

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



DISSERTAÇÃO

**FATORES ASSOCIADOS À DEMORA DO DOENTE DE TUBERCULOSE
PULMONAR NA PROCURA POR CUIDADOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PELOTAS**

CAROLINE DE SOUZA KRÖNING

PELOTAS, 2012

CAROLINE DE SOUZA KRÖNING

**FATORES ASSOCIADOS À DEMORA DO DOENTE DE TUBERCULOSE
PULMONAR NA PROCURA POR CUIDADOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PELOTAS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem (área de concentração: Práticas sociais em enfermagem e saúde. Linha de pesquisa: Prática de gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Ciências: área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Roxana Isabel Cardozo Gonzalez
Pelotas, 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

K93f Kroning, Caroline de Souza
Fatores associados à demora do doente de tuberculose pulmonar na procura por cuidados de saúde no município de Pelotas / Caroline de Souza Kroning. - Pelotas, 2012.

148 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012. Orientadora: Roxana Isabel Gonzales.

1. Enfermagem. 2. Tuberculose pulmonar. 3. Demora no atendimento. 4. Cuidados de saúde. I.Título.

CDD: 610.73692

FOLHA DE APROVAÇÃO

Caroline de Souza Kröning

Fatores associados à demora do doente de tuberculose pulmonar na procura por cuidados de saúde no município de Pelotas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales (UFPel)
Presidente

Profª Drª Elaine Thumé Titular(UFPel)
Titular

Prof Dr Raul Andres Mendoza Sassi (FURG)
Titular

Profª Drª Maria Elena Echevaria Guanilo(UFPel)
Suplente

Prof Dr Ricardo Alexandre Arcêncio(USP)
Suplente

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

Jordana Nogueira

Dedicatória

A Deus, pois sem ele, nada seria possível.

Aos meus amados pais Waldemar e Luiza Kröning; pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta caminhada.

Ao meu noivo Rodrigo, por sua compreensão e apoio.

A Profa. Dra. Roxana, pela contribuição, dedicação generosidade, paciência.

A minha amiga e colega Enfermeira Dione Lima Braz que me mostrou a verdadeira definição de companheirismo e amizade.

Agradecimento

Aos membros da banca, Prof^a Dr^a Elaine Thumé, Prof Dr Raul Andres Mendoza Sassi, Prof^a Dr^a Maria Elena Echevaria Guanilo, Prof Dr Ricardo Alexandre Arcêncio por suas considerações e sugestões foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas de pós-graduação pelo companheirismo durante esta caminhada.

Aos membros do GEOTB/Pelotas, em especial a Jenifer Harter pelas contribuições e experiências compartilhadas.

A faculdade de enfermagem e ao programa de Pós-Graduação da UFPel minha tão querida casa a qual me acolhe e que me guia desde o início de minha graduação e que hoje me possibilita mais este avanço em minha caminhada acadêmica.

A professora Roxana pelos ensinamentos e exemplo de dedicação de amor a vida acadêmica.

À Administração, Gerência de Enfermagem, Departamento de Recursos Humanos, ao Banco de Sangue da Santa Casa de Pelotas, em especial a Enfermeira Dione Braz pelo apoio.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este trabalho atingisse seus objetivos.

Resumo

KRÖNING, Caroline de Souza. **Fatores associados à demora do doente de tuberculose pulmonar na procura por cuidados de saúde no município de Pelotas. 2011. 148f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.**

A demora no diagnóstico da tuberculose exacerba a doença em indivíduos afetados, aumenta o risco de morte e de transmissão dentro da comunidade. Nesse sentido o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, além de interromper a cadeia de transmissão da doença, aumenta as chances de cura do indivíduo. O estudo objetivou conhecer a demora do doente na procura pelo serviço de saúde e os fatores associados a ela no município de Pelotas/RS. Constitui-se de um estudo quantitativo de corte trasnversal, vinculado ao projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil”. A amostra foi composta por 78 doentes de tuberculose pulmonar em tratamento no período de julho a agosto de 2009, no Programa de Controle da Tuberculose de Pelotas. Na avaliação das variáveis estudadas utilizou-se o teste de associação do qui-quadrado e teste de Fischer, com significancia menor que 0,05. A demora do doente na procura por cuidados de saúde foi observada em 44,9% e a tosse foi identificada como o único fator associado à demora. Assim entende-se que esse achado sugere a importância da realização de mais estudos no sentido de propiciar uma maior aproximação do tema e assim promover agilidade na procura e obtenção de cuidados de saúde por provedores formais.

Palavras Chaves: Tuberculose pulmonar. Procura pelo serviço de saúde.

Abstract

Key factors related to the delay of the patient with pulmonary tuberculosis in demand for health care in the municipality of Pelotas

Delays in the diagnosis of tuberculosis exacerbate the disease in affected individuals, increasing the risk of death and also the transmission in the community. In this sense, early diagnosis and timely treatment break the chain of transmission of the disease and also increase the chances of curing the individual. This article focuses on the delay by patient to seeking for health care and the factors related to this, in the municipality of Pelotas / RS. It consists of a quantitative study of cross-sectional, it is linked to multicenter project entitled "Delay in the diagnosis of tuberculosis: analysis of the causes in different regions of Brazil." The sample comprised 78 patients with pulmonary tuberculosis treated in the period from July to August 2009, at the Tuberculosis Control Program of Pelotas. In the evaluation of the variables studied, test of association chi-square and Fischer's test, with significance less than 0.05 were used. The patient's delay in seeking health care was observed in 44.9% and the cough was identified as the only factor associated with delay. In such case it is understood that this finding suggests further studies in order to foster closer the subject and thus promote agility in finding and obtaining health care from formal providers.

Keywords: Pulmonary tuberculosis. Delay. Demands for health services.

Sumário

I Projeto de pesquisa.....	8
II Relatório de campo.....	48
III Artigos.....	52
O tempo do doente de tuberculose pulmonar na procura por cuidados de saúde: análise dos fatores associados no município de Pelotas.....	53
Fatores associados ao tempo do doente de tuberculose na procura por cuidados de saúde: revisão integrativa.....	69
O conceito do tempo do doente de tuberculose na procura por cuidados de saúde: revisão integrativa.....	87
IV APÊNDICES.....	108
V ANEXOS.....	127

I PROJETO DE PESQUISA

CAROLINE DE SOUZA KRÖNING

**FATORES ASSOCIADOS À DEMORA DO DOENTE DE TUBERCULOSE
PULMONAR NO MUNICÍPIO DE PELOTAS**

Dissertação apresentada ao curso
de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal de Pelotas.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2012

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e comportamentais.....	27
Tabela 2 - Variáveis clínicas e de experiência.....	28
Tabela 3 - Variáveis geográficas.....	28

Sumário

1 Introdução	3
1.1 Justificativa.....	6
2 Objetivos	8
2.1 Objetivo Geral	8
2.2 Objetivo Especifico	8
3 Hipóteses	9
4 Revisão de Literatura	10
4.1 Estratégias de Buscas.....	10
4.1.1 Variáveis sociodemográficas.....	11
4.1.2 Variáveis comportamentais e de conhecimento da doença.....	14
4.1.3 Variáveis clínicas.....	17
4.1.4 Geográficas.....	17
5 Quadro Teórico	20
6 Metodologia	25
6.1 Caracterização do estudo.....	25
6.2 Local de estudo	25
6.3 Amostra do estudo	26
6.4 Coleta de dados	27
6.5 Variáveis do estudo.....	27
6.6 Aspectos Éticos.....	28
6.7 Análise dos dados	28
6.8 Divulgação dos Resultados	29
7 Cronograma	30
8 Recursos materiais e despesas	31
Referências	32

INTRODUÇÃO

Há quase duas décadas a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose (TB) é uma emergência mundial, uma vez que a enfermidade ainda se mantém como a segunda maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Dois bilhões de pessoas, cerca de um terço da população mundial, está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Desse montante, oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano (OMS, 2009).

Acredita-se que entre 16 a 20 milhões de indivíduos desenvolverão TB ativa em determinado momento da vida. Aproximadamente a metade desses casos será transmissível, sendo que cada pessoa contaminará de 2 a 20 pessoas por ano, correspondendo a um acréscimo de 100 milhões de sujeitos infectados a cada ano (GANDY; ZUMLA, 2002).

Um grupo constituído por 22 países é responsável por 80% da carga de TB no mundo. No ano de 2007 a maioria dos agravos notificados foi na região da Ásia (55%) e da África (31%). Desses, os cinco países com maior número de casos foram Índia, China, África do Sul, Nigéria e Indonésia (OMS, 2009).

A América possui 3% dos casos de TB no mundo. Na atualidade, somente o Brasil dos países das Américas se encontra na lista dos países com alta carga de TB. Até 2006, este ocupava a 16ª posição em 2007 passou a ocupar o 19º lugar em relação ao número de casos. Suas taxas de incidência, têm apresentado tendências descendentes, sendo em 1990 de 84/100.000 habitantes (hab.), passando para 46/100.000 hab. em 2009, corresponde a aproximadamente 3% ao ano para os casos de TB (OMS, 2009).

Em relação a incidência, a taxa da TB por regiões variou de aproximadamente 30/100.000 hab. nas regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil para

aproximadamente 50/100.000 hab. nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste (DIRETRIZES SBTP, 2009).

Na distribuição de casos novos por unidade federada, observa-se que os estados do Rio de Janeiro e Amazonas apresentam as maiores incidências, 71,7 e 66,9 respectivamente, Pernambuco, Pará, Rio Grande do Sul, Bahia, Ceará, Acre, Alagoas e Maranhão possuem taxas de incidência superiores a 38,2/100.000 hab. (BRASIL, 2009).

No estado do Rio Grande do Sul a incidência da doença no ano de 2009 foi de 46,14/100.000 hab., uma das maiores do Brasil (SINAN/SVS/MS, 2010). Esse possui 22 municípios considerados prioritários que concentram 75% dos casos de TB do estado (BRASIL, 2006). Um desses municípios prioritários é a cidade de Pelotas, por enquadrar-se como um município com mais de 100.000 hab. e com coeficiente de incidência superior à média nacional (BRASIL, 2004).

A doença no município apresenta-se de forma endêmica, possui um coeficiente de incidência de 46,8/100.000 hab. no ano de 2007. De 2001 a 2007 a incidência variou entre 40,1 e 58,8/100.000 hab., as taxas de cura entre 84,3 e 92,1/100.000 hab. (SINAN/SVS/MS, 2010).

A situação epidemiológica da doença evidencia que a TB continua sendo um grande problema de saúde pública nacional, estadual e local. Há uma marcada relação entre a propagação da doença e as condições de vida da população. Assim como a maioria das doenças infecciosas, tem maior proliferação em grandes áreas de alta concentração humana, com precárias situações de vida, na qual a baixa qualidade de infraestrutura predomina (BRASIL, 2002). O surgimento da epidemia de AIDS e a manifestação de focos de TB multirresistente exacerbam ainda mais a problemática da doença (ARCÊNCIO, 2008).

O desleixo no controle da doença pelas lideranças, os programas de controle mal conduzidos, a miséria, o aumento da população e migração e o número crescente dos casos em regiões com alta prevalência do vírus da imunodeficiência humana têm contribuído no aumento da problemática da doença (OMS, 2006).

Fatores como dificuldade de acesso, inadequado acolhimento do doente, baixa prioridade na procura de sintomáticos respiratórios (SR) e de contatos intra-domiciliares, assim como baixo nível de suspeição diagnóstica de TB resultam no

aumento do período entre a primeira visita ao serviço de saúde e o diagnóstico da doença (VILLA *et al.*, 2008).

A demora no diagnóstico e no tratamento de TB tem dois componentes principais: a demora do paciente, ou seja, o tempo que decorre entre o início dos sintomas e a procura por cuidados de saúde, e a demora do sistema de serviços de saúde, ou seja, o período transcorrido entre a primeira visita médica e o início do tratamento da doença (DÍEZ *et al.*, 2004).

A demora para a detecção de casos é um grande problema para o controle da doença. Demoras são resultados de pouca oportunidade ao acesso à saúde para pacientes suscetíveis à infecção e podem contribuir para a alta incidência da doença (MILLEN, UYS e HARGROVE, 2008).

Muniz *et al.* (2005) dizem que o contato com o serviço de saúde ainda é tardio e há a necessidade de um melhor acesso a saúde. O fato dos indivíduos infectados não terem acesso aos serviços de saúde contribui para que muitos casos tenham dificuldade de acesso ao diagnóstico.

Basnet *et al.* (2009) referem que a demora no diagnóstico e tratamento dos casos de TB propaga a infecção na comunidade, aumenta a gravidade da doença e está associada a um maior risco de mortalidade. Sabe-se que a demora no diagnóstico da doença facilita a sua propagação. van der Werf e Borgdorff (2007) destacam que, para reduzir a transmissão da TB dentro da comunidade e para minimizar a morbidade e a morte, a doença deve ser detectada o mais rapidamente possível, mediante a identificação precoce de pacientes sintomáticos e detecção rápida pelo sistema de saúde.

Nesse contexto, o reconhecimento das fragilidades da população, dentre outros aspectos é estratégico para que os serviços de saúde atuem de acordo com a realidade local, a singularidade territorial e individual.

Para Pereira *et al.* (2010), conhecer as características individuais possibilita a compreensão da dimensão física, social e cultural do indivíduo e da população permitindo uma intervenção eficaz, criando um atendimento diferenciado, focando a dignidade das pessoas em situações de cuidados ou atenção.

Diante do exposto, surge a questão norteadora desta pesquisa: **Quais são os principais fatores que influenciam no tempo de procura do doente por cuidados de saúde após o início dos sintomas de tuberculose pulmonar?**

1.1 Justificativa

O desempenho do Brasil na detecção de casos de TB pulmonar (TBP) tem permanecido acima das metas (70%). O país, apresentou índice de detecção de casos pulmonares bacilíferos, preconizado pelo OMS, de 82%, no período de 2004 a 2006, e de 78% em 2007 (OMS, 2009). Contudo, a TB ainda vigora como problema de saúde pública no município, no estado e no Brasil.

Considera-se que essa situação esteja diretamente relacionada ao tempo transcorrido entre o início dos sintomas e a procura do doente pelo serviço de saúde, bem como à demora na identificação do sintomático respiratório pelo serviço de saúde.

Segundo Basnet *et al.* (2009), a manutenção da TB como um grande problema de saúde está associada ao retardo no seu diagnóstico, a disseminação da infecção na comunidade e o agravamento da doença, levando ao aumento da mortalidade. Cáceres-Manrique e Orozco-Vargas (2008) complementam dizendo que a demora no diagnóstico é um dos maiores obstáculos para os programas de controle da TB, visto que, mesmo com medidas que visem à contenção da doença e objetivem o diagnóstico, com a demora nessas medidas, a doença se mantém na comunidade devido ao tempo de contato do infectado com a população.

O diagnóstico da doença é uma responsabilidade partilhada entre o paciente, que deve suspeitar do adoecimento e procurar auxílio nos serviços de saúde, e os serviços de saúde, que devem suspeitar da doença, diagnosticar e educar as pessoas sobre a importância de seguir recomendações sobre a TB.

Doentes tomam decisões na procura de cuidados de saúde as quais dependem de vários fatores, alguns comuns a muitos países e configurações e alguns de contextos específicos. O conhecimento insuficiente da TB, o analfabetismo, as longas distâncias para serviços de saúde e a utilização de cuidados informais têm sido associados a longos intervalos de procura pelo cuidado

(DEMISSIE, LINDTJORN e BERHANE, 2002; MESFIN *et al.*, 2005; CAMBANIS *et al.*, 2005).

Pouco é conhecido quanto ao padrão de comportamento de procura de saúde dos pacientes de TB desde o início dos sintomas até a procura por serviços de saúde. Identificar as fontes de magnitude e fatores de risco de demora do paciente vai ajudar a melhorar o controle da doença (MESFIN *et al.*, 2009).

Dye (2003) afirma que, devido à dificuldade de detecção de pessoas com TB, ocorre um maior período de transmissibilidade e uma maior contaminação da população. Embora outros fatores possam intervir nesse processo, é de fundamental importância conhecer os fatores que influenciam na procura do serviço de saúde pela pessoa com TB, bem como aspectos de organização e funcionamento dos serviços de saúde orientados à atenção dessas pessoas.

Pelo exposto, o presente estudo tem como foco de investigação conhecer os fatores associados ao tempo de procura dos doentes pelo serviço de saúde após o início dos sintomas da TBP por considerar que apresenta relevância na cura e controle da TB.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores associados à demora do doente com tuberculose pulmonar na procura por cuidados de saúde no município de Pelotas.

2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura por cuidados de saúde;
2. Investigar associação da demora do doente segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas, experiência com a doença e geográficas.

HIPÓTESES

- Houve demora do doente na procura pelo serviço de saúde na maioria da população estudada;
- Ocorreu maior demora na procura pelos serviços de saúde entre as pessoas com baixo nível socioeconômico;
- Pessoas dependentes de álcool ou tabagistas demoram mais tempo para procurar os serviços de saúde;
- Conhecimento ou contato prévio com a doença diminui o tempo transcorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde para o diagnóstico da doença.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O objetivo da revisão de literatura foi encontrar trabalhos científicos sobre fatores que influenciam a pessoa com TBP no tempo de procura pelo serviço de saúde.

4.1 Estratégias de busca bibliográfica

Foram consultadas às seguintes fontes de dados: Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Public Medical (PubMed).

Para iniciar a pesquisa, foi realizada consulta ao *Medical Subject Headings* (termos MESH) e ao *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) onde foram identificando os descritores: 'Diagnosis' e 'Tuberculosis' como descritores padronizados e 'Delay' como não-padronizado. A estratégia de busca foi estruturada unindo os descritores 'Diagnosis' e 'Tuberculosis' e a palavra livre 'Delay' com o booleano 'AND'. Apenas na biblioteca virtual PAHO a busca de dados foi realizada por 'palavra livre', com os mesmos termos citados anteriormente.

Consideraram-se como critérios de inclusão: estudos desenvolvidos com doentes de TBP e que abordaram o tempo compreendido desde o início dos sintomas da doença até a procura por cuidados de saúde. A busca de estudos limitou-se a estudos primários de natureza quantitativa, publicados no formato de artigo, em idioma espanhol, inglês e português, com doentes maiores de 15 anos, no período de 2000 a 2010. Considerou-se o período de 10 anos por considerar um intervalo apropriado para a captura do maior número de publicações sobre a temática.

A seleção dos estudos realizou-se em duas etapas. A primeira realizada com base na leitura do título e resumo e a segunda com base na leitura do estudo na íntegra. Em ambas as etapas visou-se a identificar os estudos que cumpriram com

os critérios de inclusão. Quando houve incerteza sobre a inclusão ou exclusão das publicações, essa foi resolvida por meio de discussão junto à segunda autora do estudo.

Na base de dados PubMed estavam disponíveis 855 títulos. Desses, 83 títulos e resumos abordavam o tema do estudo. Após leitura aprofundada na íntegra, 41 foram utilizados no estudo. Na base de dados Medline 779 títulos estavam disponíveis e 73 títulos e resumos abordavam o tema de estudo. Após leitura aprofundada e eliminação das duplicidades somente 11 artigos foram utilizados. Na base de dados LILACS obtiveram-se 15 títulos. Desses, três títulos e resumos abordavam a temática da pesquisa. Após leitura na íntegra e eliminação das duplicidades nenhum artigo foi selecionado. Na Base de dados PAHO não foi encontrado nenhum artigo sobre o tema.

A revisão dá ênfase aos fatores associados à demora do doente de TBP na procura por cuidados de saúde. O conjunto de publicações sobre a temática que oferecem suporte teórico a construção e discussão dos resultados do estudo foi identificado em bases de dados nacionais e internacionais (APÊNDICE A).

A partir dos resultados encontrados, os fatores associados foram agrupados em três diferentes categorias: características comportamentais e de conhecimento, geográficas e clínicas.

4.1.1 Variáveis sociodemográficas

Em onze estudos identificou-se a demora do doente relacionada à variável sexo; destes, seis relacionados ao sexo feminino (CHANG e ESTERMAN, 2007; KARIM *et al.*, 2007; MFINANGA *et al.*, 2008; QURESHI, MORKVE e MUSTAFA, 2008; HUONG *et al.*, 2007; WANG *et al.*, 2008) e cinco ao sexo masculino (CÁCERES-MANRIQUE e OROZCO-VARGAS, 2008; MEINTJES *et al.*, 2008; ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG e CHONGSUVIVATWONG, 2006; PEHME *et al.*, 2006; RAJESWARI *et al.*, 2002).

Os estudos que relacionaram a demora com o sexo feminino foram majoritariamente realizados em países com alta carga de TB. Nesses estudos os autores referem que aspectos culturais influenciam pela maior demora do doente do sexo feminino. Os estudos evidenciam uma cultura conservadora, em que a mulher se mostra submissa ao homem; não possui poderes de autoridade no lar, já que a

maioria é dona de casa, dependente de seus maridos em questões sociais, econômicas e de locomoção, além de apresentar baixo conhecimento sobre os sintomas da doença, equívocos em relação ao HIV, maiores taxas de desemprego e de acessibilidade limitada; mostra poucos cuidados com a saúde e desconfiança sobre a possibilidade de possuírem TB e ainda apresentam menor acesso ao diagnóstico e tratamento (DIEZ *et al.*, 2005; CHAN e ESTERMAN, 2007; MFINANGA *et al.*, 2008; QURESHI, MORKVE e MUSTAFA, 2008; NGUYEN *et al.*, 2007).

Estudos onde o sexo masculino aparece relacionado à demora na procura pelo serviço de saúde apresentam como justificativa a falta de incentivo aos homens para procurar auxílio nos serviços de saúde, medo dos custos do diagnóstico e do tratamento (JOHANSSON *et al.*, 2000; JOHANSSON, 1999; LONG *et al.*, 2001), a longos períodos afastados do trabalho e também a pouca preocupação com a saúde (FORD *et al.*, 2009; PEHME *et al.*, 2006).

A etnia obteve associação com a demora somente em minorias étnicas, conforme os estudos realizados por Chang e Esterman (2007), Huong *et al.* (2007) e Ngamvithayapong *et al.* (2001). Isso pode ser porque a TB pode ser pouco suspeitada e investigada nessa população (RODGER *et al.*, 2005).

Quanto à idade para a maior demora não houve consenso nos resultados encontrados, sendo inviável o agrupamento em categorias. O estudo de Cáceres-Manrique e Orozco-Vargas (2008) a demora esteve associada à idade superior a 20 anos, o de Maciel *et al.* (2010) à idade superior a 30 anos, o de Paynter *et al.* (2004) à idade de 33 anos, o estudo de Lin, Deng e Chou (2008) à idade maior ou igual a 40 anos, os estudos de Cambanis *et al.* (2005), Rajeswari *et al.* (2002) e Wandwalo e Morkve (2000) à idade maior que 45 anos, o estudo da Zerbini *et al.* (2008) a idades maiores que 50 anos. Cheng *et al.* (2005), Leung, Leung e Tam (2007) e Xu, Diwan e Bogg (2007) a demora foi associada a idade acima de 60 anos, já no de Chiang *et al.* (2005) a idade superior a 65 anos, nos estudos de Xu *et al.* (2005), Huong *et al.* (2007) e Godfrey-Faussett *et al.* (2002) os mais idosos foram relacionados à demora do doente na procura por cuidado de saúde. Nos estudos de Pronyk *et al.* (2001), Rojpibulstit, Kanjanakiritamrong e Chongsuvivatwong (2006) e Ngamvithayapong *et al.* (2001) aos intervalos de 15 a 44 anos, de 30 a 60 anos e de 46 a 60 anos, respectivamente.

O analfabetismo foi relacionado à demora do doente na procura por cuidado de saúde nos artigos de Mesfin *et al.* (2009), Xu *et al.* (2005), Maciel *et al.* (2010),

Rajeswari *et al.* (2002) e Wandwalo e Morkve (2000), contrariamente a um estudo realizado por Wang *et al.* (2008) que identificaram a alta escolaridade como fator associado à demora do doente.

Dos cinco estudos que apresentaram associação entre baixa escolaridade e/ou analfabetismo, quatro foram realizados em países com mais alta carga de TB no mundo. Os estudos mostraram que a demora dos doentes com baixa escolaridade pode estar relacionada ao conceito de doença tradicional e a uma falta de reconhecimento dos sintomas, à falta de conscientização sobre a doença ou ainda devido ao menor acesso à informação, falta de responsabilidade social e o medo do estigma (DATE e OKITA, 2005; ODUSANYA e BABAFEMI, 2004; YAN *et al.*, 2007), assim, precisam existir medidas focadas em pessoas de baixa escolaridade, a fim de garantir que recebam materiais educativos adaptados ao seu nível de educação e alfabetização e culturalmente apropriados (FORD *et al.*, 2009).

A associação da demora do doente com a ocupação observaram-se diversas características nos estudos. Estar desempregado foi identificado como fator associado em quatro pesquisas (CÁCERES-MANRIQUE, 2008; MFINANGA *et al.*, 2008; LEUNG, LEUNG e TAM, 2007; VAN DER WERF *et al.*, 2006); estar empregado no estudo de Lin *et al.* (2008) e ser agricultor em três publicações (OKUR *et al.*, 2006; LIN *et al.*, 2008; KIWUWA, CHARLES e HARRIET, 2005).

O desemprego tende a condicionar o acesso em segmentos mais desfavorecido da comunidade (LEUNG, LEUNG e TAM, 2007). Na situação de doente agricultor muito provavelmente a demora ocorre devido à falta de educação e à pobreza (KIWUWA, CHARLES e HARRIET, 2005).

Alta renda e ser o provedor da família foi relacionada à demora na publicação de CAMBANIS *et al.* (2007), em quatro artigos (WANG *et al.*, 2008; WANG *et al.*, 2007; RAJESWARI *et al.*, 2002; NGAMVITHAYAPONG *et al.*, 2001) que obtiveram relação entre baixa renda e a demora. No estudo de Mesfin *et al.* (2009) as pessoas de baixa renda com ausência de auxílio alimentício apresentaram demora na procura por cuidados de saúde. Não ter seguro social também foi identificado como fator associado em quatro publicações (CÁCERES-MANRIQUE, 2008; NGAMVITHAYAPONG, 2001; XU, DIWAN e BOGG, 2007; WANG *et al.*, 2008).

Destaca-se que somente estudos realizados em países com alta carga de TB apresentaram a baixa renda como fator associado à demora. Geralmente a

procura pelos serviços de saúde gera a necessidade de vender bens pessoais para o deslocamento do doente ao serviço de saúde. Assim, existe o medo de encargos financeiros que serão gerados pela doença, as possíveis horas de trabalho que serão perdidas e os ônus das visitas regulares aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da doença. Tais preocupações acabam por desencorajar as pessoas com TB a procurar o diagnóstico e incentivam o uso de métodos alternativos (CAMBANIS *et al.*, 2005; QURESHI, MORKVE e MUSTAFA, 2008; KIWUWA, CHARLES e HARRIET, 2005; ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG e CHONGSUVIVATWONG, 2006; GELE *et al.*, 2010).

As barreiras econômicas influenciaram negativamente a procura dos doentes por cuidados nos serviços de saúde. Portanto, ações de controle do programa de TB devem contemplar os fatores econômicos presentes nessa população a fim de maximizar sua eficiência (WANG *et al.*, 2007). Em contraste, alta renda e ser o provedor da família foi associado à demora do doente, devido o principal provedor da família esperar mais tempo antes de procurar cuidados em serviços de saúde no intuito de não prejudicar a vida econômica da família. Na Ásia, a população economicamente ativa espera mais tempo antes de procurar atendimento médico, sugerindo a existência de pouca flexibilidade para interromper as atividades econômicas (CHIANG *et al.*, 2005; ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG e CHONGSUVIVATWONG, 2006; CAMBANIS *et al.*, 2007).

4.1.2 Variáveis comportamentais e de conhecimento

Os resultados das pesquisas mostraram características comportamentais que podem interferir na demora do doente, entre esses o consumo de álcool observado em cinco estudos (KIWUWA, CHARLES e HARRIET, 2005; MACIEL *et al.*, 2010; VAN DER WERF *et al.*, 2006; RAJESWARI *et al.*, 2002; SANZ e BLASCO, 2007). O alcoolismo crônico está associado à queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social, exposição a situações de risco, entre outros. Assim, é considerado importante fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças (RUFFINO e RUFFINO-NETO 1979; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) entre elas a TB. A condição crônica do alcoolismo favorece a banalização dos sintomas da doença que acaba gerando um maior tempo na procura por cuidados em serviços de saúde.

O tabagismo no estudo de Basnet *et al.* (2009) foi dose-dependente, ou seja, quanto maior o consumo de cigarros (acima de cinco por dia), maior a demora do doente na procura por cuidados de saúde. Nos estudos da Rojpibulstit, Kanjanakiritamrong e Chongsuvivatwong (2006), Leung, Leung e Tam (2007), Maciel *et al.* (2010) e Selvam *et al.* (2007), o simples uso de cigarros foi relacionado à demora do doente na procura por cuidados de saúde.

Ser fumante esteve associado a um maior tempo do doente na procura por cuidados de saúde, uma vez que a presença de tosse diariamente pode não ser reconhecida como sintoma da doença e sim devido ao consumo do cigarro, portanto a procura pelos cuidados em serviços de saúde pode ser adiada até a presença de outro sintoma desagradável ou agravamento da doença (BASNET *et al.*, 2009). Contrariamente um estudo realizado na Uganda (KIWUWA, CHARLES e HARRIET, 2005; CHARLES e HARRIET, 2005) mostrou que as pessoas identificam o tabagismo como causa de TB. Contudo, esse reconhecimento não necessariamente resulta na procura por cuidados em serviços de saúde na presença de tosse, pois a condição de tabagista não é considerada como problema que requer atendimento. Outro estudo afirma que as pessoas associam a presença de tosse a outras patologias não somente a TB, o que pode ocasionar uma maior demora para a procura pelo diagnóstico de TB (LACROIX *et al.*, 2008).

Outra variável que apresentou associação à demora foi o tipo de serviço procurado pelo doente relacionado em 12 publicações. Destes a procura de auxílio em provedores informais, antes de procurar auxílio em serviço de saúde, como curandeiros, amigos, farmácias e parentes se mostrou associada à demora em oito dos estudos (MESFIN *et al.*, 2009; CAMBANIS *et al.*, 2005; YIMER, BJUNE e ALENE, 2005; CAMBANIS *et al.*, 2007; ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG e CHONGSUUVIVATWONG, 2006; MAAMARI, 2008; WANG *et al.*, 2008; OKUTAN *et al.*, 2005). Ainda, quanto à procura de auxílio nos serviços públicos de saúde, identificados em estudos de Huong *et al.* (2007), Selvam *et al.* (2007) e Rajeswari *et al.* (2002), contrariamente ao estudo realizado por Godfrey-Faussett *et al.* (2002) e Qureshi, Morkve e Mustafa (2008), a demora do doente foi atribuída à procura por serviços particulares. No estudo de Rajeswari *et al.* (2002) o serviços que apresentavam difícil acesso estavam associadas a demora na procura por cuidados.

Na Ásia identificaram-se como fontes alternativas de tratamento: água benta das igrejas ortodoxas, uso de curandeiros indígenas, consultas em mercearias ou

farmácias, auto-tratamento (MESFIN *et al.*, 2009; CAMBANIS *et al.*, 2005; ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG e CHONGSUVIVATWONG, 2006; YIMER, BJUNE e ALENE, 2005).

A procura do doente por provedores informais aumenta o tempo na procura por serviços de saúde formais. Visto que, quanto maior o número de visitas a esses provedores, maior o atraso. A falta de consciência e suspeita de TB (ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG e CHONGSUVIVATWONG, 2006), somado a infraestruturas inadequadas de saúde, insuficiente nível da descentralização e da escassez de recursos humanos disponíveis (GELE *et al.*, 2010) tem sido maiores incentivadores da procura por meios alternativos de saúde, gerando múltiplas oportunidades perdidas de diagnóstico no âmbito do sistema de cuidados (SARMIENTO *et al.*, 2006).

Os padrões de procura e da natureza de encaminhamento dos provedores informais representam problemas para o diagnóstico oportuno (GOSONIU *et al.*, 2008), evidenciando que os prestadores de cuidados informais desempenham um grande entrave no processo de diagnóstico da TB (CAMBANIS *et al.*, 2005; CAMBANIS *et al.*, 2007).

O baixo conhecimento sobre a doença se mostrou presente como característica associada à demora em nove publicações (DEMISSIE, LINDTJORN e BERHANE, 2002; GELE, BJUNE e ABEBE, 2009; MESFIN *et al.*, 2009; CAMBANIS *et al.*, 2007; MAAMARI, 2008; WANG *et al.*, 2008 e WANDWALO e MORKVE, 2000). Os artigos de Mfinanga *et al.* (2008) e Ngadaya *et al.* (2009) relacionaram-se especificamente aos doentes que acreditavam que todas as pessoas com TB tinham HIV.

O baixo conhecimento sobre a doença é uma faceta preocupante no desafio de seu controle. Houve diversos equívocos relatados pelos doentes no que tange a TB. Estudos na Ásia associam a transmissão da TB à exposição ao frio, aos maus espíritos, à vontade de Deus, ao tabagismo, ao trabalho duro, à exposição a poeira e à desnutrição. Ainda, a tosse persistente foi considerada fenómeno normal, não como um sintoma potencial de TB (MENSFIN *et al.*, 2009; KIWUWA, CHARLES e HARRIET, 2005; CAMBANIS *et al.*, 2005; GELE *et al.*, 2010). Na América do Sul também foram relatados equívocos, como observado no estudo de Zerbini *et al.* (2008), que associou a transmissão da doença a utensílios, alimentos, água e sexo. Apesar do conhecimento equivocado, a maioria das pessoas afirmaram que a TB é

perigosa e ainda acreditam que não tem cura, mostrando conhecimento insatisfatório (WANG *et al.*, 2008; QURESHI, MORKVE e MUSTAFA, 2008). Isso reflete uma falta de consciência da natureza contagiosa da doença, que é uma séria preocupação da saúde pública e requer intervenção urgente e reforçada da educação sanitária (GELE *et al.*, 2010).

4.1.3 Variáveis Clínicas

Quanto aos sintomas, em nove artigos foi identificada relação entre a demora e o sintoma, nos estudos de Zerbini *et al.* (2008), Meintjes *et al.* (2008), Sanz e Blasco (2007), Maciel *et al.* (2010) e van der Werf *et al.* (2006) a tosse foi o principal sintoma citado. Sudorese (OKUTAN *et al.*, 2005), emagrecimento (van der WERF *et al.*, 2006), dor torácica (MACIEL *et al.*, 2010), doença leve (ROJPIBULSTIT, KANJANAKIRITAMRONG E CHONGSUVIVATWONG, 2006), febre (SANZ *et al.*, 2007) e hemoptise (LEUNG, LEUNG e TAM, 2007) foram outros sintomas associados à demora. Os casos com baciloscopia positiva foram relacionados à demora nos estudos de Mesfin *et al.* (2009), Rojpibulstit, Kanjanakiritamrong e Chongsuvivatwong (2006) e van der Werf *et al.* (2006).

Os motivos para maior demora dos doentes com tosse relatado em todos os estudos foi o fato do doente negligenciar o sintoma, já que avaliam a tosse como um sintoma banal e em consequência retardam a procura por cuidados nos serviços de saúde (MEINTJES *et al.* 2008; OKUR *et al.*, 2006; GELE *et al.*, 2010). Ainda a demora de doentes que apresentam tosse como principal sintoma pode ocorrer devido à coexistência de outras doenças pulmonares (STORLA, YIMER e BJUNE, 2008).

4.1.4 Variáveis Geográficas

Entre as características geográficas a de maior destaque foi à distância entre o domicílio e o serviço de saúde. Longas distâncias foram relacionadas à demora do doente em 12 estudos (ZERBINI *et al.*, 2008; DEMISSIE, LINDTJORN e BERHANE, 2002; CAMBANIS *et al.*, 2005; YIMER, BJUNE e ALENE, 2005; GELE, BJUNE e ABEBE, 2009; MFINANGA *et al.*, 2008; HUONG *et al.*, 2007; RAJESWARI *et al.*,

2002; SELVAM *et al.*, 2007; LIN *et al.*, 2008; GODFREY-FAUSSETT *et al.*, 2002; WANDWALO e MORKVE, 2000).

Das 12 publicações, oito foram realizadas em países com alta carga de TB, quatro em países subdesenvolvidos, onde as distâncias são influenciadas por uma série de fatores como a dependência de transportes públicos, ou a dificuldade destes, o tempo gasto para chegar ao serviço de saúde, estadias fora da residência e o custo que acarretam em casos de extremas distâncias e ainda a falta de confiança nos serviços próximos que levam a procura de outros serviços (ZERBINI *et al.*, 2008; CHAN e ESTERMAN, 2007; DATE OKITA, 2005; CAMBANIS *et al.*, 2005; SKORDIS-WORRALL, HANSON e MILLS, 2010). Apesar do acesso universal ao tratamento da TB em vários países, grande número de doentes particularmente aqueles que pertencem ao segmento mais pobre da sociedade, ainda tem acesso limitado ao tratamento. A estrutura dos programas de TB regionais precisam ser abordadas a partir de uma perspectiva de equidade para assegurar o acesso das pessoas que vivem nesses ambientes únicos e difíceis (GELE *et al.*, 2010).

Não ter residência e ser nômade esteve ligado a demora nos estudo de van der Werf *et al.* (2006) e Gele, Bjune e Abebe (2009), respectivamente. A residência rural foi relacionada à demora do doente em sete estudos (ZERBINI *et al.*, 2008; CAMBANIS *et al.*, 2005; MESFIN *et al.*, 2009; PEHME *et al.*, 2006; HUONG *et al.*, 2007; LORENT *et al.*, 2008; WANDWALO e MORKVE, 2000).

Quanto à residência rural, os estudos que o apresentaram como fator de risco eram de diversas realidades: países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. A residência rural foi associada à pobreza extrema (MESFIN *et al.*, 2009; CAMBANIS *et al.*, 2005). Na Etiópia é considerada uma 'barreira' real para a obtenção de cuidados (PEHME *et al.*, 2006). Isso destaca as questões de comportamento na procura de cuidados e, finalmente, o acesso aos serviços de Tratamento Diretamente Observado (DOTS) em áreas rurais. Existe um crescente corpo de evidências sobre como esse desafio pode ser abordado, incluindo: envolvimento dos profissionais do setor privado rural (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2006; SALIM *et al.*, 2006), empoderamento da comunidade (ZACHARIAH *et al.*, 2006), regimes de redução da pobreza (JACKSON *et al.*, 2006) e aumento de investimento em saúde básica (DUMMER e COOK, 2007).

E ainda os estudos de Gagliotti, Resi e Moro (2006), Lorent *et al.* (2008), Maciel *et al.* (2010) e Mesfin *et al.* (2009) encontraram relação entre a demora do

doente na busca por cuidados de saúde e ser imigrante recente, HIV+, peso abaixo de 60 kg e sofrendo de má nutrição, respectivamente.

Ainda, os estudos de Mirsaeidi *et al.* (2007), Lambert *et al.* (2005), Sarmiento *et al.* (2006), Güneylioglu *et al.* (2004), Sendagire *et al.* (2010) e Yamasaki-Nakagawa *et al.* (2001), buscaram associação entre variáveis como sexo, situação conjugal, nível de educação, idade, primeiro sintoma, porém nenhuma associação com a demora do doente na procura por cuidados de saúde foi encontrada.

QUADRO TEÓRICO

A detecção dos casos de TB representa um aspecto técnico essencial ao controle da doença e para isso o acesso aos serviços de saúde é fundamental, a fim de que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

O acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa na sua relação com o serviço de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS e MARTINS, 2006).

O acesso aparece com a nomenclatura 'acessibilidade' em diversas publicações sobre o tema, para alguns diferindo de significado, para outros sendo usados como sinônimos. Neste estudo optou-se pela utilização de ambos os termos, acesso e acessibilidade, como sinônimos, respeitando a visão de cada autor.

Segundo Andersen (1995), o acesso é visto como um elemento dos sistemas de saúde, relacionado à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento.

Donabedian (1973) emprega o termo 'acessibilidade' como caráter ou qualidade do que é acessível. Acessibilidade constitui-se em um dos aspectos de oferta de serviços relacionado à capacidade de produzi-los, de forma que possam responder às necessidades de saúde de uma população. Caracteriza a acessibilidade de uma forma não estática, relacionada não somente à produção de serviços de saúde, mas também ao impacto em cada população.

Esse termo se refere às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou dificultam seu uso por potenciais usuários, corresponde a características dos serviços que exercem influência na capacidade da população de usá-los. Porém, os aspectos relacionados ao indivíduo não são incluídos em seu conceito.

Apesar disto, os aspectos sociais, culturais, econômicos e psicológicos estão intrínsecos na avaliação da acessibilidade de Donabedian, uma vez que a acessibilidade indica o grau de (des)ajuste entre as necessidades das pessoas e os serviços e recursos utilizados. Não se restringe ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos utilizados às necessidades de saúde dos indivíduos.

Baseada no conceito de acesso de Donabedian, Fekete (1997) ultrapassa os limites tradicionais, adquirindo novas dimensões para o conceito, superando o entendimento de que a mera presença ou disponibilidade dos recursos em um lugar, em determinado momento, assegura seu pleno acesso e utilização. Numa compreensão ampliada, acessibilidade pode ser definida como a sintonia entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de procura e obtenção de assistência à saúde.

O enfoque centrado no doente permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a procura e obtenção da assistência. Isso equivale a dizer que o conceito de acessibilidade restringe-se a determinada maneira de conceber e enfrentar a doença. Dizer que algo é ou não acessível vale tanto como dizer que está fora do indivíduo, o qual tem que desejá-lo, buscá-lo e finalmente alcançá-lo. Uma vez estabelecida à relatividade temporal e espacial do conceito, a questão é definir um conjunto de fenômenos aos quais se aplica o conceito dentro dos modos de organização da assistência à saúde. (Fekete, 1997)

Starfield (2002) diz que o acesso centrado nas características dos usuários considera seus aspectos socioeconômicos, culturais e antropológicos. Tais aspectos foram explorados Gambi (2005) no Chile, que identificou a interferência da percepção do problema de saúde ou na necessidade por parte do doente no acesso ao serviço de saúde.

Para Starfield (2002) o acesso é um conceito multidimensional, em que cada uma das diversas dimensões envolvidas expressa um conjunto de características, seja do indivíduo ou do serviço de saúde, as quais facilitam ou dificultam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde.

Considera-se aqui que o domínio da acessibilidade se restringe ao processo de procurar e receber assistência à saúde. Assim como a disponibilidade (presença de recursos e sua capacidade para produzir serviços) representa um extremo do

processo de procura e obtenção da assistência, a utilização (consumo real dos serviços) vem a ser outro extremo (FEKETE, 1997).

Travassos, Oliveira e Viacava (2006) relatam que existem dimensões que constituem barreiras para o acesso. Essas barreiras expressam características que de modo inter-relacionado podem facilitar ou impedir a utilização de serviços pela população.

Fekete (1997) relata que os obstáculos para o acesso contemplam diferentes dimensões, que podem ser classificadas como de ordem sociocultural, econômica, geográfica e organizacional.

A acessibilidade sociocultural refere-se à análise dos fenômenos que determinam a procura de assistência a saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas a saúde, tolerância a dor, credibilidade nos serviços de saúde, fatores culturais, dentre outros. A assistência à saúde deve contemplar o conhecimento de que uma de suas características mais importante é a relação direta que se estabelece entre a equipe de saúde e a população. É necessário que essa relação entre diferentes atores do processo se estabeleça de forma adequada, tanto no primeiro contato com os serviços como nos contatos subsequentes (FEKETE, 1997).

Devem-se ressaltar os inconvenientes que podem produzir as diferenças socioculturais dos indivíduos no processo de atenção à saúde. Na relação da equipe de saúde com a população percebem-se problemas advindos dessa questão, como a percepção que o indivíduo tem da gravidade de sua doença, etiologia, tipo de tratamento e nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; o medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; as crenças e hábitos quanto aos cuidados de saúde; a dificuldade de comunicação com a equipe de saúde e vergonha devida ao estigma de algumas patologias (FEKETE, 1997).

Dentre as dimensões socioeconômicas que se inter-relacionam ao acesso ao diagnóstico estão inclusas as condições de vida dos doentes, como local de habitação, situação de emprego e renda familiar (LIN *et al.*, 2008, SANTOS *et al.*, 2005). Quanto às dimensões culturais relacionados ao acesso ao diagnóstico da TB considera-se o conhecimento geral sobre doença, religião e estigma sobre a doença (GODFREY-FAUSSETT *et al.*, 2002).

Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006) o acesso aos serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciado pelas condições sociais das pessoas e pelo local

onde residem. As desigualdades sociais no acesso não se observam em todos os países e expressam as especificidades do sistema de saúde de cada local. No Brasil elas se apresentam tanto para crianças como para adultos e são influenciadas pela escolaridade e principalmente pela renda. O local de residência também interfere no acesso e este melhora conforme, maior for, o grau de desenvolvimento da região.

Quanto à acessibilidade econômica observa-se que a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado. Esse gasto inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para a procura e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento (licença médica) por doenças, o custo do tratamento (medicamentos) e outros (FEKETE, 1997).

Refere-se ainda a barreiras financeiras na utilização dos serviços de saúde. Constituindo-se um paradoxo uma vez que o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde é um princípio constitucional. Uma oferta insuficiente, no entanto, implica em custos e prejuízos à população.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, aspectos relacionados diretamente à situação econômica das pessoas uma vez que dizem respeito a gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço (RAMOS e LIMA, 2003).

A acessibilidade geográfica diz respeito à relação entre a população e os recursos. Ela deve ser medida pela distância ou em função do tempo gasto para obtenção de assistência à saúde. Uma alta acessibilidade geográfica de um determinado serviço não garante que a população irá utilizá-lo. Há outras interferências que podem levar à utilização de serviços mais distantes e essas interferências estão relacionadas a dimensões da acessibilidade (FEKETE, 1997).

Precisam ainda ser levados em conta aspectos como transporte, tempo de espera e deslocamento. A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde. Verificou-se que as formas de deslocamento variaram entre deslocamento a pé, de ônibus, de lotação e de carro. (RAMOS e LIMA, 2003)

A alta acessibilidade geográfica não garante necessariamente a possibilidade de utilização dos recursos por parte da população. Isso ocorre devido a interferências de outros elementos que fazem com que a população não utilize os serviços de saúde. Cada um desses elementos (credibilidade do serviço, preferência

por médicos, existência de terceiro turno, percepção sobre a doença, dentre outros) pode influir sobre a acessibilidade geográfica teórica (FEKETE, 1997).

A acessibilidade organizacional é referente aos obstáculos existentes nos modos de organização dos serviços de assistência a saúde. Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior da unidade. Os obstáculos internos estão relacionados à demora em obter uma consulta, ao tipo de marcação de horário e aos turnos de funcionamento. Os externos se referem às características que interferem na assistência ao usuário dentro da unidade como é o caso do tempo de espera para ser atendido pelos profissionais de saúde e para fazer exames laboratoriais (FEKETE, 1997).

Assim, devem ser considerados os obstáculos que surgem na continuidade da assistência, já que são ainda incipientes os mecanismos de contra-referência, bem como o grau de hierarquização da rede e a empatia entre profissionais e usuários dos sistemas de saúde. Essa observação implica dizer que os obstáculos não se limitam ao contato inicial com a unidade, mas que podem seguir dentro dela e nos demais níveis do sistema (FEKETE, 1997).

Serviços onde não há adequada qualificação dos profissionais da recepção ou não possuem uma boa recepção e triagem, ou mesmo com uma área física tão pequena que não dispõem de uma sala de espera, e ainda outros que não encontram maneiras para exterminar as filas, afastam o doente. Estas experiências negativas junto a serviços de saúde levam o usuário a optar por uma unidade de saúde em que exista um bom acolhimento, mesmo que lhe exija um maior deslocamento. As experiências prévias bem sucedidas com o próprio cliente ou seus familiares são determinantes na sua opção. Desta forma a confiança na experiência e capacidade dos envolvidos na equipe de saúde influencia fortemente a escolha quanto ao serviço que deverá ser procurado. (RAMOS e LIMA, 2003).

Considera o enfoque centrado no doente permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a procura e obtenção dessa assistência. A assistência à saúde deve contemplar o conhecimento de que uma de suas características mais importantes é a relação direta que se estabelece entre a equipe de saúde e a população.

A partir do exposto, este estudo tem como foco a demora do doente na procura por cuidados de saúde e se utilizará da análise de algumas dimensões relacionados à acessibilidade sociocultural, econômica e geográfica.

METODOLOGIA

6.1 Caracterização do estudo

Este é um estudo quantitativo de caráter transversal. É um recorte da pesquisa “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas” que, por sua vez, faz parte do estudo multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil¹”. Uma breve síntese desse trabalho encontra-se no APÊNDICE B.

Para a realização do presente projeto, cujo objetivo é conhecer as características da pessoa com TB e sua associação com o tempo desde o início dos sintomas da doença até a procura pelo serviço de saúde. A utilização dos dados para este projeto foi autorizada pela coordenação da pesquisa (ANEXO A).

6.2 Local de estudo

A pesquisa original foi desenvolvida na cidade de Pelotas/RS, um município de porte médio localizado na região sul do Estado do Rio Grande do Sul (RS), a qual possui uma população estimada de 345.181 habitantes e uma área territorial de 1.609 Km², sendo distribuída em seis grandes bairros na zona urbana e nove distritos na zona rural. A cidade de Pelotas juntamente com outros 23 municípios pertencem à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS) (IBGE, 2010).

¹ Coordenado pela Profª Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, aprovado pelo CNPq no Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008 - Doenças Negligenciadas

O município representa um dos importantes pólos de saúde de referência no estado, influenciando na construção e avaliação dos seus indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos. O sistema de saúde do município está constituído por quatro hospitais gerais, sendo dois universitários, 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dentre elas 18 Equipes da Saúde da Família (ESF) com uma cobertura de 22,8% da população.

Entre 2004 e 2008 a média de casos de TB no município foi de 173,6. A incidência oscilou entre 33,2 e 48,8/100.000 hab. Cabe destacar que a incidência da doença em 2008 foi de 42,5/100.000 hab., próxima da incidência do Estado do Rio Grande do Sul (42,14/100.000 hab.) e acima da incidência do país (37,8/100.000 hab.). Em 2009, foram notificados 222 casos de TB na 3ª coordenadoria de saúde de Pelotas (SINANET/SINANW-Vigilância Epidemiológica – SMS – Pelotas/RS-03/2010).

Em relação ao processo de identificação da doença no município, durante a coleta de dados do estudo original foi observado que a pessoa buscando descobrir a TB procura diferentes portas de entrada para o sistema de saúde, sejam elas públicas ou privadas, de baixa, média e alta densidade tecnológica. O doente quando procura o sistema público utiliza serviços de Atenção Básica de Saúde (ABS), unidades de Pronto Atendimento (PA), hospitais e ambulatorios de referência. Quando a procura é pelos serviços privados ou particulares, o doente utiliza os convênios de saúde e consultório médicos particulares. Destaca-se que independentemente da procura por um determinado tipo de serviço para o diagnóstico da TB, o doente geralmente é encaminhado para o Programa de Controle de TB (PCT) do município de Pelotas.

6.3 Amostra do estudo

O estudo utilizou-se dos 102 sujeitos selecionados na pesquisa multicêntrica, caracterizadas por serem pessoas com TB em tratamento no Programa de Controle da Tuberculose do Município, no período de junho a agosto de 2009, maiores de 18 anos, fora do sistema prisional, residentes na área de abrangência do município de Pelotas e diagnosticados nos serviços de

saúde do município. Desse total de sujeitos foram excluídas as pessoas que foram diagnosticadas unicamente com a doença na sua forma clínica extrapulmonar, resultando em uma amostra total de 78 pessoas a serem investigadas.

6.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir do banco de dados do estudo “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”. O instrumento está constituído de sete itens (ANEXO B). O banco de dados contempla as 74 questões do instrumento original de coleta de dados, organizado em sub-seções: A- Informações sócio-demográficas do paciente; B- Porta de entrada; C- Acesso ao diagnóstico; D- elenco de serviços para o diagnóstico; E-Tratamento; F- diagnóstico na família e comunidade; g- Informações gerais sobre a atenção à TB.

6.5 Variáveis do estudo

As variáveis relacionadas aos itens A, B e G do instrumento de pesquisa estão voltadas para o perfil dos sujeitos estudados, utilização prévia dos serviços de saúde e conhecimento sobre a TB.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e comportamentais

Variável	Descrição
Sexo	Masculino/ Feminino
Idade	Menor de 18 anos/18-39 anos/40-59 anos/ 60 anos ou mais
Raça/cor	Branco/Negro/Outros (Pardo/Indígena)
Estado civil	Solteiro/Casado+União estável/Outros (Separado+Divorciado+Viúvo)
Escolaridade	<8 anos/ ≥ 8 anos
Situação empregatícia	Desempregado/Empregado/Outros (do lar, estudante, afastado/ aposentado)
Renda familiar	< 2 SM/≥ 2 SM
Consumo de Bebida Alcóolica	Não/Sim
Consumo de Cigarros	Não/Sim

Tabela 2 – Variáveis clínicas e de experiência

Variável	Descrição
Tipo de Caso	Novo/Outros
Tipo de Sintoma	Tosse/Outros
Intensidade dos Sintomas	Forte/Fraco-Moderado
Conhecimento sobre a TB	Ruim/Bom
Contato prévio com pessoas com TB	Não/Sim
Campanhas educativas sobre a TB	Não/Sim

Tabela 3 - Variáveis Geográficas

Variável	Descrição
Distância	Distante/Próximo
Custo com o transporte	Não/Sim
Necessidade de ajuda financeira	Não/Sim

6.6 Aspectos Éticos

Os direitos éticos foram assegurados conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007 e também de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa original obteve aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sob parecer favorável nº 2009/04 (ANEXO C).

6.7 Análise dos dados

Inicialmente, os entrevistados serão caracterizados segundo as variáveis descritas no item 6.5. Após foi realizada uma análise descritiva por meio da distribuição de frequências das variáveis citadas acima.

Para a análise das variáveis relacionadas com o tempo entre o início dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde será realizada uma análise bivariada investigando a relação entre a variável tempo entre o início dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde e as demais variáveis do estudo. Serão consideradas duas categorias de tempo, utilizando como ponto de corte

o tempo igual ou maior a 30 dias, valor determinado a partir de uma revisão integrativa na qual o tempo igual ou superior a 30 dias, foi o mais citado.

Os valores iguais ou superiores a 30 dias serão considerados como demora na procura pelo serviço de saúde, valores abaixo de 30 dias foram considerados como tempo oportuno na procura pelos serviços de saúde. As análises serão realizadas utilizando o programa *Statistica 9.1* da *StatSoft*, através do testes chi-quadrado e de Fischer, com significância menor que 0,05.

6.8 Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através de publicações de artigos em periódicos científicos da área da saúde e da enfermagem; em eventos científicos por meio de apresentação de trabalho; na dissertação do curso de Mestrado em Enfermagem; e será entregue ao PCT um resumo executivo com os resultados do estudo.

7 CRONOGRAMA

Quadro1- Cronograma das atividades a serem desenvolvidas para execução do estudo.

Tempo	1º semestre 2010	2º semestre 2010	1º semestre 2011	2º semestre 2011	1º semestre 2012
Atividade					
Definição do tema	X	X			
Elaboração do projeto da Dissertação		X			
Orientações	X	X	X	X	
Revisão de Literatura	X	X	X	X	
Qualificação			X		
Coleta de dados	X				
Análise dos dados			X		
Elaboração de artigos		X	X	X	
Defesa da dissertação					X

8 RECURSOS MATERIAIS E DESPESAS

Quadro2- Lista de recursos materiais e de despesas necessárias para elaboração do estudo.

Materiais	Quantidade	Valor Unidade(R\$)	Valor Total (R\$)
Lápis	06	1,00	6,00
Borracha	2	0,60	1,20
Caneta	10	1,30	13,00
Caneta marca texto	5	1,10	5,50
Xerox	2000	0,10	200,00
Encadernação	12	25,00	300,00
Impressão	3000	0,10	300,00
Revisão de Português	02	200,00	400,00
Revisão do resumo em espanhol	02	30,00	60,00
Revisão do resumo em inglês	02	30,00	60,00
Transporte	180	2,20	396,00
Total			1.391,70

REFERÊNCIAS

ANDERSEN RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal Health Society Behavioral**, v 36, p 1-10,1995.

ARCÊNCIO R A. Acessibilidade do doente ao tratamento por Tuberculose no município de Ribeirão Preto[tese]. Ribeirão Preto(SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.

BALASUBRAMANIAN R *et al.* A rural public-private partnership model in tuberculosis control in South India. **Int J Tuberc Lung Dis**, v10, n12, p 1380-85, 2006.

BASNET R, *et al.* Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**, v9, n 236, p1-5, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**,. 6. ed . Brasília: Ministério da Saúde, p.15, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Coordenação geral de doenças endêmicas. Área técnica de pneumologia sanitária. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação Rio Grande do Sul**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, p. 26, 2006.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim eletrônico epidemiológico 2, p.1-4, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano09_n02_inf_eletr_tb.pdf. Acessado em: 24/03/2011.

CÁCERES-MANRIQUE FM, OROZCO-VARGAS LC. Demora en el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en una región de Colombia. **Revista salud publica**, v10 ,n1 ,p94-104, 2008.

CAMBANIS A, *et al.* Duration and associated factors of patient delay during tuberculosis screening in rural Cameroon. **Tropical Medicine and International Health**. v12, n 2, p 1309–1314, 2007.

CAMBANIS A, *et al.* Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. **Tropical Medicine and International Health**. v 10, n 4, p 330–35, 2005.

CHANG CT, ESTERMAN A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. **The international electronic journal of rural and remote health research, education, practice and policy**.v7, n 667(on line), p 1-8, 2007.

CHENG G *et al.* Factors affecting delays in tuberculosis diagnosis in rural China: a case study in four counties in Shandong Province. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v 99, p 355- 62, 2005.

CHIANG CY *et al.* Patient and health system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis in Southern Taiwan. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**. v9, n9, p-1006-1012, 2005.

COMISSÃO DE TUBERCULOSE DA SBPT, GRUPO DE TRABALHO DAS DIRETRIZES PARA TUBERCULOSE DA SBPT. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v35,n 10, p1018-48, 2009.

DATE J, OKITA K. Gender and literacy: factors related to diagnostic delay and unsuccessful treatment of tuberculosis in the mountainous area of Yemen. **Int J Tuberc Lung Dis**, v9, p 680–85, 2005.

DEMISSIE M, LINDTJORN B e BERHANE Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. **BMC Public Health**, v2, p 23, 2002.

DÍEZ M *et al.* Determinants of patient delay among tuberculosis cases in Spain. **European journal of public health**, v. 14, n. 2, p.151-55, 2004.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. USA: Oxford University Press, p 200,1973.

DYE C *et al.* Evolution of Tuberculosis Control and Prospects for Reducing Tuberculosis Incidence, Prevalence, and Deaths Globally. **The journal of the American Medical Association** v 22, p 2767- 2775, 2003.

DEMISSIE M, LINDTJORN B, BERHANE Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. **BMC Public Health**,v2, p23, 2002.

DUMMER T, COOK I: Exploring China's rural health crisis: Processes and policy implications. **Health Policy**, v1, p1-16, 2007.

FEKETE, M C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Bibliografia básica do grupo GERUS. **Texto de apoio unidade I**, p114-119, 1997.

FORD CM *et al.* Factors associated with delayed tuberculosis test-seeking behaviour in the Peruvian Amazon. **Am J Trop Med Hyg**, v 81,n6, p1097-102, 2009.

- GAGLIOTTI C, RESI D, MORO LM. Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. **Int J Tuberc Lung Dis**, v10, n3, p 305–09, 2006.
- GAMBI, MO. Acceso a la salud en Chile. **Acta bioeth**, vol11, n1, pp. 47-64, 2005.
- GANDY M, ZUMLA A. The resurgence of disease: a social and historical perspective on the 'new' tuberculosis. **Social Science & Medicine**, v 55, p 385-96, 2002.
- GELE AA, BJUNE G, ABEBE F. Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia. **Biomedical central public health**, v9, n5, p1-7, 2009.
- GELE A *et al.* Barriers to tuberculosis care: a qualitative study among Somali pastoralists in Ethiopia. **Biomedical central Research Notes**. v3, n 86, p1-9, 2010.
- GODFREY-FAUSSETT P *et al.* Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v6, n9, p 796-805, 2002.
- GOMEZ A M N *et al.* Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. **Arch Bronconeumol**. v 39, p146–152,2003.
- GOSONIU GD *et al.* Gender and socio-cultural determinants of delay to diagnosis of TB in Bangladesh, India and Malawi. **Int J Tuberc Lung Dis**. v12, p 848–55, 2008.
- GÜNEYLIOGLU D *et al.* Factors affecting delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. **Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research**, V 10, n 2, p-62-67, 2004.
- HUONG NT *et al.* Delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis patients in Vietnam: a cross-sectional study. **Biomedical central public health**, v7, n 110, p1-8, 2007.
- JACKSON S *et al.*: Poverty and the economic effects of TB in rural China. **Int J Tuberc Lung Dis**, v10, p 1104-110, 2006
- JOHANSSON E, *et al.* Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. **Health Policy**,v 52, p33–51,2000.
- JOHANSSON E *et al.* Attitudes to compliance with tuberculosis treatment among women and men in Vietnam. **Int J Tuberc Lung Dis**,v3, p862–68, 1999.
- KARIM F *et al.* Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. **Health Policy and Planning**, v 22, p 329- 34, 2007.
- KIWUWA MS, CHARLES K, HARRIET MK. Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. **Biomedical central public health**.p5, n122, p1-7, 2005.

LACROIX C *et al.* The Delay in Diagnosis of Tuberculosis in the Monteregion region of Quebec, Canada. **McGill Journal of Medicine**, v11, n2, p124-31, 2008.

LEUNG ECC, LEUNG CC, TAM CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**. v13,n3, p221-27, 2007.

LIN HI, DENG CY, CHOU P. Diagnosis and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients identified using the Taiwan reporting enquiry system, 2002–2006. **Biomedical central public health**, v9, n55, p1-6, 2008.

LONG NH *et al.* Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis. **Health Policy**, v58, p69–81, 2001

LORENT N *et al.* Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda. **Int J Tuberc Lung Dis**, v 12, n4, p 392–96, 2008.

MAAMARI F. Case-finding tuberculosis patients: diagnostic and treatment delays and their determinants. **Eastern mediterranean health journal**, v14, n3, p531- 45, 2008.

MACIEL E *et al.* Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, v14, n11, p 1403-410, 2010.

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. **Biomedical central public health**, v8, n72, p1-8, 2008.

MESFIN MM *et al.* Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia **BMC Public Health**, v9, n 53, p1-10, 2009.

MESFIN MM *et al.* Delays and care seeking behaviour among tuberculosis patients in Tigray of northern Ethiopia. **Ethiop J Health Dev** ,v19, p7-12, 2005.

MFINANGA SG *et al.* The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. **Biomedical central public health**, v 8, n158, p1-8, 2008.

MILLEN SJ *et al.* The Effect of Diagnostic Delays on the Drop-Out Rate and the Total Delay to Diagnosis of Tuberculosis. **Plos One**, v3, n4, p.1-10, 2008.

MIRSAEIDI *et al.* A Long Delay from the First Symptom to Definite Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis. **Archives Iranian Medicine**, v10, n2, p 190 – 93, 2007.

MUNIZ JN, *et al.* A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.315-21,2005.

NGADAYA ES *et al.* Delay in Tuberculosis case detection in Pwani region, Tanzania. A cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v9, p196, 2009.

NGAMVITHAYAPONG J *et al.* Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand. **Int J Tuberc Lung Dis**, v5, n11, p1013–1020, 2001.

ODUSANYA O BABAFEMI JO. Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria. **Bmc Public Health**, v 4, p18, 2004.

OMS. **The global Plan to Stop TB 2006-2015**. Geneva:WHO; 2006

OMS. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009**, p303, 2009.

OKUTAN MO *et al.* Delay in the Diagnosis of Turkish Servicemen with Pulmonary Tuberculosis. **Military Medicine**, v 170, n3, p221-213, 2005.

OKUR E *et al.* Patterns of delays in diagnosis amongst patients with smear-positive pulmonary tuberculosis at a teaching hospital in Turkey. **Clinical Microbiology and Infection**, v12, n 1, p81-95, 2006.

OUÉDRAOGO M *et al.* Treatment seeking behaviour of smear-positive tuberculosis patients diagnosed in Burkina Faso. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v10, n2, p184-187, 2006.

PAYNTER S *et al.* Patient and health service delays in initiating treatment for patients with pulmonary tuberculosis: retrospective cohort study. **Int J Tuberc Lung Dis**, v8, n2, p180–185, 2004

PEHME L *et al.* Factors related to patient delay in pulmonary tuberculosis in Estonia. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**, v38, p1017- 22, 2006.

PEREIRA, AD *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.31, n.1, p. 55-61, 2010.

PRONYK PM *et al.* Assessing health seeking behaviour among tuberculosis patients in rural South Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, v5, n7, p619–27, 2001.

QURESHI SA, MORKVE O, MUSTAFA T. Patient and health system delays: Health-care seeking behaviour among pulmonary tuberculosis patients in Pakistan. **Journal Pakistan Medical Association**, v58, n6, p318-21, 2008.

RAJESWARI R *et al.* Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. **Int J Tuberc Lung Dis**, v6, n 9, p789–95, 2002.

RAMOS DD, LIMA MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, V19, n 1, p27-34, 2003.

RODGER A *et al.* Delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis, London, 1998-2000: analysis of surveillance data. **British Medical Journal**, V 326, p. 909-10, 2003.

ROJPIBULSTIT M, KANJANAKIRITAMRONG J, CHONGSUVIVATWONG V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v10, n4, p422- 428, 2006.

RUFFINO, M. E RUFFINO-NETTO, A. Alcohol consumption and pulmonary tuberculosis. **Rev. Saúde públ**, S. Paulo, 13:183-94, 1979.

SALIM H *et al.* Turning liabilities into resources: informal village doctors and tuberculosis control in Bangladesh. **Bull World Health Organ**, v6, p479-8, 2006.

SANTOS MAPS. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v 5, n 25, 2005.

SANZ B, BLASCO T. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid. **Int J Tuberc Lung Dis**, v11, n 6, p 639– 46, 2007.

SARMIENTO K *et al.* Help-seeking behavior of marginalized groups: a study of TB patients in Harlem, New York. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v10, n10, p1140- 45, 2006.

SELVAM JM *et al.* Health-seeking behaviour of new smear-positive TB patients under a DOTS programme in Tamil Nadu, India, 2003. **Int J Tuberc Lung Dis**, v11, n2, p161– 67, 2007.

SENDAGIRE I *et al.* Long Delays and Missed Opportunities in Diagnosing Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study. **Plos One**, v 5, n 12, p 14459, 2010.

SKORDIS-WORRALL J, HANSON K E MILLS A. Confusion, caring and tuberculosis diagnostic delay in Cape Town, South Africa. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v14, p 171– 80, 2010.

SINAN/SVS/MS. Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2009). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/incidencia_tabela2.pdf atualizado em 03/09/2010>. Acesso em: 25 out. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002.

TRAVASSOS C, OLIVEIRA EXG e VIACAVA F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil:1988 e 2003. **Ciências e saúde coletiva**, v11, n4, p975-86, 2006.

VILLA TCS *et al.* Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Revista Escola Enfermagem Paulista USP**, v41, n 1, p.98-104, 2008.

XU B, DIWAN VK; BOGG L. Access to tuberculosis care: What did chronic cough patients experience in the way of healthcare-seeking? **Scandinavian Journal of Public Health**, v 35, p 396– 02, 2007.

XU B *et al.* Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. **Int J Tuberc Lung Dis**, v 9, n7, p784–90, 2005.

WANDWALO ER, MORKVE O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. **Int J Tuberc Lung Dis**, v 4, n 2, 133–38, 2000.

WANG W *et al.* Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **European Journal of Public Health**, v 17, n 5, p 419–23, 2007.

WANG Y *et al.* Treatment seeking for symptoms suggestive of TB: comparison between migrants and permanent urban residents in Chongqing, China. **Tropical Medicine and International Health**, v13, n7, p 927–33, 2008.

VAN DER WERF MJ *et al.* Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. **Int J Tuberc Lung Dis**, v10, n4, p 390–95, 2006.

YAMASAKI-NAKAGAWA M *et al.* Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. **Int J Tuberc Lung Dis**, v 5, n1, p 24–31, 2001.

YIMER S, BJUNE G, ALENE G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study, v5, n 112, p 1-7, 2005.

ZACHARIAH R *et al.* How can the community contribute in the fight against HIV/AIDS and tuberculosis? An example from a rural district in Malawi. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v 100, p167-75, 2006.

ZERBINI E *et al.* Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. **Int J Tuberc Lung Dis**, v12, n1, p63–68, 2008.

II Relatório do trabalho de campo

Relatório do trabalho de campo

O presente texto foi construído como requisito para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O mestrado teve começo no mês de março do ano de 2010 e possui tempo de duração máxima prevista de 24 meses.

O projeto de pesquisa, também requisito para a finalização do mestrado, foi elaborado vinculado ao Projeto “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas” sob coordenação da Prof^a Roxana Isabel Cardozo Gonzáles, docente do Departamento de Enfermagem da UFPel.

A pesquisa é recorte do projeto acima e foi realizada com o objetivo de conhecer os fatores associados à demora dos doentes de TBP na procura por cuidados de saúde no município de Pelotas. Para isto utilizaram-se dados do perfil do doente - variáveis sociodemográficas, comportamentais, de conhecimento, geográficas e clínicas - como independentes e o tempo desde o início dos sintomas até a procura pelo serviço de saúde como variável dependente.

A coleta dos dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2009 por acadêmicos e uma mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, totalizando 102 indivíduos entrevistados, sendo que para o projeto em questão utilizaram-se dados apenas dos doentes de TBP, finalizando em 78 doentes a amostra.

Todos os entrevistadores receberam treinamento prévio e foram supervisionados por docentes engajados na pesquisa durante o processo de coleta dos dados. A verificação da qualidade no preenchimento dos dados ao final de cada coleta e resolutividade de problemas operacionais constituíram-se as principais atividades dos supervisores.

As entrevistas foram realizadas no PCT do município e no domicílio dos doentes em tratamento e cadastramento no programa, conforme disponibilidade e aceitabilidade dos doentes e profissionais do programa.

Após a coleta de dados foi construído um banco de dados para a entrada das informações no programa *Microsoft Excel, 2007*. A análise estatística foi realizada com o uso do software *Statística 9.1* com a construção de tabelas que contemplassem as características dos doentes de tuberculose pulmonar de Pelotas. Para tanto foi realizada análise descritiva, bivariada e teste chi-quadrado e de Fischer, com significância menor que 0,05.

Para a construção do artigo de defesa, busquei conhecer os fatores associados à demora do doente na procura por cuidados de saúde. A partir das informações colhidas na entrevista. A caracterização dos doentes foi construída em uma tabela com as proporções das variáveis estudadas.

Durante o período de construção do artigo em questão surgiram algumas dificuldades, como o fato dos dados já terem sido previamente coletados, uma vez que tornou mais difícil minha aproximação como os dados, já que o processo não se deu em sua integralidade. Outro fato que dificultou a realização da pesquisa foi o fato da inexperiência com o software utilizado na análise estatística, com o qual nunca havia tido contato. Além do fato de ter realizado o mestrado juntamente com o desenvolvimento da atividade profissional, o qual certamente interferiu no andamento do trabalho.

Além do artigo de defesa principal, foram criados mais dois artigos realizados a partir da revisão integrativa sobre o tema estudado. O segundo voltou para o estudo dos fatores associados à demora do doente na procura pelo serviço de saúde. Já o terceiro artigo também realizado a partir da revisão integrativa baseou-se nas definições de demora encontradas nas publicações.

No decorrer do curso de mestrado realizei capacitações de ordem operacional e estatística através dos equipamentos de teleconferência. As atualizações ocorreram entre os municípios brasileiros envolvidos no projeto multicêntrico localizados no Estado da Paraíba, Paraná, Pernambuco, São Paulo, Rio Grande do Sul bem como com a Universidade de Murcia na Espanha, fatos que oportunizaram vários debates durante as reuniões presenciais do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) Pelotas. Participei do grupo de pesquisa sobre TB, onde ocorrem discussões sobre a situação da doença no contexto local, políticas de controle no município, a rede de serviços de saúde na atenção a TB, orientações e

articulações para desenvolvimento de futuras pesquisas. No decorrer das atividades do grupo foi desenvolvido curso sobre banco de dados e revisão sistemática que posteriormente culminou com minha participação como monitora de um curso sobre revisão sistemática.

Nesse período também participei de uma publicação aceita para apresentação no formato pôster no IV Encontro Nacional de Tuberculose e no I Fórum da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose em maio de 2010, no Rio de Janeiro. Relacionado ao grupo ainda participou da construção de um capítulo de livro que contém os resultados do estudo multicêntrico organizado pelos pesquisadores do GEOTB/Ribeirão Preto. Além disso, da construção de um artigo na temática da TB publicado na revista *Journal of Nursing and Health*. Além de outros dois artigos: “Trajetória do doente de tuberculose em um município de grande porte: do primeiro contato com o serviço de saúde até o diagnóstico”, o qual vem sendo reestruturado, e “Características dos doentes associadas ao tipo de serviço de saúde utilizado para o diagnóstico da tuberculose em uma cidade do sul do Brasil, 2009”, o qual está em fase final de produção.

Ainda encontro-me como co-orientadora de um trabalho monográfico em andamento do curso de graduação em Enfermagem da UFPel, tendo como temática “O diagnóstico da tuberculose no Pronto Socorro de Pelotas: Condição Sensível a Atenção Primária” .

III ARTIGO

**O tempo do doente de tuberculose pulmonar na procura por cuidados de saúde:
análise dos fatores associados no município de Pelotas**

**Key factors related to the delay of the patient with pulmonary tuberculosis in the
municipality of Pelotas**

Caroline de Souza Kröning¹

Roxana Isabel Cardozo Gonzáles²

RESUMO

A demora no diagnóstico da tuberculose exacerba a doença em indivíduos afetados, aumenta o risco de morte e de transmissão dentro da comunidade. Nesse sentido o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, além de interromper a cadeia de transmissão da doença, aumenta as chances de cura do indivíduo. O estudo objetivou conhecer a demora do doente na procura pelo serviço de saúde e os fatores associados a ela no município de Pelotas/RS. Constitui-se de um estudo quantitativo de corte trasnversal, vinculado ao projeto multicêntrico intulado “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil”. A amostra foi composta por 78 doentes de tuberculose pulmonar em tratamento no período de julho a agosto de 2009, no Programa de Controle da Tuberculose de Pelotas. Na avaliação das variáveis estudadas utilizou-se o teste de associação do qui-quadrado e teste de Fischer, com significancia menor que 0,05. A demora do doente na procura por cuidados de saúde foi observada em 44,9% e a tosse foi identificada como o único fator associado à demora. Assim entende-se que esse achado sugere realização de mais estudos no sentido de propiciar uma maior aproximação do tema e assim promover agilidade na procura e obtenção de cuidados de saúde por provedores formais.

¹ Especialista em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

ABSTRACT

Delays in the diagnosis of tuberculosis exacerbate the disease in affected individuals, increasing the risk of death and also the transmission in the community. In this sense, early diagnosis and timely treatment break the chain of transmission of the disease and also increase the chances of curing the individual. This article focuses on the delay by patient to seeking for health care and the factors related to this, in the municipality of Pelotas / RS. It consists of a quantitative study of cross-sectional, it is linked to multicenter project entitled "Delay in the diagnosis of tuberculosis: analysis of the causes in different regions of Brazil." The sample comprised 78 patients with pulmonary tuberculosis treated in the period from July to August 2009, at the Tuberculosis Control Program of Pelotas. In the evaluation of the variables studied, test of association chi-square and Fischer's test, with significance less than 0.05 were used. The patient's delay in seeking health care was observed in 44.9% and the cough was identified as the only factor associated with delay. In such case it is understood that this finding suggests further studies in order to foster closer the subject and thus promote agility in finding and obtaining health care from formal providers.

Keywords: Pulmonary tuberculosis. Delay. Demands for health services.

Introdução

Há quase duas décadas a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a tuberculose (TB) é uma emergência mundial, uma vez que a enfermidade ainda se mantém como a segunda maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Estima-se que um terço da população mundial, aproximadamente dois bilhões de pessoas, encontra-se infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Desses, oito a nove milhões desenvolverão a doença e cerca de dois milhões morrerão, principalmente em países e regiões com condições socioeconômicas precárias⁽¹⁾.

As Américas possuem 3% dos casos de TB no mundo⁽¹⁾ e, nesse continente, somente o Brasil se encontra na lista dos 22 países de alta carga da doença no mundo,

ocupando, em 2006, a 16ª posição e, em 2007, a 19ª posição em relação ao número de casos, onde se mantém até hoje, e a 108ª posição em relação ao coeficiente de incidência⁽²⁾. Evidencia-se que a taxa de incidência tem apresentado tendência descendente, já que em 1990 correspondiam á 51,8/100.000 hab., passando para 37,2/100.000 hab. em 2010⁽³⁾.

O desempenho do Brasil na detecção de casos de TB tem permanecido acima da meta (70%) estabelecida pela OMS. Apresentou índice de detecção de casos pulmonares bacilíferos, de 82% no período de 2004 a 2006. Em 2008, registrou detecção de 82% dos casos esperados, 73% dos casos foram curados e 8,3% abandonaram o tratamento⁽⁴⁾.

Apesar da tendência descendente da incidência e melhora na detecção dos casos, a doença ainda representa um problema de saúde pública no país. A situação da TB está associada à demora no diagnóstico, que favorece a disseminação da infecção na comunidade e o agravamento da doença, contribuindo para o aumento da mortalidade⁽⁵⁾. Essa é um dos maiores obstáculos para os Programas de Controle da TB, uma vez que, mesmo com medidas que visem à contenção da doença e objetivem o diagnóstico, com a demora nessas medidas a doença se mantém na comunidade⁽⁶⁾.

O diagnóstico de TB é uma responsabilidade partilhada entre o doente e o serviços de saúde. O doente deve suspeitar do adoecimento e procurar auxílio e os serviços de saúde, além de suspeitar da doença, devem diagnosticar e educar as pessoas sobre a enfermidade.

Doentes tomam decisões na procura de cuidados de saúde, as quais dependem de vários fatores, alguns comuns a muitos países e outros relacionados a contextos específicos. O conhecimento insuficiente da TB, o analfabetismo, as longas distâncias para acessar os cuidados de saúde e a utilização de cuidados informais têm sido associados a longos tempos na procura por cuidados de saúde^{(7) (8) (9)}.

Muito pouco é conhecido quanto ao comportamento dos doentes na procura por cuidados de saúde. Nesse sentido é de fundamental importância conhecer os fatores que influenciam nesse processo – foco desta investigação, que objetiva identificar os fatores associados à demora do doente na procura por cuidados de saúde para o diagnóstico da Tuberculose Pulmonar no município de Pelotas/RS.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Estudo de abordagem quantitativa e corte transversal. Os dados utilizados são provenientes do banco de dados da pesquisa “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas” que por sua vez faz parte do estudo multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil”, aprovado e financiado pelo MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 034/2008 575386/2008-8. Tal estudo desenvolveu todas as etapas do plano amostral, identificação de participantes elegíveis, treinamento dos entrevistadores, coleta dos dados, foi conduzido no período de julho a dezembro de 2009 no Programa de Controle da Tuberculose de Pelotas/RS.

Amostra

A população do estudo de referência foi constituída por meio da amostragem por conveniência. No período de coleta dos dados existiam 178 pessoas com TB em tratamento no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Pelotas/RS, aos quais foram aplicados os critérios de inclusão (doentes de TB em tratamento no período de junho a agosto de 2009, maiores de 18 anos, fora do sistema prisional e residentes na área de abrangência do município de Pelotas) e exclusão (participantes do teste piloto da pesquisa, diagnosticados fora dos serviços de saúde do município de Pelotas, sujeito portador de transtorno mental com dificuldade acentuada de responder às questões de pesquisa), restando 124 doentes. Desses, 22 sujeitos não participaram do estudo, pois 17 não foram localizados durante a coleta, dois estavam hospitalizados, e três foram a óbito, resultando em um total de 102 sujeitos entrevistados. Desse total, foram incluídos no estudo os diagnosticados unicamente com TB pulmonar, totalizando uma amostra final de 78 casos.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por entrevistadores que receberam treinamento prévio e que foram supervisionados por docentes engajados na pesquisa. A verificação da qualidade no preenchimento dos dados, ao final de cada entrevista, bem como a resolutividade de problemas operacionais constituíram-se das principais atividades dos supervisores. As entrevistas foram realizadas no PCT e no domicílio dos doentes através

da aplicação de um instrumento estruturado no período de julho a dezembro de 2009. Todas as informações coletadas foram auto relatadas pelo sujeitos da pesquisa.

Variável dependente: tempo do doente na procura por cuidados de saúde

O tempo do doente foi definido como o tempo entre o início dos sintomas e a procura por cuidados de saúde, ou seja, o ato de ir até o serviço de saúde. Com o propósito de estimar o tempo do doente utilizou-se a questão aberta do questionário: “Quando o(a) Sr(a) começou a perceber que estava doente, quantos dias demorou para procurar o primeiro serviço de saúde?”.

As respostas foram agrupadas em duas categorias, separadas por um ponto de corte de 30 dias. Os tempos inferiores ao ponto de corte foram considerados oportunos, os tempos iguais ou superiores demora do doente na procura por cuidados de saúde. A delimitação do ponto de corte foi realizada com base em uma revisão bibliográfica, a qual evidenciou o tempo de 30 dias, como ponto de corte de maior prevalência na definição de demora do doente de TB na procura por cuidados de saúde.

Variáveis independentes

As variáveis sociodemográficas, comportamentais e de conhecimento da TB utilizadas foram: sexo (masculino/ feminino); idade em anos completos (de 18 a 39 anos/de 40 a 59 anos e 60 ou mais); raça/cor (branco/negro/outros); escolaridade em anos completos de estudo formal (< 8 anos/ ≥ 8 anos); estado civil (solteiro/casado/outros) situação empregatícia (desempregado/empregado/outros); renda familiar em salários mínimos (SM) (< 2 SM/ ≥ 2 SM) e consumo de bebida alcoólica e cigarro (não/sim). As variáveis tipo de caso, clínicas e as experiências com a doença, segundo o tempo do doente, foram relacionadas ao tipo de caso (novo/outros) a variável outros diz respeito a recidivas e retratamento; tipo de sintomas (tosse/outros sintomas); intensidade dos sintomas (forte/fraco-moderada); conhecimento sobre a TB (ruim/bom); contato prévio com pessoas em tratamento para TB (não/sim) e ter presenciado campanhas educativas sobre a TB (não/sim). As variáveis geográficas foram: distância (distante/próximo), que se refere à distância entre a residência do doente e o serviço de saúde; custo com transporte (não/sim) e necessidade de ajuda financeira (não/sim).

Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos por meio dos questionários foram transferidos para a planilha eletrônica *Microsoft Excel*, 2007. As análises estatísticas foram conduzidas no pacote estatístico *Statistica 9.1* da *StatSoft*. No estudo de associação empregou-se o teste qui-quadrado e o teste Fischer utilizando um valor de $p < 0,05$.

Considerações éticas

Os direitos éticos foram assegurados de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa obteve aprovação (nº 2009/04) pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Todos os participantes do estudo assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e foi-lhes garantido anonimato das informações.

Resultados

O estudo foi constituído por 78 doentes de TB, inscritos no PCT/Pelotas destes 74,4% era do sexo masculino, 47,4% tinham entre 40-59 anos de idade, 55,1% era da raça branca e 80,8% possuíam menos de oito anos de estudo.

A maior parte, 55,1%, dos doentes apresentou tempo oportuno na procura pelo serviço de saúde, porém 44,9% ainda apresentam algum tipo de dificuldade, demora, para a procura por cuidados de saúde. A Tab. 1 mostra a distribuição do tempo do doente na procura por cuidados de saúde segundo variáveis sociodemográficas e comportamentais, não havendo associação estatística entre as variáveis. Destaca-se que em ambos os tempos (oportuno e demora) prevaleceu o sexo masculino, a faixa etária de 40 a 59 anos, a cor branca, as pessoas com escolaridade menor de oito anos, a renda menor de dois salários mínimos, o consumo de álcool e o uso de cigarro.

No que se refere ao estado civil, identificou-se que entre os doentes que apresentaram tempo oportuno houve maior prevalência entre os solteiros, enquanto que entre os doentes com demora a maioria era casada.

Houve predomínio de desempregados entre os doentes com tempo oportuno. A maioria dos doentes com demora encontravam-se empregados.

Tabela 1- Tempo do doente na procura por cuidados de saúde segundo as variáveis sociodemográficas. Pelotas/RS, 2009.

Variáveis	Tempo do doente na procura por cuidados de saúde		Total	p
	Oportuno	Demora		
	(< 30 dias)	(≥ 30 dias)		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				0,611
Feminino	12 (27,9)	08 (22,9)	20 (25,6)	
Masculino	31 (72,1)	27 (77,1)	58 (74,4)	
Idade				0,368 [#]
18-39 anos	19 (44,2)	13 (37,1)	32 (41,1)	
40-59 anos	21 (48,8)	16 (45,7)	37 (47,4)	
60 ou mais	03 (07)	06 (17,2)	09 (11,5)	
Raça/cor				0,589 [#]
Negro	14 (32,6)	14 (40)	28 (35,)	
Branco	24 (55,8)	19 (54,3)	43 (55,1)	
Outros	05 (11,6)	02 (5,7)	07 (8,9)	
Escolaridade				0,189
< 8 anos	37 (86)	26 (74,3)	63 (80,8)	
≥ 8 anos	06 (14)	09 (25,7)	15 (19,2)	
Estado Civil				0,616
Solteiro	22 (51,1)	14 (40)	36 (46,1)	
Casado	15 (34,9)	15 (42,9)	30 (38,5)	
Outros	06 (14)	06 (17,1)	12 (15,4)	
Situação Empregatória				0,398
Desempregado	17 (39,5)	11 (31,4)	28 (35,8)	
Empregado	11 (25,6)	14 (40)	25 (32,1)	
Outros	15 (34,9)	10 (28,6)	25 (32,1)	
Renda Familiar*				0,861
<2 SM	33 (76,7)	24 (75)	57 (76)	
≥ 2 SM	10 (23,3)	08 (25)	18 (24)	
Consumo de Álcool				0,611 [#]
Não	08 (18,6)	05 (14,3)	13 (16,7)	
Sim	35 (81,4)	30 (85,7)	65 (83,3)	
Consumo de Fumo				0,434
Não	09 (20,9)	10 (28,6)	19 (24,4)	
Sim	34 (79,1)	25 (71,4)	59 (75,6)	

* n = 75, SM = R\$465,00 reais na época do estudo.

[#]Teste Fisher

A Tab. 2 apresenta a distribuição do tempo do doente, segundo as variáveis tipo de caso, clínicas e as experiências com a doença. Identificou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo do doente e o tipo de sintoma ($p < 0,027$). Embora as variáveis apresentem maior prevalência de casos novos, intensidade forte dos sintomas, conhecimento ruim sobre a TB, ausência de contato prévio com a doença, de pessoas que presenciaram campanhas educativas relacionadas à TB, em ambos os tempos (oportuno e demora) suas associações não foram estatisticamente significante.

Tabela 2 – Tempo do doente na procura por cuidados de saúde segundo as variáveis tipo de caso, clínicas e de experiência com a doença. Pelotas/RS, 2009.

Variáveis	Tempo do doente na procura por cuidados de saúde		Total	p
	Oportuno	Demora		
	(< 30 dias)	(≥ 30 dias)		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tipo de caso				0,876
Novo	35 (81,4)	28 (80)	63 (80,8)	
Outros	08 (18,6)	07 (20)	15 (19,2)	
Tipo de Sintoma				0,027
Tosse	21 (48,8)	28 (80)	49 (62,8)	
Outros sintomas	22 (51,2)	07 (20)	29 (37,2)	
Intensidade dos sintomas				0,836
Forte	28 (65,1)	22 (51,2)	50 (64,1)	
Fraca- Moderada	15 (34,9)	13 (48,8)	28 (35,9)	
Conhecimento sobre a TB				0,704
Ruim	29 (67,4)	25 (71,4)	54 (69,2)	
Bom	14 (32,6)	10 (28,6)	24 (30,8)	
Contato prévio com TB #				0,648
Não	25 (58,1)	18 (52,9)	43 (55,8)	
Sim	18 (41,9)	16 (47,1)	34 (44,2)	
Campanhas educativas				0,189
Não	8 (18,6)	11 (31,4)	19 (24,4)	
Sim	35 (81,4)	24 (68,6)	59 (75,6)	

n= 77.

A Tab. 3 mostra a distribuição das características geográficas segundo o tempo decorrido entre os primeiros sintomas e a procura por cuidados de saúde. Identificou-se que em ambos os tempos (oportuno e demora) a maioria dos doentes considerou distante o serviço de saúde da sua residência, assim como ter custo com transporte e não necessitar de auxílio financeiro para o deslocamento até o serviço. A associação dessas variáveis ao tempo de buscar por cuidados de saúde também não se apresentou estatisticamente significativa.

Tabela 3 – Tempo do doente na procura por cuidados de saúde segundo as variáveis geográficas. Pelotas/RS, 2009.

Variáveis	Tempo do doente na procura por cuidados de saúde		Total	p
	Oportuno	Demora		
	(< 30 dias)	(≥ 30 dias)		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Distância				0,136
Distante	25 (58,1)	26 (74,3)	51 (65,4)	
Próximo	18 (41,8)	09 (25,7)	27 (34,6)	
Custo com o transporte				0,873
Não	13 (30,2)	10 (28,6)	23 (29,5)	
Sim	30 (69,8)	25 (71,4)	55 (70,6)	
Necessidade de ajuda financeira				0,520
Não	30 (69,8)	22 (62,9)	52 (66,7)	
Sim	13 (30,2)	13 (37,1)	26 (33,3)	

Discussão

Um aspecto a ser destacado no presente estudo é que não há uma definição consensual para a demora no diagnóstico da TB ⁽¹⁰⁾. Esse fato pode ter alterado os achados, logo que o valor utilizado para conceituar a demora do doente na procura por cuidados não possui uma justificativa sustentável para tal fato.

Apartir dos dados encontrados fica claro que apesar da maior parte dos doentes, 55,1%, ter apresentado um tempo considerado oportuno na busca por cuidados de saúde, a prevalência de doentes que demoram a procurar por auxílio ainda é elevado, 44, 9%. Diversos estudos tem apresentado altas prevalências de demora na procura por cuidados de saúde ^{(11) (12) (13) (14)}.

A tuberculose é uma doença com fortes raízes em populações de baixo poder socioeconômico. A demora do doente de TB na procura por cuidados de saúde também no mesmo sentido esta relacionada ao baixo nível socioeconômico nível de conhecimento e conscientização da doença e da falta de informação sobre a disponibilidade de tratamento gratuito. Por isso é importante à educação em saúde sobre sintomas da TB e os cuidados médicos ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾.

A principal intervenção na redução da demora reside na facilitação do uso de os serviços de saúde, da sensibilização e concientização sobre a doença. Deve-se enfatizar que tanto o paciente, bem como a demora do médico representam um desafio substancial para os programas de combate a TB, e deve ser tratada como uma questão de prioridade ⁽¹¹⁾.

Quanto variável sexo não foi evidenciada associação estatisticamente significativa com a variável tempo (demora do doente), diferente de alguns estudos realizados em países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Alto ⁽¹⁰⁾⁽⁶⁾ e países com IDH Médio ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾. Contudo, os achados foram semelhantes às evidências encontradas em estudos realizados em países com IDH Baixo ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

A questão do sexo relacionado ao tempo do doente sofre grande influência da cultura do local. Em um estudo em que a demora aparece associada ao sexo feminino há predomínio de uma cultura conservadora, onde a mulher se mostra submissa ao homem, como se pode observar pela justificativa do estudo para maior demora das mulheres: dificuldade de locomoção, maiores taxas de desemprego e de acessibilidade limitada e não ter poderes de autoridade no lar ⁽²²⁾. Já nos estudos que apresentam associação com o sexo masculino à demora parece estar relacionada ao aspecto econômico, como demorar na procura devido à falta de incentivo, o medo dos custos do diagnóstico e do tratamento ⁽²³⁾ e perda de longos períodos de trabalho. ⁽²⁴⁾.

A demora do doente relacionada à baixa escolaridade foi referida po autores de estudos realizados em países com diferentes IDH ⁽¹⁸⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹¹⁾, o que não foi encontrado no estudo. Algumas pesquisas que apresentaram resultados semelhantes ao achado foram desenvolvidas em países com IDH alto ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾. Em nosso estudo a ausência de associação pode ter ocorrido pelo fato de a grande maioria dos doentes, acima de 80% da amostra, ter apresentado baixa escolaridade, podendo-se inferir que a baixa escolaridade está relacionada à doença, e que ausência de associação em nosso estudo pode estar relacionado ao baixo poder estatístico apresentado.

No que se refere à renda familiar em ambos os tempos (oportuno e demora) a renda mensal era inferior a dois salários mínimos. Esta variável quando associada à demora foi significativa em vários estudos ^{(17) (30) (31)} de países com IDH Médio. As explicações para tais achados estão relacionadas à necessidade de vender bens pessoais para chegar ao serviço de saúde, medo de encargos financeiros trazidos pela doença, as possíveis horas de trabalho perdidas e o custo das visitas aos serviços de saúde, que desencorajam os doentes com TB a procurar o diagnóstico biomédico e incentivam o uso de métodos alternativos ^{(9) (16) (32) (33) (34)}.

Quanto ao conhecimento sobre a TB e a demora do doente, atores encontraram equívocos nos relatos sobre a doença. Na Ásia associam a transmissão da TB à exposição ao frio, a maus espíritos, à vontade de Deus, ao tabagismo, ao trabalho duro, ao ar frio, à exposição a poeira, à desnutrição. Ainda, a tosse persistente foi considerada fenômeno normal, não um sintoma potencial da enfermidade ^{(9) (33) (34) (35)}.

No estudo de Zerbini *et al.* ⁽³⁶⁾ os sujeitos mencionaram que a transmissão da TB ocorria por meio de utensílios, alimentos, água e sexo. Apesar do equivocado conhecimento sobre a doença, a maioria das pessoas afirmaram que a TB é perigosa, porém acreditam que a TB ainda não tem cura, mostrando que o conhecimento sobre a enfermidade é inadequado ^{(30) (32)}.

Isso reflete uma falta de consciência da natureza contagiosa da doença, que justifica uma intervenção urgente e reforçada no âmbito da educação sanitária ⁽³⁴⁾.

Nas publicações de Sendagire *et al.* ⁽²⁰⁾, Maciel *et al.* ⁽²⁶⁾, van der Werf *et al.* ⁽³⁷⁾, Rajeswari *et al.* (2002) ⁽¹⁷⁾ e Gomez *et al.* ⁽³⁸⁾ o uso de álcool está associado à demora do doente, contrariamente ao resultado deste estudo. O alcoolismo crônico está associado à queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social, exposições a situações de risco, entre outros. É considerado importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças ^{(39), (40)}. Esse adoecimento constante e baixa condição de vida podem favorecer a banalização dos sintomas e acabam por gerar maior demora na procura por cuidados.

O fumo não apresentou associação com a demora em nosso estudo, já em um estudo realizado no Nepal ser tabagista esteve associado a um maior tempo do doente, uma vez que a presença de tosse diariamente pelo uso contínuo do cigarro pode não ser reconhecida como sintoma da enfermidade ⁽⁵⁾.

A tosse aparece como o unico fator com associação estatisticamente significativa para a demora do doente nesta pesquisa. No estudo de Besen, Staub e Silva ⁽⁴¹⁾ a tosse

aparece como o sintoma mais frequente em 84% dos casos. Apesar dessa alta prevalência, a tosse pode não impossibilitar o doente de manter suas atividades cotidianas⁽⁴²⁾ e ser associada a outras patologias que não a TB⁽⁴³⁾, dessa forma ele não procura o serviço de saúde para atenção imediata⁽⁴⁴⁾.

Estudo realizado por Muniz *et al*⁽⁴⁴⁾ revelou que, na procura ativa do sintomático respiratório entre agentes de saúde, estes descreveram a tosse como sintoma de menor importância na identificação dos sintomáticos.

Vários estudos^{(26) (45) (15) (36)} identificaram que a tosse foi o principal motivos para maior demora dos doentes, pelo fato de negligenciarem o sintoma. Avaliam a tosse como um sintoma banal e em consequência retardam a procura por cuidados nos serviços de saúde^{(15) (27) (34)}. Ainda a demora de doentes que apresentam tosse como principal sintoma pode ocorrer devido à coexistência de outras doenças pulmonares⁽⁴⁶⁾. Finalmente cabe ressaltar que os achados do estudo podem ter sofrido influência quando à precisão do tempo referido pelo doente, uma vez que os sintomas específicos da TB inicialmente podem ser leves e portanto não ser valorizados como problema de saúde. Identificou-se como limitação do estudo o número pequeno da amostra.

Percebe-se a complexidade de estimar fatores específicos que sirvam como parâmetros para determinar as suas influências na demora do doente de TB. Nesse sentido, sugere-se a realização de estudos envolvendo vários locais com diversas características comuns para obter uma maior aproximação das semelhanças e diferenças no comportamento dos fatores que influenciam na demora do doente, no sentido de promover a agilidade na procura e obtenção de cuidados de saúde por provedores formais.

Conclusões

Neste estudo, a maior parte dos doentes apresentou tempo oportuno na procura por cuidados de saúde, porém houve uma porcentagem significativa de doentes de TB com demora. Das variáveis estudadas a única que obteve associação significativa com a demora do doente foi a presença de tosse. Resaltando a importância da implementação de fortes medidas educativas a fim de alertar a população quanto a sintomatologia da doença e a importância de um diagnóstico precoce da doença.

Referências

- 1 OMS. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. 303p
- 2 OMS. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2011. 258p
- 3 SINAN/SVS/MS. Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2010). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/incidencia_tabela2.pdf atualizado em 31/05/2011. Acessado em 11/10/2011.
- 4 World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Control. WHO Report, 2010.
- 5 Basnet R, Hinderaker SG, Enarson D *et al.* Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. *BMC Public Health*. 2009;9(236):5-1.
- 6 Cáceres-Manrique FM, Orozco-Vargas LC. Demora en el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en una región de Colombia. *Revista salud publica*. 2008;10(1):104-94.
- 7 Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. *BMC Public Health*. 2002;2(1):23.
- 8 Mesfin M, Tasew W, Tareke G *et al.* Delays and care seeking behaviour among tuberculosis patients in Tigray of northern Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*. 2005;19(Special Issue):7-12.
- 9 Cambanis A, Yassin M, Ramsay A *et al.* Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. *Tropical Medicine and International Health*. 2005;10(4):330–335.
- 10 Machado A, Steffen R, Oxlade O *et al* Trajmann. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *J bras pneumol*. 2011;37(4):512-520.
- 11 Wandwalo E, Morkve O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000;4(2):133-138.
- 12 Odusanya O Babafemi JO. Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria. *Bmc Public Health* 2004; 4:18.
- 13 Ngadaya ES, Mfinanga GS, Wandwalo ER *et al.* Delay in Tuberculosis case detection in Pwani region, Tanzania. A cross sectional study. *BMC Health Services Research* 2009; 9:196.
- 14 Sarmiento K, Hirsch-Moverman H, Colson PW *et al.* Help-seeking behavior of marginalized groups: a study of TB patients in Harlem, New York. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(10):1140–1145.
- 15 Meintjes G, Schoeman H, Morron C *et al.* Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross sectional study. *Biomedical central public health*. 2008;8(72):1-8.

- 16 Rojpiibulstit M, Kanjanakiritanrong J, Chongsuivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2006;10(4):422-428.
- 17 Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, S *et al*. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002;6(9):789-795.
- 18 Mesfin MM, Newell JN, Walley JD *et al*. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia *BMC Public Health* 2009; 9(53): 1-10.
- 19 Gele A, Bjune G, Abebe F. Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia. *Biomedical central public health*. 2009;9(5):1-7.
- 20 Sendagire I, Van der Loeff M, Mubiru M *et al*. Long Delays and Missed Opportunities in Diagnosing Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study. *Plos One*. 2010;5(12):14459.
- 21 Lorent N, Mugwaneza P, Mugabekazi J *et al*. Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(4):392–396.
- 22 Chang CT, Esterman A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. *Rural Remote Health* 2007; 7:667.
- 23 Long NH, Johansson E, Diwan VK *et al*. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Viet Nam: a gender analysis. *Health Policy* 2001;58:69–81.
- 24 Ford CM, Bayer AM, Gilman RH, *et al*. Factors associated with delayed tuberculosis test-seeking behaviour in the Peruvian Amazon. *Am J Trop Med Hyg* 2009; 81(6): 1097-1102.
- 25 Xu B, Jiang Q, Xiu Y *et al* Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005; 9(7):784–790
- 26 Maciel E, Golub J, Peres R *et al*. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14(11):1403-1410.
- 27 Okur E, Yilmaz A, Saygi A *et al*. Patterns of delays in diagnosis amongst patients with smear-positive pulmonary tuberculosis at a teaching hospital in Turkey. *Clinical Microbiology and Infection*. 2006;12(1):81-95.
- 28 van der Werf MJ, Borgdorff M. Targets for tuberculosis control: how confident can we be about the data?. *Bull World Health Organ*. 2007;85(5):370-376.
- 29 Güneylioglu D, Yilmaz A, Bilgin S, *et al*. Factors affecting delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Med Sci Monit* 2004; 10(2): 62-67.
- 30 Wang W, Jiang Q, Abdullah ASM *et al*. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *European Journal of Public Health*. 2007;17(5):419-23.

- 31 Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A *et al.* Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(11):1013–1020.
- 32 Qureshi S, Morkve O, Mustafa T. Patient and health system delays: Health-care seeking behaviour among pulmonary tuberculosis patients in Pakistan. *Journal Pakistan Medical Association.* 2008;58(6):318-21.
- 33 Kiwuwa M, Charles K, Harriet M. Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. *Biomedical central public health.* 2005;5(122):1-7.
- 34 Gele A, Sagbakken M, Abebe F *et al.* Barriers to tuberculosis care: a qualitative study among Somali pastoralists in Ethiopia. *Biomedical central Research Notes.* 2010;3(86):1-9.
- 35 Mesfin MM, Newell JN, Walley JD *et al.* Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. *BMC Public Health* 2009, 9:53.
- 36 Zerbini E, Chirico M, Salvadores B *et al.* Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12(1):63–68.
- 37 van der Werf MJ, Chechulin Y, Yegorova OB, *et al.* Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(4):390–395.
- 38 Gomez A, Megías AJ, Soler JC *et al.* Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. *Arch Bronconeumol.* 2003;39:146–152.
- 39 Caron-Ruffino, M, Ruffino-Netto, A. Alcohol consumption and pulmonary tuberculosis. *Rev Saúde públ* 1979; 13: 183-94.
- 40 Ministério da Saúde . Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referencia Prof Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
- 41 Besen A, Staub GJ, da Silva RM. Manifestações clínicas, radiológicas e laboratoriais em indivíduos com tuberculose pulmonar: estudo comparativo entre indivíduos HIV positivos e HIV negativos internados em um hospital de referência *J Bras Pneumol* 2011; 37(6):768-775
- 42 Reigota RM, Carandina L. Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP - Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. *Bol Pneumol Sanit.* 2002;10(1):23-30.
- 43 Lacroix C, Martin P, Turcotte S *et al.* The Delay in Diagnosis of Tuberculosis in the Monteregion region of Quebec, Canada. *McGill Journal of Medicine.* 2008;11(2):124-131.
- 44 Muniz J, Palha PF, Monroe AA *et al.* A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2005; 10(2):315-21.
- 45 Sanz B, Blasco T. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11(6):639–646.

46 Storla D, Yimer S, Bjune G. A systematic review of delay in the diagnosis treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008;8(15):1-9.

Fatores associados ao tempo do doente de tuberculose na procura por cuidados de saúde: revisão integrativa

Factors related to the time of tuberculosis patients looking for health care: an integrative review

Caroline de Souza Kröning¹

Roxana Isabel Cardozo Gonzáles²

RESUMO

O estudo objetivou identificar os principais fatores associados ao tempo do doente na procura por cuidados de saúde para o diagnóstico da TB Pulmonar encontrados na literatura, a partir de uma revisão integrativa de 52 estudos, publicados entre 2000 e 2010, em Português Inglês ou Espanhol. A distância entre o serviço de saúde e a residência do doente e o tipo de serviço procurado foram os fatores mais prevalentes nos estudos, estando presentes em 12 publicações cada fator. Outros fatores associados ao tempo do doente foram: sexo, idade, sintoma, ocupação, consumo de álcool e fumo, escolaridade, etnia, situação econômica, zona de moradia. Eles variaram de acordo com a realidade e cultura local, reforçando a influência do contexto, onde os sujeitos de estudo estiveram inseridos.

Palavras-chaves: Revisão integrativa. Demora do doente. Diagnóstico de TB. Fatores associados.

ABSTRACT

The study aimed to identify the key factors that are related to the time taken by a patient to seek for health care for the diagnosis of Pulmonary TB, found in the literature from an integrative review of 52 studies published between 2000 to 2010, in Portuguese English or Spanish. The distance between the health service and residence of the patient

¹ Especialista em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

and the type of service sought were the factors most prevalent in the study, being present in 12 publications, each factor. Other factors related to the time taken by a patient to seek care center were sex, age, symptoms, occupation, smoking and alcohol consumption, education, ethnicity, economic status, area of residence among others. These varied in accordance with local culture and reality, reinforcing the influence of context, which the study subjects were included.

Keywords: Integrative review. Patient delay. Diagnosis of TB. Associated factors.

Introdução

A Tuberculose (TB) é um problema global de saúde pública ⁽¹⁾. Um dos principais entraves em seu controle é a demora na detecção dos doentes de TB. Para diminuir da demora do doente na procura por cuidados, garantir a acessibilidade aos serviços de saúde é fundamental, a fim de que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Para Mendoza-Sassi, Béria e Barros⁽²⁾ a acessibilidade aos serviços de saúde é resultado da interação de uma série de fatores. As razões que levam as pessoas a procurarem por cuidados de saúde derivam da interação de fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, e dos perfis de morbidade, sendo que os efeitos e a importância relativa de cada fator são afetados pela cultura, pelas políticas de saúde vigentes e as características do sistema de saúde.

Considerar o enfoque centrado no doente permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a procura e obtenção dessa assistência⁽³⁾. A acessibilidade e o uso de serviços de saúde recai sobre os cuidados indispensáveis a um doente de TB que precisa ingressar na rede de serviços o mais precocemente possível para dela ter acesso aos exames diagnósticos e tratamentos eficazes.

Desta forma quanto mais difícil a acessibilidade quanto maior a demora por procura a assistência em saúde, mais graves serão as consequências de existir um enfermo de TB, tanto no plano individual como no coletivo. Portanto, faz-se necessário estimular a integralidade nas práticas vigentes para construção de novos caminhos que propiciem um cuidado fundamentado no modo de ser de cada indivíduo ⁽⁴⁾.

O processo de desigualdade no estado de saúde de diversas populações do mundo, particularmente entre os países em desenvolvimento, tem sido alvo de permanente preocupação, principalmente no que se refere à garantia do acesso e utilização de serviços de saúde ⁽⁵⁾. Várias pesquisas têm estudado sobre a demora do doente na procura por cuidados referentes à TB Pulmonar em diferentes grupos populacionais. Contudo, evidencia-se a necessidade da sistematização e síntese dessas informações no intuito de facilitar a apropriação dos conhecimentos sobre os fatores que influenciam na demora do doente para o diagnóstico, visando o aprimoramento das ações de prevenção. Realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de conhecer os fatores associados à demora do doente na procura por cuidados de saúde, nas publicações dos últimos dez anos.

Metodologia

A revisão integrativa, como metodologia, possibilita a síntese do conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos realizados por meio de métodos diversos. Tem o potencial de desempenhar um importante papel na Prática Baseada em Evidências ⁽⁶⁾. Nesse sentido, realizou-se uma revisão integrativa tendo as seguintes fontes de dados: Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Public Medical (PubMed).

Para iniciar a pesquisa, foi realizada consulta dos descritores a serem utilizados no estudo pelo *Medical Subject Headings* (Termos MESH) e ao *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS), onde foram identificados os descritores ‘Diagnosis’ e ‘Tuberculosis’ como descritores padronizados e ‘Delay’ como não-padronizado. A estratégia de busca foi estruturada unindo os descritores e a palavra livre ‘Delay’ com o booleano ‘AND’. Apenas na biblioteca virtual PAHO a busca de dados foi realizada por ‘palavra livre’, utilizando os mesmos termos citados anteriormente.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: estudos desenvolvidos com doentes de TB Pulmonar e que abordaram o tempo compreendido desde o início dos sintomas da doença até a procura por cuidados de saúde. A busca de estudos limitou-se a pesquisas primárias de natureza quantitativa, publicados no formato de artigo, em idioma espanhol, inglês e português, com doentes maiores de 15 anos, no período de 2000 a 2010. Considerou-se o período de 10 anos por entender-se que seja um intervalo

apropriado para a captura do maior número de publicações sobre a temática. A busca de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2011.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi elaborado um instrumento com as seguintes informações: referência do estudo, ano, país, cultura, delineamento e população do estudo e fatores associados. A utilização do instrumento visou verificar se os estudos atingiam os critérios de inclusão. As informações de cada artigo foram retidas dos textos conforme a descrição de cada autor.

Resultados

Com base nesses critérios de inclusão, selecionaram-se 52 estudos, cujo processo de seleção é apresentado na Fig. 1.

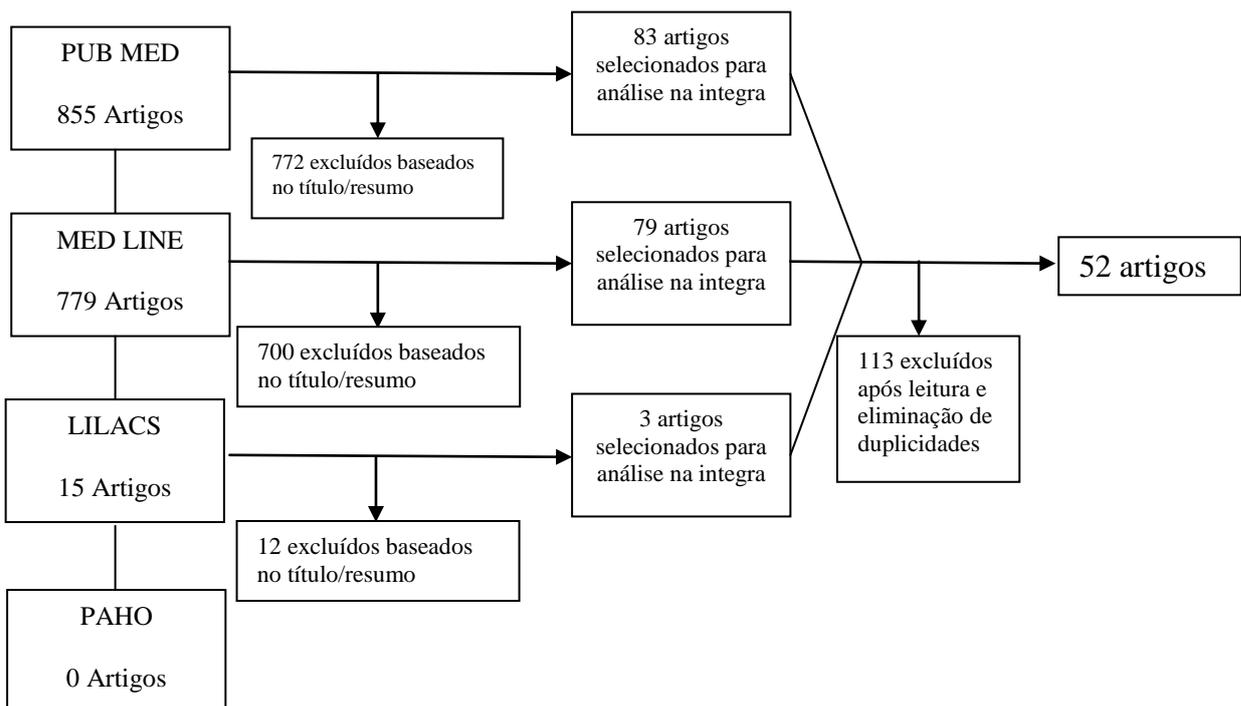


Figura 1 - Processo de seleção de artigos que compõem a amostra analisada.

Dos 52 estudos analisados, em relação ao ano de produção identificou-se que no período de 2005 a 2008 concentrou-se o maior número de publicações (34 artigos), correspondendo a 65,4% do total da amostra⁽⁷⁻⁴⁰⁾. Destaca-se o ano de 2008, com nove publicações⁽¹⁴⁻¹⁶⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Ao caracterizar os estudos de acordo com a cultura dos países, 16 pertenciam à cultura africana⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁻¹⁷⁾⁽²⁴⁾⁽²⁸⁾⁽⁴¹⁻⁴⁸⁾, à oriental⁽⁸⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²⁶⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³²⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴⁹⁻⁵²⁾,

oito à árabe⁽¹⁴⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁸⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾, sete à europeia⁽¹¹⁾⁽²⁵⁾⁽³¹⁾⁽³³⁾⁽³⁷⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾, quatro à Latino-americana⁽²³⁾⁽²⁷⁾⁽³⁹⁾⁽⁵⁷⁾ e um à anglo-americana⁽³⁶⁾.

Em relação ao delineamento dos estudos, 61,5% dos artigos apresentaram o tipo de estudo. Desses, 20 citaram deliniamento transversal⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁻¹⁷⁾⁽¹⁹⁻²⁴⁾⁽³⁰⁾⁽³⁶⁾⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾⁽⁵²⁾, dois transversal/retrospectivo⁽²⁷⁾⁽⁴⁹⁾, dois descritivos⁽⁸⁾⁽³⁴⁾, um coorte⁽²⁹⁾, um coorte retrospectivo⁽⁵⁶⁾, um retrospectivo⁽³²⁾, um descritivo/coorte/prospectivo⁽³¹⁾, três prospectivo⁽²⁸⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁷⁾, um longitudinal⁽⁴⁷⁾. Observou-se predominância dos estudos transversais.

Os sujeitos dos estudos variaram em três principais grupos, predominando os casos recém-diagnosticados⁽⁸⁻¹⁵⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾⁽³⁹⁻⁴¹⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁹⁻⁵²⁾⁽⁵⁵⁾ (53,8%), seguido de doente de TB Pulmonar em geral⁽²⁰⁾⁽²³⁾⁽²⁷⁾⁽³¹⁻³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽⁴²⁻⁴⁴⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾ (34,6%) e suspeitos de TB Pulmonar⁽⁷⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽²⁴⁾⁽³⁰⁾⁽⁴⁵⁾ (11,5%).

Quanto ao sexo, em onze estudos relacionaram-no à demora do doente, seis ao sexo feminino⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁻²²⁾⁽⁵⁸⁾ e cinco ao sexo masculino⁽¹²⁾⁽²³⁻²⁵⁾⁽⁵⁰⁾. A etnia obteve associação com a demora somente em minorias étnicas, conforme encontrado nos resultados dos estudos realizados na Malásia⁽²¹⁾, Vietnã⁽¹⁹⁾ e Tailândia⁽⁵¹⁾.

Quanto à idade e sua relação com a demora, não houve consenso entre os autores, sendo inviável o agrupamento em categorias. Nos estudos mais recentes identificou-se que a demora estava associada à idade superior a 30 anos no Brasil⁽⁵⁷⁾, na Colômbia⁽²³⁾ à idade superior a 20 anos, na China⁽²⁶⁾ à idade maior ou igual a 40 anos e na Argentina⁽²⁷⁾ a idade maior de 50 anos.

O analfabetismo ou escolaridade baixa apresentou-se como característica relacionada à demora do doente em cinco estudos⁽²⁹⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵⁷⁾. Somente no estudo da China⁽¹⁵⁾ a alta escolaridade teve relação com a demora.

O consumo de Álcool esteve relacionado à demora em cinco estudos: Uganda⁽¹⁰⁾, Brasil⁽⁵⁷⁾, Ucrânia⁽¹¹⁾, Índia⁽⁵⁰⁾ e Espanha⁽⁵⁵⁾. O tabagismo foi presente em uma publicação no Nepal⁽⁴⁹⁾, a qual mostrou que quanto maior o consumo de cigarros (acima de 5 por dia) maior a demora do doente. Estudos da Tailândia⁽¹²⁾, China⁽⁸⁾, Brasil⁽⁵⁷⁾ e Índia⁽¹³⁾ mostraram que o uso de cigarros foi relacionado à demora.

O baixo conhecimento sobre a TB foi identificado como característica relacionada à demora em nove publicações⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽⁴¹⁻⁴³⁾⁽⁵⁸⁾. Os artigos da Tanzânia⁽¹⁶⁾⁽⁴⁴⁾ relacionaram-se especificamente aos doentes que acreditavam que pessoas com TB tinham HIV.

Quanto aos sintomas, autores de nove artigos levantaram relação entre a demora e o sintoma relatado. A tosse foi o mais relatado em cinco estudos ^{(11) (24) (27) (31) (57)}, sudorese, emagrecimento, dor torácica, doença leve, febre e hemoptise nos estudos da Turquia ⁽³⁸⁾, Ucrânia ⁽¹¹⁾, Brasil ⁽⁵⁷⁾, Tailândia ⁽¹²⁾, Espanha ⁽³¹⁾ e China ⁽³²⁾, respectivamente. Os casos de baciloscopia positiva foram relacionados à demora nas publicações de: Etiópia ⁽⁴¹⁾, Tailândia ⁽¹²⁾ e Ucrânia ⁽¹¹⁾.

Ao analisar a ocupação em quatro estudos, identificou-se que o desemprego estava associado à demora do doente ^{(8) (11) (16) (23)}. O contrário foi observado em uma publicação realizada na China ⁽²⁶⁾ na qual estar empregado se que mostrou como fator associado. Outros estudos realizados na China ^{(26) (29)} e Uganda ⁽¹⁰⁾ observou-se que ser agricultor associava-se à demora na procura de cuidados de saúde.

Alta renda e ser o provedor da família também foi associado à demora ^{(17) (58)}. Na maioria dos estudos em que se identificou associação entre a situação financeira e a demora, os sujeitos apresentavam baixa renda ^{(8) (15) (50) (51)}. Nas pessoas de baixa renda a ausência de auxílio alimentício foi relacionado à demora no estudo da Etiópia ⁽⁴¹⁾ e ter seguro social nas publicações da Colômbia ⁽²³⁾, China ^{(58) (30)} e Tailândia ⁽⁵¹⁾.

Muitos autores ressaltaram que a distância/necessidade de transporte entre a residência e o serviço de saúde, associam-se à demora do doente ^{(7) (9) (13) (15) (16) (19) (26) (27) (42) (43) (45) (50)}. A residência rural foi relacionada em sete estudos à demora do doente, na Argentina ⁽²⁷⁾, Etiópia ^{(7) (41)}, Estônia ⁽²⁵⁾, Vietnã ⁽¹⁹⁾, Ruanda ⁽²⁸⁾ e Tanzânia ⁽⁴²⁾. Não ter residência e ser nômade esteve ligado à demora nos estudo da Ucrânia ⁽¹¹⁾ e Etiópia ⁽⁴³⁾.

O tipo de serviço procurado foi relacionado à demora em 12 publicações. A procura de auxílio em provedores informais, antes de procurar auxílio em serviço de saúde, como curandeiros, amigos, farmácias e parentes, se mostrou associada à demora em sete estudos ^{(7) (9) (12) (17) (18) (41) (58)}. Ainda, a procura por auxílio nos serviços públicos de saúde nos estudos do Vietnã ⁽¹⁹⁾ e Índia ^{(13) (50)} esteve associada à demora do doente, enquanto nos estudos de Zâmbia ⁽⁴⁵⁾ e Paquistão ⁽²¹⁾, a serviços particulares.

Nos estudos realizados na Itália ⁽³³⁾, Ruanda ⁽²⁸⁾, Brasil ⁽⁵⁷⁾ e Etiópia ⁽⁴¹⁾ encontrou-se associação entre a demora do doente e imigrante recente, HIV+, peso abaixo de 60 kg e má nutrição, respectivamente.

Primeiro autor/referência	Ano	País	Cultura	Delineamento do estudo	População do Estudo	Fatores Associados λ
⁽⁴⁶⁾ Sendagire	2010	Uganda	Africana	-	253 casos novos de TBP com BK+	0
⁽⁵⁷⁾ Maciel		Brasil	Latino-Americana	Prospectivo	304 casos de TB em atendimento em clínicas públicas	1, 4a, 6, 7b, 9a, 9d, 15
⁽⁴³⁾ Gele	2009	Etiópia	Africana	Transversal	226 casos de TB na população pastoril	2a, 3, 14c
⁽⁴¹⁾ Mesfin				Transversal	924 casos novos de TBP	2a, 4a., 9f, 10b, 13a, 13b, 14a, 18
⁽⁴⁴⁾ Ngadaya		Tanzânia		Transversal	226 casos de TB com BK+	2b
⁽⁴⁹⁾ Basnet		Nepal	Oriental	Transversal/ retrospectivo	307 novos casos de TB registrados no PNT	6b
⁽¹⁶⁾ Mfinanga	2008	Tanzânia	Africana	Transversal	639 doentes de TBP com BK+	2b, 3, 8c, 12a
⁽²⁸⁾ Lorent		Ruanda		Prospectivo	104 casos novos de TBP	14a, 17
⁽²⁴⁾ Meintjes		África do Sul		Transversal	104 suspeitos de TB	9a, 12b,
⁽²⁰⁾ Qureshi		Paquistão	Árabe	Transversal	301 casos de TB que procuraram hospitais	12a, 13b
⁽¹⁴⁾ Maamari		Arábia Saudita		Transversal	800 casos novos de TBP com BK+	2a, 13*
⁽²⁷⁾ Zerbini		Argentina	Latino-Americana	Transversal/ retrospectivo	243 doentes de TBP com BK+	3, 4a, 7f, 9a, 14 a
⁽²³⁾ Cáceres-Manrique		Colômbia		Transversal	216 doentes de TBP	7a, 8c, 10a, 12b,
⁽²⁶⁾ Lin		China	Oriental	-	10.356 casos novos de TBP com BK+	3,7d, 8a
⁽⁵⁸⁾ Wang				-	1.005 doentes com tosse a mais de 3 semanas	2a, 4b, 8b, 10a, 11a, 12a, 13a
⁽¹⁷⁾ Cambanis		2007	Camarões	Africana	Transversal	243 suspeitos de TBP encaminhados ao laboratório
⁽³⁴⁾ Mirsaedi	Irã		Árabe	Descritivo	97 casos do Instituto Nacional de TB	0
⁽¹⁹⁾ Huong	Vietnã			Transversal	2.069 casos novos de TBP com BK+	3, 7i, 13c, 14a
⁽³¹⁾ Sanz	Espanha		Europeia	Descritivo/ coorte/ perspectiva	312 imigrantes com TB	9a, 9g,
⁽²²⁾ Karim	Bangladesh		Oriental	Transversal	100 novos casos de TBP	12a,
⁽³²⁾ Leung	China			Retrospectivo	1.249 casos de TBP	6 a, 7g, 8c, 9h
⁽³⁰⁾ Xu				Transversal	1204 casos com mais de 2 semanas de tosse	7g, 10a
⁽⁸⁾ Wang				Descritivo	222 casos novos de TB	11a
⁽¹³⁾ Selvam	Índia			-	601 casos novos de TBP com BK+	3, 6, 13c
⁽²¹⁾ Chang	Malásia		Transversal	316 novos casos de TBP com BK+	5, 12a	
⁽³⁶⁾ Sarmiento	2006	USA	Anglo-americana	Transversal	30 casos novos de TB de hospital	0
⁽³⁵⁾ Okur		Turquia	Árabe	-	151 casos novos de TBP com BK+	0

Pehme ⁽²⁵⁾	2006	Estônia	Europeia	-	185 casos novos de TBP com BK+ e sintomas	12b, 14a	
Farah ⁽³⁷⁾		Noruega	Europeia	-	83 casos de TB notificados ao registro nacional de TB	0	
Gagliotti ⁽³³⁾		Itália		-	271 casos de TBP sintomática	16	
van der Werf ⁽¹¹⁾		Ucrânia		-	190 casos novos de TBP	1, 8b, 8c, 9c, 9f, 14a, 14b	
Roipibulstit ⁽¹²⁾		Tailândia	Oriental	-	202 casos novos de TBP	6, 7l, 9e, 12b, 13 ^a	
Cambanis ⁽⁷⁾	2005	Etiópia	Africana	-	243 doentes submetidos a exame de escarro para o diagnóstico de TB	3, 13a, 14a	
Yimer ⁽⁹⁾			Transversal		384 casos novos de TBP com BK+	3, 7e, 13a,	
Kiwuwa ⁽¹⁰⁾		Uganda		Transversal	231 novos casos de TBP com BK+	1, 2a, 8a,	
Okutan ⁽³⁸⁾		Turquia	Árabe	-	97 casos de TBP no hospital	9b,	
Lambert ⁽³⁹⁾		Bolívia	Latino-Americana	-	144 casos novos de TB com BK+	0	
Xu ⁽²⁹⁾		China	Oriental	Coorte	493 novos casos de TB	4a, 7i, 8a	
Cheng ⁽¹⁸⁾				-	190 casos novos de TB com BK+	7g	
Chiang ⁽⁴⁰⁾		Taiwan		-	206 novos casos de TBP com BK+	7h	
Odusanya ⁽⁴⁷⁾		2004	Nigéria	Africana	Longitudinal	141 casos novos de TB	0
Güneylioglu ⁽⁵³⁾			Turquia	Árabe	-	204 casos de TBP com BK+ no hospital	0
Paynter ⁽⁵⁶⁾	Inglaterra		Europeia	Coorte Retrospectivo	71 casos de TBP	7c	
Gomez ⁽⁵⁵⁾	2003	Espanha	Europeia	Prospectivo	287 casos novos de TBP sintomática	1	
Demissie ⁽¹⁵⁾	2002	Etiópia	Africana	Transversal	700 casos novos de TBP	2a, 3	
Godfrey-Faussett ⁽⁴⁵⁾		Zâmbia	Africana	Transversal	427 pacientes adultos com tosse que procuraram centros de saúde urbanos	3, 7i, 13b	
Rajeswari ⁽⁵⁰⁾		Índia	Oriental	-	531 casos novos de TB com BK+	1, 3, 4a, 7e, 11a, 12b, 13c	
Pronyk ⁽⁴⁸⁾	2001	África do Sul	Africana	-	298 casos de TBP no hospital	7j	
Yilmaz ⁽⁵⁴⁾		Turquia	Árabe	-	134 casos de TBP com BK+ no hospital	0	
Yamasaki-Nakagawa ⁽⁵²⁾		Nepal	Oriental	Transversal	336 casos novos de TB assistidos no DOTS	0	
Ngamvithayapong ⁽⁵¹⁾		Tailândia		-	557 casos novos de TBP com BK+ no hospital	5, 7m, 11a	
Wandwalo ⁽⁴²⁾	2000	Tanzânia	Africana	Transversal	296 casos de TB com BK+	2a, 3, 4 a, 7e, 14a	

λ 0 = não houve associação; 1 = álcool; 2 = conhecimento (2b = associação com HIV); 3 = distância/transporte; 4 = escolaridade (4a = baixa/analfabetismo; 4b = alta); 5 = minorias étnicas; 6 = fumo (6b = mais de 5 cigarros por dia); 7 = idade (7a = maiores de 20anos, 7b = ≥ 30 anos, 7c = ≥ 33 anos, 7d = ≥ 40 anos, 7e = ≥ 45 anos, 7f = ≥ 50anos, 7g = ≥ 60 anos, 7h = ≥ 65 anos, 7i = ≥ idade, 7j = 15-44 anos, 7l = 30-60 anos, 7m = 46-60 anos); 8 = ocupação (8a = agricultor; 8b = empregado/privado; 8c = desempregado); 9 = sinais/sintomas (9a = tosse; 9b = sudorese; 9c = perda de peso; 9d = dor torácica; 9e = doença leve; 9f = baciloscopia positiva; 9g = febre; 9h = hemoptise) 10 = auxílio (10a = não segurados; 10b = não receber ajuda alimentícia); 11 = situação econômica (11a = baixa renda; 11b = alta renda); 12 = sexo (12a = feminino; 12b = masculino); 13 = local de procura (13a = tratamento informal; 13b = particular; 13c = dificuldade de acesso); 14 = zona de moradia (14a = rural; 14b = sem abrigo; 14c = nômades); 15 = baixo peso; 16 = imigrantes recentes; 17 = HIV+; 18 = má nutrição.

Discussão

Dos 52 estudos selecionados, 22 foram realizados em países com alta carga de TB⁽⁷⁻¹⁰⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁻²⁰⁾⁽²²⁾⁽²⁶⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³²⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵⁷⁾, dos quais oito em países subdesenvolvidos⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾. Foram realizados na China seis estudos⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁶⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³²⁾, cinco na Etiópia⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴³⁾, dois na Tailândia⁽¹²⁾⁽⁵¹⁾, Índia⁽¹³⁾⁽⁵⁰⁾ e Uganda⁽¹⁰⁾⁽⁴⁶⁾ e um em Bangladesh⁽²²⁾, Vietnã⁽¹⁹⁾, Paquistão⁽²⁰⁾, Nigéria⁽⁴⁷⁾ e Brasil⁽⁵⁷⁾. Entre esses a maior mediana de demora do doente na procura por cuidados de saúde encontrada foi no Brasil, única com tempo do doente acima de 61 dias nos países com alta carga de TB.

A análise dos fatores que influenciam a acessibilidades foi realizada conforme as dimensões de Fekete⁽³⁾ em acessibilidade sociocultural, econômica, geográfica e organizacional.

A acessibilidade sociocultural do doente de TB na procura pelos serviços de saúde é influenciada pelo sexo, idade, raça/cor, escolaridade, consumo de álcool, fumo, conhecimento da doença e a sintomatologia apresentada.

Dos estudos nos quais identificou-se o sexo feminino à demora na procura por cuidados de saúde, cinco foram realizados na Ásia⁽¹⁹⁻²²⁾⁽⁵⁸⁾, sendo que quatro deles em países com alta carga de TB⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²²⁾⁽⁵⁸⁾. Esses autores acreditam que a cultura seja o motivador da maior demora do sexo feminino. Pode-se observar através dos discursos uma cultura conservadora, onde a mulher se mostra submissa ao homem. Menor desconfiança sobre a possibilidade de possuírem TB, a disparidade entre os sexos, dificuldade de locomoção por dependerem de seus maridos, baixo conhecimento dos sintomas da doença, equívocos em relação ao HIV, maiores taxas de desemprego e de acessibilidade limitada, não terem autoridade no lar pois a maioria eram donas de casa dependentes de seus maridos em questões sociais e econômicas e menor acesso ao diagnóstico e tratamento da doença⁽¹⁶⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾, foram apontadas como justificativas para maior demora das mulheres na procura pelo serviço de saúde.

A relação do sexo masculino à demora na procura pelo serviço de saúde foi presente em estudos realizados em diferentes continentes, em países em desenvolvimento⁽¹²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽⁵⁰⁾ e desenvolvidos⁽²⁵⁾, alguns com alta carga de TB⁽¹²⁾⁽⁵⁰⁾ ou situação de controle estável da doença⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾. Fatores relacionados a demora entre os homens foram a falta de incentivo aos homens em procurar os serviços de saúde, o

medo dos custos do diagnóstico e do tratamento ^(59- 61), os longos períodos de trabalho e também a pouca preocupação com a saúde ^{(25) (62)}.

A questão étnica não teve grande destaque quanto à demora na procura por cuidados de saúde. Apenas em três estudos obtiveram associação com a raça branca. Tais achados podem estar relacionados ao fato da doença ser pouco suspeitada e investigada nessa população.

Em cinco estudos em que foi identificada a associação entre baixa escolaridade e/ou analfabetismo ^{(16)(23) (41)(50) (57)}, três países apresentavam alta carga de TB ^{(41)(50) (57)}. Tais achados podem estar relacionados ao conceito de doença tradicional, à falta de reconhecimento da TB, à falta de conscientização sobre a doença ou ainda devido ao menor acesso à informação, à falta de responsabilidade social e ao medo do estigma ^{(47) (63) (64)}. Assim, precisam existir intervenções focadas na baixa escolaridade a fim de garantir materiais educativos adaptados ao nível de educação, alfabetização e cultural local ⁽⁶²⁾.

Cinco pesquisas mostraram o consumo de álcool como fator associado à demora do doente ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁷⁾. O alcoolismo crônico está associado à queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social, exposição a situações de risco, entre outros. É considerado importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças ^{(65) (66)}. Essa condição crônica junto à situação de vida precária favorece a banalização dos sintomas e acabam por gerar uma maior demora na procura por cuidados.

Ser fumante esteve associado a um maior tempo do doente em cinco estudos ⁽⁸⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁷⁾. Na condição de tabagista a presença da tosse pode não ser reconhecida como sintoma da TB e sim devido ao consumo do cigarro. Portanto, a procura pelos cuidados de saúde poderá ser adiada até que a pessoa apresente outro sintoma ou agravamento da doença ⁽⁴⁹⁾. Contrariamente, um estudo realizado em Uganda ⁽¹⁰⁾ mostrou que as pessoas identificam o tabagismo como causa de TB. Contudo, esse reconhecimento não necessariamente resulta na procura pelo serviço de saúde. Em outras pesquisas as pessoas associaram a presença de tosse a outras patologias que não só a TB, o que pode ocasionar uma maior demora para o diagnóstico ⁽⁶⁸⁾.

O baixo conhecimento sobre a enfermidade foi identificado em nove publicações ⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁻¹⁶⁾⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾⁽⁵⁸⁾, mostrando-se uma faceta preocupante no desafio do controle da doença. Ressalta-se crenças errôneas sobre a TB em estudos na Ásia onde os doentes de

TB associam a transmissão da doença à exposição ao frio, aos maus espíritos, à vontade de Deus, ao tabagismo, ao trabalho duro, à exposição a poeira e à desnutrição. Ainda, a tosse persistente foi considerada fenômeno normal, não como um sintoma potencial de TB ⁽⁷⁾⁽¹⁰⁾⁽⁴¹⁾⁽⁶⁷⁾. Um autor de um estudo realizado na América do Sul encontrou relatos de pessoas que associavam a transmissão da doença a utensílios, alimentos, água e sexo ⁽²⁷⁾.

É importante destacar que apesar do conhecimento equivocado sobre a doença, a maioria das pessoas a reportaram como perigosa. Ainda acreditavam que a TB não tem cura, mostrando que o conhecimento é insuficiente ⁽²⁰⁾⁽⁵⁸⁾. Tal realidade reflete uma falta de consciência da natureza contagiosa da doença, tornando-se uma preocupação do setor público de saúde, justificando a necessidade de intervenção urgente no âmbito da educação sanitária ⁽⁶⁷⁾.

Entre os estudos analisados houve a associação de diversos sintomas com a demora do doente. O mais prevalente nos estudos foi a tosse ⁽¹¹⁾⁽²⁴⁾⁽²⁷⁾⁽³¹⁾⁽⁵⁷⁾, aparecendo em cinco publicações. Os motivos para demora dos doentes com tosse em todos os estudos foi a negligência quanto a esse sintoma. Os doentes tendem a ver a tosse como sintoma banal demorando mais para procurar serviços de saúde ⁽²⁴⁾⁽³⁵⁾⁽⁶⁷⁾. Ainda, a demora de doentes com tosse pode ocorrer devido à coexistência de outras doenças pulmonares ⁽⁶⁴⁾.

A acessibilidade econômica está associada a ocupação e renda. Estudos que relacionaram o desemprego à demora na procura por cuidados de saúde apresentaram-se um em cada continente (América⁽²³⁾, África⁽¹⁶⁾, Ásia⁽⁸⁾ e Europa⁽¹¹⁾). O desemprego tende a condicionar o acesso em segmentos mais desfavorecidos da população ⁽³²⁾. Ser agricultor associado à demora apareceu em três países⁽¹⁰⁾⁽²⁶⁾⁽²⁹⁾, todos com alta carga de TB. Muito provavelmente devido à falta de educação e à pobreza ⁽¹⁰⁾.

Somente estudos realizados em países com alta carga de TB⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾ apresentaram a baixa renda como fator associado à demora devido à necessidade de vender bens pessoais para chegar ao serviço de saúde, o medo de encargos financeiros trazidos pela doença, as possíveis horas de trabalho perdidas e o custo das visitas ao serviço de saúde. Tais aspectos desencorajam os doentes a procurar o diagnóstico biomédico, incentivando o uso de métodos alternativos ⁽⁷⁾⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾⁽²⁰⁾⁽⁶⁷⁾.

As barreiras econômicas influenciaram negativamente a saúde dos doentes que procuraram cuidados de saúde. Portanto, o controle do programa de TB deve abordar os

fatores econômicos para maximizar sua eficiência ⁽⁸⁾. Em contraste, possuir alta renda e ser o provedor da família ⁽¹⁷⁾ ⁽⁵⁸⁾ foi associado à demora em dois estudos, assim como ser a principal fonte de rendimentos. Isso pode indicar que o chefe de família espera mais tempo antes de procurar cuidados em serviço de saúde para não desestruturar a economia familiar. Na Ásia, os jovens esperam mais tempo antes de procurar atendimento médico, sugerindo que eles têm menos flexibilidade para interromper as atividades econômicas do que as crianças e os idosos dependentes ⁽¹²⁾ ⁽¹⁷⁾ ⁽⁶⁷⁾.

A acessibilidade Geográfica apresentou-se associada distância entre o serviço de saúde e a residência do doente e o local de residência.

A distância entre a residência e o serviço de saúde foi a característica de maior destaque para a demora na procura por cuidados de saúde. Longas distâncias foram relacionadas à demora do doente em 12 publicações ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽⁴²⁾ ⁽⁴³⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁵⁰⁾, oito em países com alta carga da doença ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁶⁾⁽⁴³⁾⁽⁵⁰⁾ e três em países subdesenvolvidos ⁽⁹⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁵⁾. As distâncias são influenciadas por vários fatores, tais como a dependência de transportes públicos, ou a dificuldade deles, o tempo gasto para chegar ao serviço de saúde, estadias fora da residência, os custos de deslocamento devido às extremas distâncias e ainda a falta de confiança nos serviços próximos que levam o doente à procura de outros serviços ⁽⁷⁾ ⁽²⁷⁾ ⁽²¹⁾.

Apesar do acesso universal ao tratamento da TB em algumas partes do mundo, grande número de doentes com TB, particularmente aqueles que pertencem ao segmento mais pobre da sociedade, ainda têm acesso limitado ao tratamento. Os programas de TB regionais precisam ser estruturados a partir de uma perspectiva de equidade para assegurar o acesso das pessoas que vivem em ambientes difíceis ⁽⁶⁷⁾.

A residência rural, quando considerada como fator associado à demora, foi presente em diversas realidades (países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos). Na Europa, Ásia, África e América, em países de alta carga da doença, a residência rural foi associada à pobreza extrema ⁽⁷⁾⁽⁴¹⁾. Na Estônia é considerada uma 'barreira' real para a obtenção de cuidados ⁽²⁵⁾.

Isso destaca as questões de comportamento na procura de cuidados e, finalmente, o acesso aos serviços que implementaram o Tratamento Diretamente Observado em áreas rurais. Existe um crescente corpo de evidências sobre como esse desafio pode ser abordado, incluindo o envolvimento dos profissionais do setor privado

rural ⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾, o empoderamento da comunidade ⁽⁷⁰⁾, os regimes de redução da pobreza ⁽⁷¹⁾ e o aumento de investimentos na saúde ⁽⁷²⁾.

Já a acessibilidade organizacional ao tipo de serviço procurado. Este foi relacionado à demora em 12 publicações ⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁷⁻¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵⁸⁾. A procura de auxílio em provedores informais antes de procurar auxílio em serviço de saúde se mostrou associada à demora em oito estudos. Na Ásia, água benta das igrejas ortodoxas, uso de curandeiros indígenas, consultas em mercearias ou farmácias, automedicação utilizam-se como alternativas de tratamento da doença ⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹²⁾⁽⁴¹⁾.

Em relação aos cuidados oferecidos por provedores informais é importante destacar a contribuição destes no aumento do tempo do doente na procura por cuidados de saúde. Isto é quanto maior o número de visitas, maior demora para visitar um fornecedor formal de cuidado. A falta de consciência e suspeita de TB ⁽¹²⁾, somado a infraestruturas inadequadas de saúde, insuficiente nível da descentralização e da escassez de recursos humanos disponíveis ⁽⁶⁷⁾ têm sido maiores incentivadores da procura por meios alternativos de saúde, gerando múltiplas oportunidades perdidas de diagnóstico no âmbito do sistema de cuidados ⁽³⁵⁾.

Os padrões de procura e da natureza de encaminhamento dos provedores informais representam problemas para o diagnóstico oportuno, desta forma os prestadores de cuidados informais podem desempenham um entrave no processo de diagnóstico de doente de TB ⁽⁷⁾⁽¹⁷⁾.

Conclusão

Os resultados do estudo mostram a complexidade da temática pela sua forte vinculação ao contexto local, ao qual pertencem os sujeitos. Contudo, foi possível observar que os fatores mais frequentes associados à demora do doente no estudo foram o baixo conhecimento sobre a doença, o tipo de serviço de saúde procurado, com destaque da influência dos sistemas de cuidados informais e a distância entre a residência e o serviço de saúde. A tosse apresentou-se como um sintoma importante associado à demora do doente.

Futuras investigações deverão incluir a avaliação dos aspectos sociais, culturais e antropológicos para ampliar a compreensão das especificidades dos contextos onde se

desenvolve a doença e subseqüentemente implementar intervenções que diminuam a demora do doente no diagnóstico da tuberculose.

Referências

- 1 World Health Organization. Global tuberculosis control report 2010. 2010
- 2 Mendoza-Sassi R; Béria, J U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, 2001, 17(4): 819-32.
- 3 Fekete, M C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. *Bibliografia básica do grupo GERUS. Texto de apoio unidade I*, 1997:114-119.
- 4 Trigueiro, DRSG. Determinantes individuais: fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose[dissertação]. João Pessoa(PB): Universidade Federal da Paraíba; 2011.
- 5THIEDE, M.; McINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1168-73, mai 2008.
- 6Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
- 7 Cambanis A, Yassin MA, Ramsay A, Bertel Squire S, Arbide I, Cuevas LE. Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. *Tropical Medicine and International Health* 2005; 10(4): 330–335.
- 8 Wang W, Jiang Q, Abdullah ASM, 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*, 2007; 179(5): 419–423.
- 9 Yimer S, Bjune G, Alene G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2005; 59(112): 1-7.
- 10 Kiwuwa MS, Charles K, Harriet MK Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study *BMC Public Health* 2005; 5:122.
- 11 van der Werf MJ, Chechulin Y, Yegorova OB, Marcinuk T, Stopolyanskiy A, Voloschuk V, Zlobinec M, Vassall A, Veen J, Hasker E, Turchenko LV. Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(4):390–395.
- 12 Rojpibulstit M, Kanjanakiritamrong J, Chongsuvivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(4):422–428.
- 13Selvam JM, Wares F, Perumal M, Gopi PG, Sudha G, Chandrasekaran V, Santha T. Health-seeking behaviour of new smear-positive TB patients under a DOTS programme in Tamil Nadu, India, 2003. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11(2):161–167.
- 14 Maamari F. Case-finding tuberculosis patients: diagnostic and treatment delays and their determinants. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2008; 14 (3):531-545.

- 15 Demissie M, Lindtjorn B Berhane Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. *BMC Public Health* 2002;2: 23.
- 16 Mfinanga SG, Mutayoba BK, Kahwa A, Kimaro G, Mtandu R, Ngadaya E, Egwaga S, Kitua AY. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Services Research* 2008; 8:158.
- 17 Cambanis A, Ramsay A, Yassin MA, Cuevas LE. Duration and associated factors of patient delay during tuberculosis screening in rural Cameroon. *Tropical Medicine and International Health* 2007; 12(11):1309-1314.
- 18 Cheng G, Tolhurst R, Li RZ, Meng QY, Tang S. Factors affecting delays in tuberculosis diagnosis in rural China: a case study in four counties in Shandong Province. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2005; 99:355- 362.
- 19 Huong NT, Vree M, Duong BD, Khanh VT, Loan VT, Co NV, Borgdorff MW, Cobelens FG. Delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis patients in Vietnam: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7:110.
- 20 Qureshi SA, Morkve O, Mustafa T. Patient and health system delays: Health-care seeking behaviour among pulmonary tuberculosis patients in Pakistan. *Journal Pakistan Medical Association*, v58, n6, p318-21, 2008.
- 21 Chang CT, Esterman A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. *Rural Remote Health* 2007; 7:667.
- 22 Karim F *et al.* Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. *Health Policy and Planning*, 2007; v 22, p 329-334.
- 23 Cáceres-Manrique FM, Orozco-Vargas LC. Demora en el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en una región de Colombia. *Rev Salud Publica* 2008; 10 (1):94-104.
- 24 Meintjes G, Schoeman H, Morroni C, Wilson D, Maartens G. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2008; 8:72.
- 25 Pehme L, Rahu K, Rahu M, Altraja A. Factors related to patient delay in pulmonary tuberculosis in Estonia. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 2006; 38:1017-1022.
- 26 Lin X, Chongsuvivatwong V, Geater A, Lijuan R. The effect of geographical distance on TB patient delays in a mountainous province of China. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(3):288–293.
- 27 Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B, Amigot B, Estrada S, Algorry G. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis*; 12(1):63–68.
- 28 Lorent N, Mugwaneza P, Mugabekazi J, Gasana M, Van Bastelaere S, Clerinx J, Van den Ende J. Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(4):392–396.

- 29 Xu B, Jiang QW, Xiu Y, Diwan VK. Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(7):784–790.
- 30 Xu B, Diwan V; Boggs L. Access to tuberculosis care: What did chronic cough patients experience in the way of healthcare-seeking? *Scandinavian Journal of Public Health* 2007; 35: 396–402.
- 31 Sanz B, Blasco T. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11(6):639–646.
- 32 Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2007; 13(3): 221-227.
- 33 Gagliotti C, Resi D, Moro LM. Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(3):305–309.
- 34 Mirsaeidi SM, Tabarsi P, Mohajer K, Falah-Tafti S, Jammati HR, Farnia P, Mansouri SD, Masjedi MR, Velayati AA. A Long Delay from the First Symptom to Definite Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis. *Arch Iranian Med* 2007; 10 (2): 190 – 193.
- 35 Okur E, Yilmaz A, Saygi A, Selvi A, Sungun F, Ozturk E, Dabak G. Patterns of delays in diagnosis amongst patients with smear-positive pulmonary tuberculosis at a teaching hospital in Turkey. *Clinical Microbiology and Infection* 2006;12 (1): 90-92.
- 36 Sarmiento K, Hirsch-Moverman H, Colson PW, El-Sadr W. Help-seeking behavior of marginalized groups: a study of TB patients in Harlem, New York. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(10):1140–1145.
- 37 Farah MG, Rygh JH, Steen TW, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. *BMC Infectious Diseases* 2006; 6:33.
- 38 Okutan MO, Kartaloglu Z; Cerrahoglu K; Ilvan A; Tozkoparan E; Aydilek. Delay in the Diagnosis of Turkish Servicemen with Pulmonary Tuberculosis. *Military Medicine* 2005; 170(3):221-213.
- 39 Lambert MI, Delgado R, Michaux G, Volz A, Speybroeck N, Van Der Stuyft P. Delays to treatment and out-of-pocket medical expenditure for tuberculosis patients, in an urban area of South America. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 2005; 99(8): 781–787.
- 40 Chiang CY, Chang CT, Chang RE, Li CT, Huang RM, Patient and health system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis in Southern Taiwan. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(9):1006–1012.
- 41 Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew A, Madeley RJ. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia *BMC Public Health* 2009; 9(53): 1-10.
- 42 Wandwalo ER, Morkve O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(2):133–138.

- 43 Gele AA, Bjune G, Abebe F. Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia BMC Public Health 2009; 9:5.
- 44 Ngadaya ES, Mfinanga GS, Wandwalo ER, Morkve O. Delay in Tuberculosis case detection in Pwani region, Tanzania. A cross sectional study. BMC Health Services Research 2009; 9:196.
- 45 Godfrey-Faussett P, Kaunda H, Kamanga J, van Beers S, van Cleeff M, Kumwenda-Phiri R, Tihon V. Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6(9):796–805.
- 46 Sendagire I, Van der Loeff MS, Mubiru M, Konde-Lule J, Cobelens F. Long Delays and Missed Opportunities in Diagnosing Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study. Plos One 2010; 5 (12): e14459.
- 47 Odusanya O Babafemi JO. Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria. BMC Public Health 2004; 4:18.
- 48 Pronyk PM, Makhubele MB, Hargreaves JR, Tollman SM, Hausler HP. Assessing health seeking behaviour among tuberculosis patients in rural South Africa. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5(7):619–627.
- 49 Basnet R, Hinderaker SG, Enarson D, Malla P, Mørkve O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. BMC Public Health 2009; 9(236):1-5.
- 50 Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G, Renu G. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6(9):789–795.
- 51 Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, Diwan V. Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5(11):1013–1020.
- 52 Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, Osuga K, Shimouchi A, Ishikawa N, Bam DS, Mori T. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5(1):24–31.
- 53 Güneylioglu D, Yilmaz A, Bilgin S, Bayram U, Akkaya E. Factors affecting delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. Med Sci Monit 2004; 10(2): 62-67.
- 54 Yilmaz A, Bogi S, Sulu E, Durucu M, Yilmaz D, Baran A, Poluman A. Delays in the diagnosis and treatment of hospitalized patients with smear-positive pulmonary tuberculosis. Respiratory Medicine 2001; 95:802-805.
- 55 Gomez A *et al.* Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. Arch Bronconeumol. 2003;39:146–152.
- 56 Paynter S, Hayward A, Wilkinson P, Lozewicz S, Coker R. Patient and health service delays in initiating treatment for patients with pulmonary tuberculosis: retrospective cohort study. Int J Tuberc Lung Dis 2004; 8(2):180–185.
- 57 Maciel ELN, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, Bae JW, Moreira CM, Detoni VV, Vinhas SA, Palaci M, Dietze R. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitória, Brazil. Int J Tuberc Lung Dis 2010; 14(11):1403–1410.

- 58 Wang Y, Long Q, Liu Q, Tolhurst R, Tang S Treatment seeking for symptoms suggestive of TB: comparison between migrants and permanent urban residents in Chongqing, China. *Tropical Medicine and International Health* 2008; 13(7): 927–933.2
- 59 Johansson E, Long NH, Diwan VK, Winkvist A. Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy* 2000;52:33–51.
- 60 Johansson E, Long NH, Diwan VK, Winkvist A. Attitudes to compliance with tuberculosis treatment among women and men in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:862–868.
- 61 Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Viet Nam: a gender analysis. *Health Policy* 2001;58:69–81.
- 62 Ford CM, Bayer AM, Gilman RH, Onifade D, Acosta C, Cabrera L, Vidal C, Evans CA. Factors associated with delayed tuberculosis test-seeking behaviour in the Peruvian Amazon. *Am J Trop Med Hyg* 2009; 81(6): 1097-1102.
- 63 Date J, Okita K. Gender and literacy: factors related to diagnostic delay and unsuccessful treatment of tuberculosis in the mountainous area of Yemen. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9:680–685.
- 64 Storla D, Yimer S, Bjune G. A systematic review of delay in the diagnosis treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008;8(15):1-9.
- 65 Caron-Ruffino, M. e Ruffino-Netto, A. Alcohol consumption and pulmonary tuberculosis. *Rev. Saúde públ, S. Paulo*, 13:183-94, 1979.
- 66 Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
- 67 Gele A *et al.* Barriers to tuberculosis care: a qualitative study among Somali pastoralists in Ethiopia. *Biomedical central Research Notes*. v3, n 86,p1-9, 2010.
- 68 Balasubramanian R, Rajeswari R, Vijayabhaskara R, Jaggarajamma K, Gopi P, Chandrasekaran V, Narayanan P. A rural public-private partnership model in tuberculosis control in South India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006, 10(12):1380-1385.
- 69 Salim H, Uplekar M, Daru P, Aung M, Declercq E, Lönnroth K. Turning liabilities into resources: informal village doctors and tuberculosis control in Bangladesh. *Bull World Health Organ* 2006, 6:479-84.
- 70 Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, Labana S, Chinji C, Humblet P, Harries A. How can the community contribute in the fight against HIV/AIDS and tuberculosis? An example from a rural district in Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006, 100:167-175.
- 71 Jackson S, Sleigh A, Wang GJ, Liu XL: Poverty and the economic effects of TB in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006, 10:1104-1110.
- 72 Dummer T, Cook I: Exploring China's rural health crisis: Processes and policy implications. *Health Policy* 2007, 1:1-16.

O conceito do tempo do doente de tuberculose na procura por cuidados de saúde: revisão integrativa

The concept of time of the TB patient in looking for health care: an integrative review

Caroline de Souza Kröning¹

Roxana Isabel Cardozo Gonzáles²

Jeniffer Harter³

RESUMO

A demora do doente na procura por cuidados de saúde para o diagnóstico da tuberculose vem aumentando ao longo dos anos. Neste estudo objetivou-se aprofundar o conhecimento sobre o tema e ainda identificar suas convergências ou divergências do conceito de demora do doente nos estudos a partir de uma revisão integrativa de literatura de 52 investigações, publicados entre 2000 e 2010, em Português, Inglês ou Espanhol. O longo tempo do doente na procura por cuidados de saúde, comumente denominado ‘demora’, apresentou diferentes nomenclaturas, definições e pontos de cortes, mesmo em estudos da mesma nacionalidade e cultura. Demonstrando a complexidade de uma definição passível de ser estudada em diferentes contextos. Considera-se de maior importância estabelecer alguns critérios de avaliação da demora do doente a fim de possibilitar o aprofundamento da temática, com vista a intervir de maneira mais efetiva no problema.

Palavras-chave: Demora do doente. Diagnóstico de tuberculose. Conceito de demora.

¹ Especialista em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

ABSTRACT

The patient delay in seeking health care for the diagnosis of tuberculosis has been increasing over the years. This study aimed to deepen the knowledge on this subject and also to identify its convergence or divergence of the concept of patient delay. From an integrative review literature of 52 investigations published between 2000 to 2010, in Portuguese, English or Spanish. The long time of the patient demand for health care, which is commonly called the delay showed different classifications, definitions and point cuts, even in studies of the same nationality and culture. Demonstrating the complexity of a definition that can be studied in different contexts. It is important to establish some criteria for evaluating the patient delay, to allow a deeper study of the subject in order to interfere with the problem more effectively.

Keywords: Integrative review. Patient delay. Diagnosis of tuberculosis. Concept of delay.

Introdução

Tuberculose (TB) é um problema global de saúde pública ⁽¹⁾, considerada a segunda principal causa de morte no mundo ⁽²⁾ dentre as doenças transmissíveis. Diferentes aspectos podem contribuir para o avanço da TB, como a situação de pobreza, a má distribuição de renda, a epidemia de AIDS e a manifestação de focos de TB multirresistente ⁽³⁾.

O Brasil ocupa a 19ª posição em relação ao número de casos novos. Em 2008, registrou-se detecção de 82% dos casos esperados, 73% dos casos foram curados e 8,3% abandonaram o tratamento ⁽⁵⁾. Em 2010 foram notificados no país 70.601 casos novos da doença, com taxas de incidência de 37,9 e mortalidade de 2,5 casos por 100 mil habitantes ⁽⁴⁾.

A falta de meios adequados para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno tem sido apontados como uma das razões para as elevadas taxas de incidência e óbito entre as doenças negligenciadas ⁽⁶⁾. A detecção passiva de casos é um dos principais problemas para a obtenção de diagnóstico e tratamento e esta, ainda em muitos lugares, vigora como a principal estratégia de constatação da TB ⁽⁷⁾.

A detecção passiva é baseada no diagnóstico de casos de TB de pessoas que se apresentam aos estabelecimentos de saúde ⁽⁸⁾ e é influenciada por fatores como a motivação do doente, sua situação socioeconômica e cultural ⁽⁹⁾, uma vez que depende diretamente do momento em que as pessoas decidem se apresentar para uma unidade de saúde para obter ajuda, ocasionando, muitas vezes, demora no diagnóstico e tratamento da doença.

A demora no diagnóstico da TB exacerba a doença em indivíduos afetados, aumentando seu risco de morte ⁽¹⁰⁾ e prolongando o período de tempo desta e de outras doenças infecciosas ⁽¹¹⁾. É significativa em relação ao prognóstico da doença, não só de forma individual, mas também a forma coletiva influenciando na transmissão dentro da comunidade, e à taxa de reprodução da epidemia de TB ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾.

A demora no diagnóstico pode estar vinculada tanto ao doente, que se refere à duração entre o início dos sintomas na procura por cuidados de saúde, quanto ao sistema de saúde, relacionado ao tempo decorrido entre o primeiro contato com uma unidade de cuidados e a confirmação do diagnóstico de TB ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾, assim como a demora total, quando analisado juntamente a demora do doente e do serviço de saúde. Neste estudo será abordado apenas o retardo do doente.

Em virtude das implicações da demora do doente na procura por cuidados para o diagnóstico da TB, várias pesquisas vêm sendo realizadas em diferentes grupos de populações. Porém, por meio da observação da falta de sistematização de informações sobre a temática, diferentes pesquisas falam sobre a demora usando diferentes fundamentos para a construção do conceito. Logo sua sistematização torna-se importante a fim de conhecer e estabelecer uma real definição sobre a temática, uma vez que pode se constituir em alicerce para aprimorar as ações de controle e prevenção da TB.

Nesse sentido, optou-se pela realização de uma revisão integrativa de literatura, a partir de estudos que relatam a demora do doente na procura por cuidados de saúde, cujo objetivo é aprofundar o conhecimento sobre o tema e ainda identificar as convergências ou divergências do conceito de demora do doente na procura por cuidados de saúde relacionados à TBP que norteiam os estudos.

Metodologia

A revisão integrativa, como metodologia, possibilita a síntese do conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos, com métodos diversos e tem o potencial de desempenhar um importante papel na Prática Baseada em Evidências, sobretudo em Enfermagem ⁽¹⁷⁾. Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados e discussão.

Nesse sentido, realizou-se uma revisão integrativa tendo como fontes de dados: Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Public Medical (PubMed).

Para iniciar a pesquisa, foi realizada consulta dos descritores a serem utilizados no estudo por meio do *Medical Subject Headings* (Termos MESH) e ao *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) onde foram identificados os descritores ‘Diagnosis’ e ‘Tuberculosis’ como descritores padronizados e ‘Delay’ como não-padronizado. A estratégia de busca foi estruturada unindo os descritores ‘Diagnosis’ e ‘Tuberculosis’ e a palavra livre ‘Delay’ com o booleano ‘AND’. Apenas na biblioteca virtual PAHO a busca de dados foi realizada por ‘palavra livre’, utilizando os mesmos termos citados anteriormente.

Consideraram-se como critérios de inclusão: estudos desenvolvidos com pacientes de TBP e que abordaram o tempo compreendido desde o início dos sintomas da TBP até a procura por cuidados de saúde. A busca de estudos limitou-se a estudos primários de natureza quantitativa, publicados no formato de artigo, em idioma espanhol, inglês e português, com pacientes maiores de 15 anos, no período de 2000 a 2010. Os artigos que não definiam tempo de demora do doente de TB na procura por cuidados de saúde foram excluídos. Considerou-se o período de 10 anos por entender-se que seja um intervalo apropriado para a captura do maior número de publicações sobre a temática. A busca de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2011.

A seleção dos estudos realizou-se em duas etapas. A primeira realizada com base na leitura do título e resumo e a segunda com base na leitura do estudo na íntegra.

Em ambas as etapas, visou-se identificar os estudos que cumpriram com os critérios de inclusão. Quando houve incerteza sobre a inclusão ou exclusão dos estudos, essa foi resolvida por meio de discussão junto à segunda autora do estudo. Com base nesses critérios de inclusão, selecionaram-se 52 estudos. O processo de seleção é apresentado na Fig. 1.

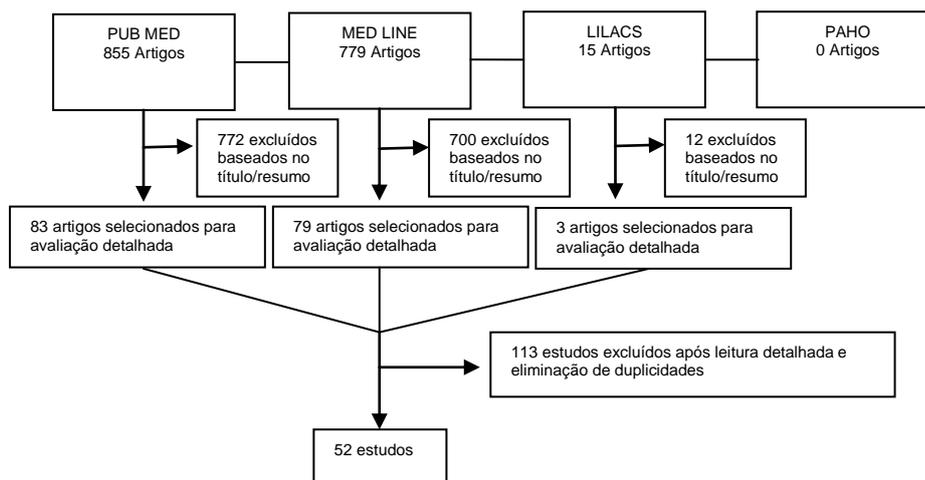


Figura 1 - Processo de seleção de artigos

Para a etapa de análise (leitura) na íntegra dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi elaborado um instrumento com as seguintes informações: delineamento do estudo, localidade onde o estudo foi desenvolvido, país, ano, participantes da pesquisa, cultura, ponto de corte para definição tempo de duração entre o início dos sintomas na procura por cuidados de saúde e definição sobre a demora do doente. As informações registradas no instrumento permitem verificar se o estudo atinge os critérios de inclusão. As informações de cada artigo foram retidas dos textos conforme a descrição de cada autor.

Resultados

A amostra do estudo constou de 52 artigos. Quanto ao ano de produção identificou-se que no período de 2005 a 2008 concentrou-se o maior número de publicações (34 artigos), correspondendo a 65,4% do total da amostra⁽²³⁻⁵²⁾. Destaca-se o ano de 2008 com nove publicações⁽²³⁻³¹⁾.

Ao caracterizar os estudos de acordo com a *cultura* dos países de realização, 16 pertenciam à cultura africana⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾⁽²¹⁻²⁵⁾⁽³²⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶⁵⁾, 16 à oriental⁽²⁰⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³⁶⁻⁴⁰⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁵¹⁻⁵³⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁶²⁾⁽⁶⁴⁾, oito à árabe⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽⁴²⁾⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁶³⁾, sete à europeia⁽³⁵⁾⁽⁴³⁻⁴⁶⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾, quatro à latino-americana⁽¹⁹⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽⁵⁰⁾ e uma à anglo-americana⁽⁴¹⁾.

Em relação ao *delineamento dos estudos*, 61,5% (33) dos artigos citaram o tipo de estudo, 20 dos quais apresentavam desenho transversal⁽⁷⁾⁽¹⁶⁾⁽²¹⁻²⁴⁾⁽²⁷⁻²⁹⁾⁽³²⁾⁽³⁴⁾⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾⁽³⁹⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁶²⁾⁽⁶⁵⁾, dois transversal/retrospectivo⁽²⁰⁾⁽²⁶⁾, dois descritivo⁽¹⁴⁾⁽³³⁾, um coorte⁽⁵¹⁾, um coorte retrospectivo⁽⁵⁶⁾, um retrospectivo⁽³⁸⁾, um descritivo/coorte/perspectivo⁽³⁵⁾, três prospectivo⁽¹⁹⁾⁽²⁵⁾⁽⁵³⁾ e um longitudinal⁽⁵⁴⁾. As produções que não citaram o delineamento representaram 36,54% dos estudos.

Quanto à *definição do conceito de demora do doente*, esse foi um tema abordado na totalidade da amostra. Em 82,69% (43) dos artigos a definição foi nomeada ‘demora (delay) do doente’⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁻²²⁾⁽²⁴⁻²⁸⁾⁽³⁰⁾⁽³²⁻³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽⁴⁰⁻⁵⁰⁾⁽⁵²⁻⁵⁴⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁸⁻⁶⁵⁾, em 7,69% (04) como ‘intervalo do doente’⁽²²⁾⁽³⁴⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁶³⁾, em 3,84% (02) ‘demora na procura do primeiro provedor de cuidados’⁽³⁹⁾⁽⁵¹⁾ e ainda 5,76 % artigos (03) apresentaram definições isoladas: ‘demora no diagnóstico relatado pelo paciente’⁽²⁹⁾, ‘demora na procura por cuidados’⁽³¹⁾ e ‘demora do diagnóstico atribuído ao doente’⁽⁵⁷⁾.

Os limites utilizados pelos artigos na definição do tempo consideraram o limite inicial e o limite final. O limite inicial foi caracterizado em três categorias: início de qualquer sintoma de TB em 80,8%⁽⁴²⁾⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁻²⁵⁾⁽²⁷⁻³³⁾⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽⁴⁰⁻⁴⁶⁾⁽⁴⁸⁻⁵⁷⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁶²⁾⁽⁶³⁾⁽⁶⁵⁾, início de tosse em 13,4% (07) dos estudos⁽¹⁸⁾⁽³⁴⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶⁴⁾ e início de sintomas pulmonares em 5,8%⁽⁰³⁾⁽²⁶⁾⁽³⁶⁾⁽⁵⁸⁾. Igualmente o limite final apresentou três categorias. A primeira considerou a primeira consulta com provedor de saúde que correspondia às seguintes nomeações de limites: primeiro atendimento, consulta médica, visita médica, consulta ao provedor de saúde, visita ao profissional de saúde, consulta ao serviço de saúde e visita ao médico no hospital, primeiro contato com o provedor qualificado e contato com médico, com 57,3% (35) dos artigos⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁻²³⁾⁽²⁵⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽³⁰⁻³⁴⁾⁽³⁶⁻⁴⁰⁾⁽³⁷⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁷⁻⁵¹⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁶¹⁻⁶⁴⁾. A segunda diz respeito à procura por serviço formal de saúde (procura por serviço formal de saúde e procura por médico) com 17,3%⁽⁰⁹⁾⁽⁷⁾⁽²⁴⁾⁽²⁶⁾⁽²⁹⁾⁽³⁵⁾⁽⁴¹⁾⁽⁵²⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾ das publicações e a terceira com 13,5% (07) das publicações que se referem ao contato com o serviço de saúde⁽¹⁹⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁶⁵⁾.

Apenas um artigo considerou procura por auxílio com qualquer pessoa fora de sua residência⁽¹⁶⁾.

Os sujeitos do estudo variam em três principais tipos: 53,8% (28) são casos recém-diagnosticados⁽⁷⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾⁽²⁵⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³⁴⁾⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁻⁴³⁾⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾⁽⁵⁰⁻⁵⁴⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁶²⁾⁽⁶⁴⁾, 34,6% (18) são doentes de TBP em geral⁽¹⁹⁾⁽²¹⁻²³⁾⁽²⁶⁻²⁸⁾⁽³³⁾⁽³⁵⁾⁽³⁸⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶³⁾⁽⁶⁵⁾ e 11,5% (06) são suspeitos de TB⁽¹¹⁾⁽²⁴⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³⁹⁾⁽⁵⁹⁾.

Ponto de corte para demora

Para avaliar a demora na *procura do doente por cuidados de saúde*, 75% (39) das pesquisas estabeleceram pontos de corte; os tempos acima do ponto de corte foram considerados demora do doente, tempos inferiores foram considerados oportunos, os outros 25% (13) dos estudos não trouxeram definição clara do critério adotado. O tempo igual ou superior a 30 dias foi considerado ponto de corte para demora do doente em 38,5% (15) dos artigos⁽⁷⁾⁽¹⁹⁻²¹⁾⁽²³⁾⁽²⁶⁾⁽³²⁾⁽⁴²⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁶³⁾⁽⁶⁵⁾, a mediana apresentada nos estudos foi utilizada como ponto de corte em 33,3% (13) dos artigos⁽¹¹⁾⁽¹⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁹⁾⁽³⁶⁾⁽³⁸⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁶¹⁾ (14)(64), nestes estudos em que a mediana foi utilizada como ponto de corte houve diversos valores de mediana variando de 7 até 21 dias. e 14 dias⁽³¹⁾⁽⁴⁸⁾ cada um em duas publicações. Outros estudos (07) apresentaram diferentes pontos de corte⁽¹⁸⁾⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴⁹⁾ como observado na Tab. 1.

Primeiro autor	Ano	País	Cultura	Delineamento do estudo	Definição de Tempo do doente	População do Estudo	Ponto de Corte de avaliação do tempo
Sendagire ¹⁸	2010	Uganda	Africana	-	Demora do doente = tempo entre início da tosse e a primeira consulta	253 casos novos de TBP com BK+	56 dias
Maciel ¹⁹		Brasil	Latino-Americana	Prospectivo	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e o contato com serviço de saúde	304 casos de TB em atendimento em clínicas públicas	30 e 90 dias
Ngadaya ²¹	2009	Tanzânia	Africana	Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	226 casos de TB com BK+	30 dias
Mesfin ⁷		Etiópia		Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a procura por serviço de saúde	924 casos novos de TBP	30 dias
Gele ²²				Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	226 casos de TB na população pastoril	-
Basnet ²⁰		Nepal	Oriental	Transversal/ retrospectivo	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	307 novos casos de TBP registrados no PNT	30 dias
Mfinanga ²³	2008	Tanzânia	Africana	Transversal	Intervalo do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	639 doentes de TBP com BK+	30 dias
Meintjes ²⁴		África do Sul		Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a procura por serviço de saúde	104 suspeitos de TB	-
Lorent ²⁵		Ruanda		Prospectivo	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	104 casos novos de TBP	-
Zerbini ²⁶		Argentina	Latino-Americana	Transversal/ retrospectivo	Demora do doente = sintomas pulmonares e procura por serviço de saúde	243 doentes de TBP com BK+	30 dias
Cáceres-Manrique ²⁷		Colômbia		Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta.	216 doentes de TBP	Mediana
Qureshi ²⁸		Paquistão	Árabe	Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	301 casos de TB que procuraram hospitais	20 dias
Maamari ²⁹		Arábia Saudita		Transversal	Demora no diagnóstico relatado pelo paciente = início dos sintomas de TB e a procura por serviço de saúde	800 casos novos de TBP com BK+	Mediana
Lin ³⁰		China	Oriental	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	10.356 casos novos de TBP com BK+	60 dias
Wang ³¹				-	Demora na procura por cuidados = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	1.005 doentes com tosse há mais de 3 semanas	14 dias
Cambanis ³²		2007	Camarões	Africana	Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	243 suspeitos de TBP encaminhados ao laboratório
Mirsaeidi ³³	Irã		Árabe	Descritivo	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	97 casos de TBP do Instituto Nacional de TB	-

Huong ³⁴	2007	Vietnã	Árabe	Transversal	Demora do doente = tempo entre início da tosse e a primeira consulta	2069 casos novos de TBP com BK+	42 dias	
Sanz ³⁵		Espanha	Europeia	Descritivo/ Corte/ perspectiva	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a procura por serviço de saúde	312 imigrantes com TB	P50 e P75	
Chang ³⁶		Malásia	Oriental	Transversal	Intervalo do doente = tempo entre sintomas pulmonares e a primeira consulta.	316 novos casos de TBP BK+	Mediana	
Karim ³⁷		Bangladesh		Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	100 novos casos de TBP	-	
Wang ¹⁴		China		Descritivo	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	222 casos novos de TB	21 dias	
Leung ³⁸				Retrospectivo	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	1.249 casos de TBP	Mediana	
Xu ³⁹				Transversal	Demora na procura do primeiro provedor de cuidados = tempo entre início da tosse e a primeira consulta	1.204 casos com mais de 2 semanas de tosse	-	
Selvam ⁴⁰		Índia		-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	601 casos novos de TBP com BK+	28 dias	
Sarmiento ⁴¹	2006	USA		Anglo-Americana	Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a procura por serviço de saúde	30 casos novos de TB de hospital	-
Okur ⁴²		Turquia		Árabe	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	151 casos novos de TBP com BK+	30 dias
Pehme ⁴³		Estônia	Europeia	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	185 casos novos de TBP com BK+ e sintomas	Mediana e percentil 75	
Farah ⁴⁴		Noruega		-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e o contato com serviço de saúde	83 casos de TB notificados ao Registro Nacional de TB	-	
Gagliotti ⁴⁵		Itália		-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	271 casos de TBP sintomática	30 dias	
van der Werf ⁴⁶		Ucrânia		-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e o contato com serviço de saúde	190 casos novos de TBP	Mediana	
Rojpibulstit ⁴⁷		Tailândia	Oriental	-	Demora do doente = tempo entre início da tosse e a primeira consulta	202 casos novos de TBP	-	
Cambanis ¹¹	2005	Etiópia	Africana	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta.	243 doentes submetidos a exame de escarro para o diagnóstico de TB	Mediana	
Yimer ¹⁶		Etiópia		Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e contato com provedor (qualquer pessoa)	384 casos novos de TBP com BK+	Mediana	
Kiwuwa ⁴⁸		Uganda		Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	231 novos casos de TBP com BK+	14 dias	
Okutan ⁴⁹		Turquia	Árabe	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	97 casos de TBP de hospital	Média ± SD	
Lambert ⁵⁰		Bolívia	Latino-Americana	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	144 casos novos de TB com BK+	-	
Xu ⁵¹		China	Oriental	Coorte	Demora na procura do primeiro provedor de cuidados = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	493 novos casos de TB	Mediana	

Cheng ⁵²				-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a procura por serviço de saúde	190 casos novos de TB com BK+	Mediana
Chiang ⁵³	2005	Taiwan	Oriental	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	206 novos casos de TBP com BK+	Mediana
Odusanya ⁵⁴	2004	Nigéria	Africana	Longitudinal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e o contato com serviço de saúde	141 casos novos de TB	30 dias
Güneylioglu ⁵⁵		Turquia	Árabe	-	Intervalo do paciente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	204 casos de TBP com BK+ no hospital	30 dias
Paynter ⁵⁶		Inglaterra	Europeia	Coorte Retrospectivo	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e o contato com serviço de saúde	71 casos de TBP	-
Gomez ⁵⁷	2003	Espanha	Europeia	Perspectivo	Demora do diagnóstico atribuído ao doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	287 casos novos de TBP sintomática	Mediana
Demissie ⁵⁸	2002	Etiópia	Africana	Transversal	Demora do doente = tempo entre os sintomas pulmonares e o contato com serviço de saúde	700 casos novos de TBP	30 dias
Godfrey-Faussett ⁵⁹		Zâmbia		Transversal	Demora do doente = tempo entre o início da tosse e a procura por serviço de saúde	427 pacientes adultos com tosse que procuraram centros de saúde urbanos	-
Rajeswari ⁶⁰		Índia	Oriental	-	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a procura por serviço de saúde	531 casos novos de TB com BK+	30 dias
Pronyk ⁶¹	2001	África do Sul	Africana	-	Demora do doente = tempo entre início da tosse e a primeira consulta	298 casos de TBP de hospital	Mediana
Yilmaz ⁶³		Turquia	Árabe	-	Intervalo do paciente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	134 casos de TBP com BK+ em hospital	30 dias
Yamasaki-Nakagawa ⁶²		Nepal	Oriental	Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e a primeira consulta	336 casos novos de TB assistidos no DOTS	-
Ngamvithayapong ⁶⁴		Tailândia		-	Demora do doente = tempo entre início da tosse e a primeira consulta	557 casos novos de TBP com BK+ em hospital	21 dias
Wandwalo ⁶⁵	2000	Tanzânia	Africana	Transversal	Demora do doente = tempo entre sintomas de TB e o contato com serviço de saúde	296 casos de TB com BK+	30 dias

Discussão

Nesta revisão tentou-se extrair os parâmetros para avaliação da demora do doente na procura por cuidados de saúde, abordando os conceitos e métodos utilizados para estimar o tempo de demora do doente.

Durante a realização da pesquisa ficou evidente a grande diversidade presente nos anos de produção dos estudos. Apesar de existir uma maior concentração de produções no período de 2005 a 2008, não há uma linha lógica de produção, seja ascendente ou descendente. Os estudos foram produzidos aleatoriamente.

Em relação à cultura dos países de produção, os de origem africana e oriental apresentaram maior produção sobre o tema. Juntos representam mais de 60% da amostra, revelando a grande importância do tema nessas culturas. Quando o olhar se volta para a relação entre o ano de produção e a cultura dos países, a produção permanece apresentando-se desordenada com a distribuição em anos diversos.

Nos países de cultura africana os casos de TBP triplicaram desde 1990, ao contrário do que acontece em outras partes do mundo onde as estatísticas mostram que houve queda ou pelo menos se estabilizou o número de casos. A região africana possui mais de ¼ de todos os casos de TB do mundo. Em muitos países os casos de TB quadruplicaram apesar da implementação de estratégias eficazes de luta contra a doença. Dos 21 países responsáveis por 80% do peso mundial da TB, nove fazem parte da região africana ⁽⁶⁶⁾. Os países de cultura oriental possuem alta carga de TB. A Índia representa mais de 20% dos casos do mundo, a China tem a segunda maior carga de TB mundial ⁽⁶⁷⁾ e a detecção de casos é extremamente baixa, com cerca de 30% em 2000 ⁽⁶⁸⁾. Quando observamos a realidade da TB nesses países fica notório o porquê da grande motivação sobre o tema. A TB se mostra extremamente preocupante, com estimativas alarmantes que exigem maior esclarecimento sobre a propagação da doença.

Quanto ao delineamento do estudo, a grande maioria das publicações que o traziam explícito apresentou o formato de estudo transversal. Atualmente este tipo de delineamento tem sido amplamente utilizado nas diferentes áreas do conhecimento. Particularmente na área da saúde pública são crescentes os levantamentos que têm empregado essa técnica para coleta de dados ⁽⁶⁹⁾. Esse tipo de delineamento é ideal para estudos em que se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados ao mesmo ⁽⁷⁰⁾.

Esses estudos possuem grande popularidade devido ao baixo custo, à facilidade de realização, à rapidez com que são empregados e à objetividade na coleta de dados⁽⁷¹⁾. Porém não se pode esquecer que possuem algumas limitações como a dificuldade para investigar condições de baixa prevalência e a coleta de dados acontecer junto exposição e desfecho, em um único momento no tempo⁽⁷⁰⁾.

O critério de inclusão dos participantes revela a complexidade nas suas definições. A grande maioria dos estudos trazem explícitos seus critérios, porém há uma grande variedade, com diversos agrupamentos. O diagnóstico recente foi o critério mais observado, Isso deve-se ao fato de os dados sobre o tempo necessitarem de que os doentes recordem a data do início dos sintomas e em casos em que o diagnóstico tenha sido realizado recentemente, o viés de recordatório, o esquecimento, é reduzido⁽⁴⁶⁾⁽⁵⁰⁾. O segundo critério de maior prevalência foi referente a um limite mínimo de idade. Tal critério acredita-se que esteja relacionado às peculiaridades e à dificuldade de se estabelecer o diagnóstico da TB na infância⁽⁷²⁾. Outro critério são os resultados de exame BK+, principalmente, uma vez que são os casos com risco de contágio⁽⁷³⁾. Os critérios de exclusão apareceram em menor número de publicações, sendo que os critérios de maior prevalência aparecem como o inverso dos fatores de inclusão. Esse fato levanta uma antiga discussão sobre a necessidade de um estudo apresentar ambos os critérios ou se essa prática é uma mera convenção.

Limites que compõem o conceito

A nomenclatura utilizada pela maioria das publicações para longos tempos do doente no diagnóstico da TB foi 'delay' que, segundo o dicionário *Michaelis*⁽⁷⁴⁾, pode ser traduzido como demora, paragem, retardamento, atraso, adiamento e protelação.

A definição do conceito de tempo do doente no diagnóstico da TB apresentou grande variação em todas as publicações analisadas. Na cultura árabe, apesar de possuírem apenas nove artigos, apresentaram quatro conceitos diferentes de demora. Nos países de cultura africana a variação é ainda maior com nove conceitos diferentes. Os países de cultura europeia apresentaram a maior uniformidade nos conceitos, com apenas dois conceitos e ambos no mesmo sentido, definindo a motivação do paciente para procura de auxílio e não a assistência do profissional. Os países latino-americanos não apresentaram nenhum consenso, com todos os artigos mostrando diferentes conceitos. Os orientais mostraram sete conceitos diferentes, seguindo a pouca

padronização. A partir desse achado fica evidente a ausência de um consenso sobre a definição do termo.

Quaisquer que sejam as opiniões a respeito das definições, existe consenso no afirmar que as definições são pressupostos indispensáveis na argumentação e nas comunicações verbais e que constituem elementos necessários na construção e produção de conhecimento sobre temas prioritários de saúde e que requerem ações específicas para seu enfrentamento. Por conseguinte, parece hoje, mais do que em qualquer outra época, necessário fazer todos os esforços para obter parâmetros de definição do tempo do doente para o diagnóstico da doença, visto que norteiam as ações de saúde, ainda mais ao se tratarem de temas de saúde como a TB que apresenta raízes históricas e sociais e acomete grandes populações.

A importância das definições evidencia-se também quando tem-se em vista a comunicação internacional do conhecimento. É pelo domínio das estruturas dos conceitos que será possível obter também perfeita equivalência verbal ao ser referir a um determinado tema ou problema de saúde.

Os elementos utilizados para conceituar a demora na procura por cuidados de saúde apresentam variações quanto a seu limite inicial e final. Quanto ao limite inicial autores consideram início do sintoma, avaliando majoritariamente qualquer sintoma. Contudo, tosse apresenta-se como o segundo limite mais citado.

Estudos referem que a tosse por mais de três semanas é reconhecidamente o sintoma mais característico da TBP, sendo fundamental para a identificação dos sintomáticos respiratórios ⁽⁷⁵⁾. Percebe-se que, contrariamente, a este achado que os estudos desta revisão não apresentam este sintoma como principal limite inicial em sua maioria. Considera-se que esse achado possa estar relacionado ao fato da população no geral muitas vezes não possuir um conhecimento específico sobre a TB, levando à não-valorização da tosse como sintoma da tuberculose. No estudo de Brassard, Anderson, Menzies *et al.* ⁽⁷⁶⁾ os participantes apresentaram conhecimento mínimo sobre a TB, a tosse aparece como o sintoma mais comum para apenas 7% dos entrevistados. Mesmo dentro da equipe de saúde a tosse como sintoma de TB passa muitas vezes despercebida como verificado em um estudo com agentes comunitários onde a tosse foi relatada por apenas 26,7% dos agentes de saúde como um sintoma da doença ⁽⁷⁵⁾.

Somado ao pouco conhecimento existe o fato de que os doentes com tosse tendem a negligenciar o sintoma, tendem a ver a tosse como um indicativo banal, não

como sintoma da doença ⁽²⁴⁾ ⁽⁴²⁾ ⁽²²⁾. A tosse da TB também é confundida com a coexistência de outras doenças pulmonares ⁽⁷⁷⁾ ou ainda pode não ser reconhecida como sintoma da doença e sim devida ao consumo do cigarro ⁽²⁰⁾. Ao considerar apenas a tosse como início de sintomas pode ocorrer subestimação do tempo de demora do doente, uma vez que ele não a reconhece como sintoma de TB ou ainda já possui esse indicativo devido a outras patologias prévias identificando o adoecimento apenas por outros sintomas. Acredita-se que esse fato, além da falta de conhecimento dos sintomas da doença evidenciada nos estudos, pode ter levado aos pesquisadores optarem por qualquer sintoma como limite inicial para conceituar e estimar o tempo do doente.

O limite final também diverge de um estudo para outro. Alguns o definem como a procura por atendimento, outros, como contato com serviços de saúde e a grande maioria o define como a consulta com profissionais de saúde.

A definição do limite final como a primeira consulta com profissional de saúde apresenta-se na maioria dos estudos. O sistema de saúde em muitas realidades vem mantendo uma forma excludente de atendimento ⁽⁷⁸⁾ em que existem filas imensas para consulta médica, disputa no momento da distribuição de fichas de atendimento onde a prioridade é por ordem de chegada, a população tratada desumanamente, tendo longas esperas durante a madrugada sem garantia de atendimento ⁽⁷⁸⁾, falta de interesse dos serviços de saúde em se responsabilizar por prestar uma assistência que busque a resolução de seu problema ⁽⁷⁹⁾, barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais ⁽⁸⁰⁾ e agendas de atendimento lotadas ⁽⁸¹⁾.

Em geral, as esperas são demoradas, o que resulta em desistência da consulta agendada. O número de consultas muitas vezes é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema. A consequência disso é a dificuldade, quando não a impossibilidade, de acesso das amplas massas de doentes aos cuidados mínimos de saúde ⁽⁸²⁾. Diante dessa imensa gama de fragilidades que os sistemas de saúde apresentam, não é possível considerar demora do doente até a consulta. Logo que o doente em geral percebe o adoecimento, procura por auxílio, mas se depara com uma série de obstáculos entre a procura por assistência, o primeiro contato com o provedor de saúde e a consulta em si com profissionais de saúde.

Ponto de Corte

O ponto de corte para avaliar demora do doente é outro aspecto bastante diversificado revelando a incerteza sobre o tema. Poucos estudos traziam justificativas e os que traziam eram de pouca consistência. Destaca-se a justificativa de Wandwalo ⁽⁶⁵⁾, que refere não ter encontrado nenhum critério científico na literatura sobre o ponto de corte em qual basear uma avaliação de demora do doente. Em virtude disso convidou seis clínicos gerais e um médico especialista no tratamento de pacientes com TB para definir o tempo ‘aceitável’, com base em seus conhecimentos médicos e tendo em conta as condições socioeconômicas de seus pacientes. A partir daí, um período de 30 dias foi escolhido como atraso máximo aceitável. Xu et al ⁽⁵¹⁾ utilizou a mediana, uma vez que a média de tempo dos sujeitos estudados foi influenciada pelos extremos. Lin et al ⁽³⁰⁾ e Ngamvithayapong et al ⁽⁵⁴⁾ justificam seus pontos de corte de 60 dias e 21 dias, respectivamente, baseando-se em artigos publicados previamente, os quais também não mostravam uma justificativa clara sobre a escolha dos valores.

Um fator que pode estar relacionado ao uso de vários pontos de corte do tempo para avaliar a demora dos doentes é a realidade do contexto local. Cada cultura busca utilizar variáveis adaptadas a seu contexto uma vez que a doença é influenciada por uma série de fatores: a predisposição que um indivíduo tem para desenvolver a doença, fatores genéticos, ambientais ⁽⁸³⁾, a situação de pobreza, a má distribuição de renda, a epidemia de AIDS e a manifestação de focos de TB multirresistente ⁽³⁾. Esses fatores aumentam o risco do indivíduo adquirir a doença em realidades onde se mostram presentes.

Contudo, considera-se que seja relevante avaliar a viabilidade de estabelecer pontos de corte mais homogêneos. Esse poderia ser subsidiado pelo conhecimento da virulência do bacilo e risco de exposição e contágio da doença no sentido de produzir conhecimento sobre o tema com maior sustentabilidade teórica e operacional. Isto com vista a identificar se de fato existe demora do doente para desenvolver intervenções de saúde centradas na população com vista a incidir na interrupção da cadeia de transmissão e agravamento da doença.

Quanto mais tempo o agente infeccioso estiver em exposição, maior o risco de disseminação da doença. A proporção de contatos infectados na altura do diagnóstico de um caso índice com baciloscopia positiva em exame direto é de 30 a 40% ⁽⁸⁴⁾. Um doente com TB cujo diagnóstico não foi feito e, portanto, não tratado, infecta cerca de

10 a 12 pessoas durante um ano. Sem tratamento específico, os indivíduos com TB grave vivem dois anos, em média, e infectam aproximadamente 20 a 25 pessoas. Sem a presença de casos contagiosos, não ocorrerá uma exposição à doença⁽⁸⁴⁾.

Conclusões

A partir desta revisão fica clara a falta de parâmetros sobre o tema. Diferentes estudos tratam o mesmo assunto de formas distintas, sem consenso. O longo tempo do doente para o diagnóstico da TB é tratado com diferentes nomenclaturas, limites e pontos de corte.

Quando falamos em tempo do doente para o diagnóstico de TB é notório que o adoecimento de cada pessoa ocorre, em suas peculiaridades e particularidades, não excluindo ou menosprezando características do adoecimento. Porém, ao se tratar de um tema de grande relevância quanto os tempos do diagnóstico da doença, parâmetros de avaliação se fazem necessários a fim de possibilitar uma avaliação profunda do tema e não apenas estudos de constatação de dados sem critérios se tempos são altos ou não.

Referências

- 1 World Health Organization (WHO): Global tuberculosis control, WHO report 2009. 2009
- 2 Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, e al. Tuberculosis. *Lancet* 2003; 362:887-899.
- 3 Arcencio, R A. Acessibilidade do doente ao tratamento por Tuberculose no município de Ribeirão Preto. Tese de doutorado da escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, p.159, 2008.
- 4 Barreira, D. Antigo e atual problema de saúde pública. *Radis* 2010;106:20-21.
- 5 WHO. Global Tuberculosis Control. WHO Report, 2010.
- 6 Pontes, F. Doenças negligenciadas ainda matam 1 milhão por ano no mundo. Inovação em pauta. p. 69-73. Disponível em: ww.finep.gov.br/.../inovacao_em_pauta_6_doencas_negl.pdf. Acesso em: nov. 2010.
- 7 Mesfin MM, Newell JN, Walley JD *et al.* Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. *BMC Public Health* 2009, 9:53.
- 8 WHO. WHO expert committee on Tuberculosis: Ninth Technical Report Series 552. Geneva: WHO; 1974.
- 9 Dujardin B, Kegels G, Buve A, *et al.* Tuberculosis control: did the program fail or did we fail the program? *Trop Med and Int'l Health* 1997; 2:715-8.

- 10 Lienhardt C, Rowley J, Manneh K, *et al.* Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(3): 233–239.
- 11 Cambanis A, Yassin MA, Ramsay A, *et al.* Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. *Tropical Medicine and International Health* 2005; 10(4): 330–335.
- 12 Bjune G. Tuberculosis in the 21st century: an emerging pandemic? *Norsk Epidemiologi* 2005; 15(2):133-139.
- 13 Dye C, Scheele S, Dolin P, *et al.* Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. *Jama* 1999; 282(7):677-686.
- 14 Wang W, Jiang Q, Abdullah ASM, *et al.* Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *European Journal of Public Health* 2007; 17(5): 419–423.
- 15 Díez M, Bleda MJ, Alcaide J *et al.* Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. *European Journal of Public Health*, 2005; 15 (4): 343–349.
- 16 Yimer S, Bjune G, Alene G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2005; 5(112): 1-7.
- 17 Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
- 18 Sendagire I, Van der Loeff MS, Mubiru M, *et al.* Long Delays and Missed Opportunities in Diagnosing Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study. *Plos One* 2010; 5 (12): e14459
- 19 Maciel ELN, Golub JE, Peres RL, *et al.* Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010; 14(11):1403–1410.
- 20 Basnet R, Hinderaker SG, Enarson D *et al.* O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. *BMC Public Health* 2009; 9(236):1-5.
- 21 Ngadaya ES, Mfinanga GS, Wandwalo ER *et al.* Delay in Tuberculosis case detection in Pwani region, Tanzania. A cross sectional study. *BMC Health Services Research* 2009; 9:196.
- 22 Gele AA, Bjune G, Abebe F. Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia *BMC Public Health* 2009; 9:5.
- 23 Mfinanga SG, Mutayoba BK, Kahwa A *et al.* The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Services Research* 2008; 8:158.
- 24 Meintjes G, Schoeman H, Morroni C *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; 8:72.

- 25 Lorent N, Mugwaneza P, Mugabekazi J, *et al.* Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(4):392–396.
- 26 Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B, *et al.* Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis*; 12(1):63–68.
- 27 Cáceres-Manrique FM, Orozco-Vargas LC. Demora en el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en una región de Colombia. *Rev Salud Publica* 2008; 10 (1):94-104.
- 28 Qureshi SA, Morkve O, Mustafa T. Patient and health system delays: Health-care seeking behaviour among pulmonary tuberculosis patients in Pakistan. *J Pak Med* 2008; 58(6):318-321.
- 29 Maamari F. Case-finding tuberculosis patients: diagnostic and treatment delays and their determinants. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2008; 14 (3):531-545.
- 30 Lin X, Chongsuvivatwong V, Geater A, *et al.* The effect of geographical distance on TB patient delays in a mountainous province of China. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(3):288–293.
- 31 Wang Y, Long Q, Liu Q *et al.* Treatment seeking for symptoms suggestive of TB: comparison between migrants and permanent urban residents in Chongqing, China. *Tropical Medicine and International Health* 2008; 13(7): 927–933.
- 32 Cambanis A, Ramsay A, Yassin MA, *et al.* Duration and associated factors of patient delay during tuberculosis screening in rural Cameroon. *Tropical Medicine and International Health* 2007; 12(11):1309-1314.
- 33 Mirsaeidi SM, Tabarsi P, Mohajer K *et al.* A Long Delay from the First Symptom to Definite Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis. *Arch Iranian Med* 2007; 10 (2): 190 – 193.
- 34 Huong NT, Vree M, Duong BD, *et al.* Delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis patients in Vietnam: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7:110.
- 35 Sanz B, Blasco T. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11(6):639–646.
- 36 Chang CT, Esterman A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. *Rural Remote Health* 2007; 7:667.
- 37 Karim F, Islam A, Chowdhury AMR, *et al.* Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. *Health Policy and Planning* 2007;22: 329–334.
- 38 Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2007; 13(3): 221-227.
- 39 Xu B, Diwan V; Bogg L. Access to tuberculosis care: What did chronic cough patients experience in the way of healthcare-seeking? *Scandinavian Journal of Public Health* 2007; 35: 396–402.

- 40 Selvam JM, Wares F, Perumal M *et al.* Health-seeking behaviour of new smear-positive TB patients under a DOTS programme in Tamil Nadu, India, 2003. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11(2):161–167.
- 41 Sarmiento K, Hirsch-Moverman H, Colson PW *et al.* Help-seeking behavior of marginalized groups: a study of TB patients in Harlem, New York. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(10):1140–1145.
- 42 Okur E, Yilmaz A, Saygi A, *et al.* Patterns of delays in diagnosis amongst patients with smear-positive pulmonary tuberculosis at a teaching hospital in Turkey. *Clinical Microbiology and Infection* 2006;12 (1): 90-92.
- 43 Pehme L, Rahu K, Rahu M, *et al.* Factors related to patient delay in pulmonary tuberculosis in Estonia. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 2006; 38:1017-1022.
- 44 Farah MG, Rygh JH, Steen TW, *et al.* Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. *BMC Infectious Diseases* 2006; 6:33.
- 45 Gagliotti C, Resi D, Moro LM. Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(3):305–309.
- 46 van der Werf MJ, Chechulin Y, Yegorova OB, *et al.* Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(4):390–395.
- 47 Rojpibulstit M, Kanjanakiritamrong J, Chongsuvivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(4):422–428.
- 48 Kiwuwa MS, Charles K, Harriet MK Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study *BMC Public Health* 2005; 5:122.
- 49 Okutan MO, Kartaloglu Z; Cerrahoglu K *et al.* Delay in the Diagnosis of Turkish Servicemen with Pulmonary Tuberculosis. *Military Medicine* 2005; 170(3):221-213.
- 50 Lambert MI, Delgado R, Michaux G, *et al.* Delays to treatment and out-of-pocket medical expenditure for tuberculosis patients, in an urban area of South America. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 2005; 99(8): 781–787.
- 51 Xu B, Jiang QW, Xiu Y, *et al.* Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(7):784–790.
- 52 Cheng G, Tolhurst R, Li RZ, *et al.* Factors affecting delays in tuberculosis diagnosis in rural China: a case study in four counties in Shandong Province. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2005; 99:355- 362.
- 53 Chiang CY, Chang CT, Chang RE, *et al.* Patient and health system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis in Southern Taiwan. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(9):1006–1012.
- 54 Odusanya O Babafemi JO. Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria. *Bmc Public Health* 2004; 4:1

- 55 Güneylioglu D, Yilmaz A, Bilgin S, *et al.* Factors affecting delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Med Sci Monit* 2004; 10(2): 62-67.
- 56 Paynter S, Hayward A, Wilkinson P *et al.* Patient and health service delays in initiating treatment for patients with pulmonary tuberculosis: retrospective cohort study. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(2):180–185.
- 57 Gomez A M N, Megias AJ, Soler C J, *et al.* Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 146–152.
- 58 Demissie M, Lindtjorn B Berhane Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. *BMC Public Health* 2002,2: 23.
- 59 Godfrey-Faussett P, Kaunda H, Kamanga J, *et al.* Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(9):796–805.
- 60 Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M *et al.*. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(9):789–795.
- 61 Pronyk PM, Makhubele MB, Hargreaves JR *et al.* Assessing health seeking behaviour among tuberculosis patients in rural South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(7):619–627.
- 62 Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N *et al.* Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(1):24–31.
- 63 Yilmaz A, Bogı S, Sulu E, *et al.* Delays in the diagnosis and treatment of hospitalized patients with smear-positive pulmonary tuberculosis. *Respiratory Medicine* 2001; 95:802-805.
- 64 Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, *et al.* Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(11):1013–1020.
- 65 Wandwalo ER, Morkve O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(2):133–138.
- 66 WHO. TB/HIV Control Strategy For The African Region. 2004: 22.
- 67 WHO. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. In: Communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 68 Yan F, Thomson R, Tang S, *et al.* Multiple perspectives on diagnosis delay for tuberculosis from key stakeholders in poor rural China: case study in four provinces. *Health Policy* 2007, 82(2):186-199.
- 69 Sousa MH, Silva NN. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 622-70.
- 70 Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scient Med* 2007;17(4):229-32.

- 71 Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21-33.
- 72 Sant'Anna CC, Mourgues LV, Ferrero F, Balanzat AM. Diagnóstico e terapêutica da Tuberculose infantil - uma visão atualizada de um antigo problema. *J Pediatr* 2002;78(Supl.2):205-14.
- 73 WHO: Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing: WHO report 2005. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005.349); 2005.
- 74 Camargo JLC. Michaelis dicionário escolar inglês: inglês/português. Melhoramentos. 2001:p.842.
- 75 Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(6):1377-1386
- 76 Brassard P, Anderson KK, Menzies D, *et al.* Knowledge and Perceptions of Tuberculosis among a Sample of Urban Aboriginal People. *Journal of Community Health* 2008; 33:192-8.
- 77 Storla D, Yimer S, Bjune G. A systematic review of delay in the diagnosis treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008;8(15):1-9.
- 78 SCHIMITH, MD; LIMA, M.AD. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, 2004; 20(6):1-13.
- 79 MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 80 Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2007; 21(2): 164-176.
- 81 Lima AJC, Azory EB, Bastos LHC, *et al.* Desigualdade no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002; 26:62-70.
- 82 Cecilio, L. Technical health care models: from the pyramid to the circle, a possibility to be explored. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13 (3): 469-478.
- 83 Ferreira AA, Queiroz KC, Torres KP, *et al.* Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. *Rev bras epidemiol* 2005;8(2):142-9.
- 84 Rieder HL. Bases Epidemiológicas do Controlo da Tuberculose Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001:168.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Tabela dos artigos da revisão de literatura

TÍTULO, AUTOR ANO	PAÍS	OBJETIVOS DO ESTUDO	METODOLOGIA DE DELINEAMENTO/ AMOSTRA	PRINCIPAIS RESULTADOS
<p>A Long Delay from the First Symptom to Definite Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis</p> <p>Mirsaeidi,SM;Tabarsi,P; Mohajer,K; Falah-Tafti,S;Jammati,HR; Farnia,P; Mansouri,SD;Masjedi,MR; Velayati,AA, 2007.</p>	Irã	Estudar e avaliar o retardo do doente de TB e do médico no diagnóstico de TB.	Estudo analítico e descritivo. Amostra de 97 doentes. Pacientes encaminhados para o Instituto Nacional de Pesquisa de Tuberculose e Doenças Pulmonares, em Teerã desde setembro de 2002 a março de 2003.	Retardo do paciente em nível aceitável, mas o tempo de retardo do médico não foi reduzido durante os últimos oito anos. Retardo do paciente pode ser um símbolo de perspectiva cultural e para o médico também mostra o nível de conhecimento sobre a TB e da eficácia da Nacional Programa de TB para o diagnóstico precoce da doença.
<p>Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal</p> <p>Basnet,R;Hinderaker,SG; Enarson,D;Malla,D; Morkve, O;2009.</p>	Nepal	Avaliar o retardo no diagnóstico da TB e investigar seus determinantes.	Estudo transversal e retrospectivo, realizado utilizando um questionário estruturado em 307 novos doentes de TB registrados noo Programa Nacional de Tuberculose (PNCT) de junho a julho de 2007.	O retardo médio dos doentes foi de 50 dias, o do sistema de saúde foi de 18 dias e o total foi de 60 dias. Baciloscopia negativa relacionada a menor retardo do doente. Fumantes com > 5 cigarros por dia apresentaram maior risco de retardo do doente e do sistema de saúde.
<p>Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina</p> <p>Zerbini,E; Chirico,MC; Salvadores,B; Amigot,B; Estrada,S; Algorry, G. 2008</p>	Argentina	Avaliar o retardo no diagnóstico e tratamento da TB e fatores de risco associados em departamentos e áreas administrativas de quatro províncias argentinas	Estudo transversal retrospectivo realizado na Argentina em 2005, com 243 pessoas, nos serviços de saúde pública das províncias de Buenos Aires, Santa Fe, Jujuy e Santa Cruz	A média do retardo total foi de 92,1 dias (mediana de 62,0), do doente de 58,8 dias (mediana 31), dos serviços de saúde 32,6 dias (mediana 12,5) e de tratamento 0,9 dias (mediana 0). Foram observadas em Jujuy associações entre retardo do doente e idade acima de 50 anos, distância, dependência de transporte para o contato com o serviço público de saúde mais próximo e presença de tosse

<p>Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia</p> <p>Mesfin,MM; Newell,JN; Walley,JD; Gessesew, A e Madeley, RJ.2009.</p>	Etiópi	Investigar os padrões e comportamento de busca à saúde e determinar fatores de risco para o retardo do paciente na procura por consulta em unidades de saúde pública em 10 distritos de Etiópi.	Estudo transversal realizado entre 2005 e 2006 com 924 casos novos de TB pulmonar em 18 centros de diagnóstico.	O retardo médio do doente foi de 30 dias. Cinquenta e três por cento retardaram a primeira consulta para ≥ 30 dias. O retardo foi maior em mulheres e doentes que usaram o tratamento informal. Os fatores significativos relacionados aos pacientes com baciloscopia positiva foram doença pulmonar, residência rural, analfabetismo e equívocos das causas da TB pulmonar, ocupação, estado nutricional e estar recebendo ajuda do programa alimentar do governo
<p>Demora en el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en una región de Colômbia</p> <p>Cáceres-Manrique , FM; Orozco-Vargas, LC. 2008.</p>	Colômbia	Determinar o retardo no diagnóstico de TB e fatores associado.	Estudo transversal realizado na Colômbia entre 2003 e 2004 com uma amostra de 216 doentes de TB.	Retardo do doente maior que 30 dias, foi associado ao sexo masculino, ser maior de 20 anos, desemprego e falta de seguridade social. O retardo dos serviços de saúde foi superior a 60 dias e foi associado ao regime imposto de segurância social e deslocamento. O atraso total de 120 dias foi associado a não ter seguridade social.
<p>Diagnostic delay among pulmonar TB Patients in Sarawak: a cross-sectional study</p> <p>Chang , CT; Esterman,A. 2007.</p>	Malásia	Investigar o retardo e analisar os fatores associados.	Estudo transversal realizado em 10 clínicas de TB selecionadas aleatoriamente em Sarawak de junho de 2003 a maio de 2004, através de um questionário semi-estruturado.	A média de retardo foi de 30 dias. Foram associados ao retardo: gênero feminino, não solicitação de radiografia de tórax e BAAR, apresentar somente tosse durante sua primeira consulta médica, refletindo um baixo índice de suspeição e procura por serviços privados.
<p>Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia</p> <p>Cambanis,A;Yassin,MA; Ramsay,A; Squire,SB; Arbide,I e Cuevas,LE. 2005.</p>	Etiópi	Medir o tempo para a apresentação ao serviço de saúde dos doentes de TB e avaliar fatores que influenciam nessa decisão.	Estudo transversal no qual foi aplicado um questionário estruturado em uma amostra de 243 pacientes submetidos ao exame de escarro para o diagnóstico da TB em um centro de saúde rural perto de Awassa, na Etiópi.	Mediana de retardo do doente foi de 4,3 semanas. Os maiores retardos foram associados à residência rural, distância e viagem durante a noite, o custo de transporte, ter de vender bens para a visita e uso da medicina tradicional.

<p>Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study</p> <p>Yimer, S; Bjune, G e Alene, G. 2005</p>	Etiópia	<p>Determinar o retardo e analisar os fatores que o afetam desde o início dos sintomas da TB até o início do tratamento.</p>	<p>Estudo transversal realizado no ano de 2003 com 384 sujeitos em instituições de saúde do governo vinculados ao diagnóstico e tratamento da TB na região de Amhara, selecionados aleatoriamente.</p>	<p>O retardo médio total foi de 80 dias. A mediana de retardo dos provedores foi de 61 dias, a mediana dos doentes e dos sistemas de saúde foram 30 e 21 dias, respectivamente. O retardo dos doentes foi associado ao tratamento informal, residência distante do serviço de saúde, idade > 45 anos e procura a médicos privados.</p>
<p>Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China</p> <p>Xu,B; Jiang,QW; Xiu,Y; Diwan, VK.. 2005.</p>	China	<p>Comparar o retardo do diagnóstico da TB entre os municípios com e sem Programa Nacional de Controle a TB (PNT) e estudar o impacto das variáveis demográficas e socioeconômicas e os fatores de orientação sobre o retardo.</p>	<p>Estudo de coorte realizado no ano de 2002, em duas províncias da China, com 493 casos recém-diagnosticados de TB. Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado.</p>	<p>O retardo do provedor do médico foram maiores, enquanto retardo do doente foi menor no condado com PNT. Nesse mesmo condado o retardo do doente foi maior nos menos escolarizados e de maior idade, o retardo médico foi associada à falta de seguro médico. No condado sem PNT, doentes mais jovens e não segurados tiveram maior retardo do médico. Os doentes que procuraram hospital e apresentaram hemoptise tiveram menor demora do paciente em ambos os municípios.</p>
<p>Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis</p> <p>Karim,F; Islam,A; Chowdhury,AMR; Johansson, E e Diwan, VK.2007.</p>	Bangladesh	<p>Avaliar as variações de gênero no retardo para a procura de auxílio, diagnóstico e tratamento da TB desde o início dos sintomas.</p>	<p>Pesquisa transversal realizada de março de 2001 a setembro de 2002 em 10 subdistritos de Bangladesh com 1.000 doentes recentemente diagnosticados com TB pulmonar (500 mulheres e 500 homens).</p>	<p>As mulheres apresentaram maiores retardos na média e mediana no retardo total, do diagnóstico, do doente e do tratamento. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres no atraso médico. Houve mais retardos por parte dos doentes que do sistema de saúde. Foi significativamente maior para as mulheres que para os homens. A idade avançada das mulheres foi associada a mais retardo do doente e do tratamento.</p>

<p>Patient and health system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis in Southern Taiwan</p> <p>Chiang,CY; Chang,CT; Chang,RE; Li,CT; Huang,RM. 2005.</p>	<p>Taiwan</p>	<p>Medir o retardo no diagnóstico e tratamento da TB pulmonar e determinar os fatores associados ao retardo na procura de cuidados de saúde e no início do tratamento.</p>	<p>Estudo de base populacional, realizado 1 de janeiro a 5 de maio de 2003 com 206 doentes de TB.</p>	<p>A mediana de retardo dos doentes foi de 7 dias, do sistema de saúde de 23 dias. O retardo total teve média de 44 dias. Idade abaixo de 65 anos, foi associado a maior retardo do doente. Baciloscopia negativa, ausência de hemoptise e de radiografia de tórax na primeira consulta médica, ao maior retardo do sistema de saúde. Menos de 65 anos, baciloscopia negativa e tosse foram associados a maior retardo total.</p>
<p>Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study</p> <p>Kiwuwa,MS; Charles, K e Harriet, MK, 2005.</p>	<p>Uganda</p>	<p>Determinar o tempo necessário para os doentes confirmados como portadores de TB tardiamente se apresentar com sintomas ao provedor de saúde e o tempo decorrido entre a primeira visita de cuidados de saúde e o início do tratamento da TB.</p>	<p>Estudo transversal realizado em Mulago em remessa do Hospital Nacional Kampala, de janeiro a maio de 2002, com 231 doentes de TB com baciloscopia positiva recém-diagnosticados.</p>	<p>A média de retardo total para o início do tratamento foi de 12 semanas. Os doentes procuravam mais, primeiramente, farmácias ou clínicas privadas. Fatores associados ao retardo do doente foram: estar hospitalizados, o consumo diário de álcool, ser agricultor e a percepção do tabagismo como causa de TB. Os fatores associados ao retardo do sistema de saúde foram: > 2 procura de saúde por mês, despesas com sintomas da TB > 29 dólares.</p>
<p>The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania</p> <p>Mfinanga,SG; Mutayoba, BK;Kahwa,A; Kimaro,G; Mtandu1,R; Ngadaya,E; Egwaga, S e Kitua, AY, 2008</p>	<p>Tanzânia</p>	<p>Avaliar a magnitude e os fatores responsáveis pelo retardo na gestão da TB em Dar es Salaam, Tanzânia.</p>	<p>Estudo transversal em maio de 2006 em 18 estabelecimentos de saúde de três distritos da região de Dar es Salaam, com uma amostra de 639 doentes de TB com baciloscopia positiva.</p>	<p>A maioria dos doentes possuía bom conhecimento sobre a TB. Mais de um terço procurou médico em primeiro lugar. A média e mediana de retardo do doente foi de 37,4 e 14 dias, respectivamente. O retardo do doente por mais de 30 dias foi observado em 35,1% dos casos, mais no sexo feminino. Os fatores de risco para o retardo do doente do sexo feminino foram: não reconhecer os sintomas da tuberