronto atendimento (PA) 3 <input type="checkbox"/> 5. Programa de Controle de Tuberculose (PCT) 4 <input type="checkbox"/>
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____ Recusa da entrevista 1- <input type="checkbox"/> S 2- <input type="checkbox"/> N Justifique	

A. INFORMAÇÕES GERAIS.	
6. Iniciais do Profissional: _____	2. Sexo 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino
7. Formação Profissional	1 <input type="checkbox"/> Médico Especialidade: _____ 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Enfermagem
8. Função/ cargo que exerce na Unidade de Saúde: _____	
9. Número de anos que trabalha na função na rede básica do município: ____ anos	
10. O (a) Sr. (a) julga sua remuneração:	5- <input type="checkbox"/> muito boa 4- <input type="checkbox"/> boa 3- <input type="checkbox"/> regular 2- <input type="checkbox"/> ruim 1- <input type="checkbox"/> muito ruim
11. Para o (a) Sr.(a) como é trabalhar neste local/ Unidade de saúde?	5- <input type="checkbox"/> muito bom 4- <input type="checkbox"/> bom 3- <input type="checkbox"/> regular 2- <input type="checkbox"/> ruim 1- <input type="checkbox"/> muito ruim

B. PORTA DE ENTRADA		
12.	Em sua opinião, qual o primeiro local que o usuário procura quando apresenta algum problema de saúde?	1- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento (PA) 2- <input type="checkbox"/> UBS/USF 3- <input type="checkbox"/> Hospital 4- <input type="checkbox"/> farmácia 5- <input type="checkbox"/> Locais religiosos/casa de curandeiros (benzedeiros) 7- <input type="checkbox"/> outros. Especificar: _____
13.	Com que frequência o usuário procura o serviço de saúde mais próximo (posto de saúde ou PSF) de sua casa quando apresenta algum problema de saúde?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
14.	Com que frequência os usuários que são atendidos no serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha procuram por terapias alternativas como rezas, chás e outras?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.	O motivo que leva o usuário a procurar por um serviço de saúde quando começa a sentir-se doente é:	
15.a.	Incentivo dos familiares/ Amigos	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.b.	Gravidade dos sintomas	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.c.	Amizade com os profissionais de saúde	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.d.	Confiança nos profissionais de saúde	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.e.	Outros _____	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
16.	Como o (a) Sr.(a) considera a qualidade do atendimento prestado aos usuários neste serviço de saúde em relação à:	
16.a.	Recepção (secretária, escriturária)	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim 2- <input type="checkbox"/> Ruim 3- <input type="checkbox"/> Regular 4- <input type="checkbox"/> Bom 5- <input type="checkbox"/> Muito bom
16.b.	Acolhimento (enfermagem)	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim 2- <input type="checkbox"/> Ruim 3- <input type="checkbox"/> Regular 4- <input type="checkbox"/> Bom 5- <input type="checkbox"/> Muito bom

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO		
17.	Com que frequência os usuários tem dificuldade para se deslocarem até o serviço de saúde que o (a) Sr.(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
18.	Com que frequência os usuários deste utilizam transporte motorizado? (ônibus, carro, moto, etc)	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
19.	Com que frequência os usuários tem que pagar pelo transporte para se deslocar até o serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
20.	Com que frequência os usuários perdem turno de trabalho para serem atendidos no serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
21.	Como considera horário de funcionamento do serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha para o atendimento do usuário?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim 2- <input type="checkbox"/> Ruim 3- <input type="checkbox"/> Regular 4- <input type="checkbox"/> Bom 5- <input type="checkbox"/> Muito bom
22.	Como considera o tempo que o (a) Sr.(a) destina para atender cada usuário?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim 2- <input type="checkbox"/> Ruim 3- <input type="checkbox"/> Regular 4- <input type="checkbox"/> Bom 5- <input type="checkbox"/> Muito bom
23.	Com que frequência o serviço de saúde que o (a) Sr.(a) trabalha apresenta rotatividade de recursos humanos?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
24.	Os usuários deste serviço de saúde conhecem os profissionais que atuam aqui?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
25.	Há disponibilidade de profissionais de saúde suficiente (médicos, equipe de enfermagem) neste serviço para atender os usuários que o procura?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
26.	Quando os usuários procuram por consulta médica neste serviço demoram mais de 60 minutos para serem atendidos?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
27.	Com que frequência, durante os atendimentos que o(a) Sr(a) realiza, suas perguntas são pautadas em sinais e sintomas?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
28.	Com que frequência durante os atendimentos o (a) Sr(a) conversa com os usuários sobre outros problemas de saúde?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
29.	Quando o usuário chega ao serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha com tosse, febre e perda de peso, qual a conduta adotada pelo(a) Sr.(a)?	

D. Acesso ao diagnóstico da TB		
30.	Com que frequência o serviço de saúde em que trabalha recebe usuários com suspeita de TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
31.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem:	
31. a.	pote para coleta de escarro disponível?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
31. b.	geladeira para acondicionamento de material biológico?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
31. c.	formulário de pedido para baciloscopia de escarro?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
31. d.	sala de RX?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
32.	O (a) Sr.(a) solicita algum exame quando o usuário chega ao serviço de saúde apresentando tosse, febre ou perda de peso?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
33.	Em sua opinião, os profissionais do serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha estão preparados para identificar usuários com suspeita de TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
34.	Quando o usuário suspeito de TB precisa de um exame de escarro este serviço solicita?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
35.	Quando o usuário é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais de onde o (a) Sr.(a) trabalha fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica/ não encaminha
36.	Em sua opinião, com que frequência observa as seguintes dificuldades em relação à TB, no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	
36.a.	Falta de conhecimento sobre a doença pelos profissionais de saúde	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica
36.b.	Dificuldade dos profissionais de saúde de falar sobre a TB com o paciente	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica
36.c.	Convencer o paciente a colher escarro	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica
36.d.	Dificuldade para preencher os impressos (pedido de exame)	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica
36.e.	Sobrecarga de trabalho	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica
37.	Em sua opinião, o local destinado para coleta de escarro neste serviço é:	1- <input type="checkbox"/> muito ruim 2- <input type="checkbox"/> ruim 3- <input type="checkbox"/> regular 4- <input type="checkbox"/> bom 5- <input type="checkbox"/> muito bom 99- <input type="checkbox"/> não se aplica
38.	Em sua opinião, com que frequência os fatores que levam ao atraso no diagnóstico da tuberculose estão relacionados ao:	
38.a.	Próprio doente	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
	Por quê? _____	
38.b.	Profissional de saúde	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
	Por quê? _____	
38.c.	Organização do serviço de saúde	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
	Por quê? _____	
39.	Com que frequência o(a) Sr.(a) tem acesso à informações sobre TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre Especificar (livros, manuais, internet...) _____ Como o Sr.(a) se atualiza? _____

SÓ PARA MÉDICOS		
40.	Quando foi a sua última forma de atualização específica para:	
40. a.	Atualização clínica da TB?	1- <input type="checkbox"/> no último ano - <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 3- <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos 4- <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais 5- <input type="checkbox"/> não fez

	40. b.	Atualização em relação aos exames para diagnóstico da TB (Rx, baciloscopia, cultura, etc)?	1- <input type="checkbox"/> no último ano 2- <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 3- <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos 4- <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais 5- <input type="checkbox"/> não fez
41.		O (a) Sr.(a) se sente confiante em realizar o diagnóstico da TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não
SÓ PARA ENFERMEIROS E AUXILIARES/ TÉCNICOS EM ENFERMAGEM			
42.		Quando foi seu último treinamento relacionado à TB?	1- <input type="checkbox"/> no último ano 2- <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 3- <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos 4- <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais 5- <input type="checkbox"/> não fez
43.	As ações a seguir são realizadas pela equipe de enfermagem do serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha:		
	43. a.	Busca ativa de sintomáticos respiratórios (BASR) (procura de caso suspeito) no serviço de saúde:	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	43. b.	Visitas domiciliares na sua área de abrangência para a entrega de pote para coleta de escarro	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	43. c.	Educação em saúde desenvolvida em igrejas, associações de bairro e outras para a entrega de pote de escarro	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	43. d.	Orientações relacionadas a TB na comunidade	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	43. e.	Trabalhos educativos sobre TB no serviço de saúde em que trabalha durante o ano	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	43. f.	Participação de membros da comunidade para discutir sobre a TB no serviço de saúde em que trabalha	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica 0- <input type="checkbox"/> não sabe
44.		O(a) Sr.(a) se sente confiante para identificar um usuário suspeito de TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não

ANEXO II.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

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

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 40 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

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

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

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

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

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

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

Vitória, ____, de _____ de 2008

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente
Profª Drª Ethel Leonor Noia Maciel

.....
CONTATO: Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal campos, 1468, Maruipe.
Vitória-ES. Telefone (0XX27) 3335-7210 *e.mail:emaciel@ndi.ufes.br*

ANEXO III.

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 19 de Maio de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Ethel Leonor Noia Maciel
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar Projeto de Pesquisa, **Nº de registro no CEP – 154/08**, intitulado: **“Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 29 de Abril de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES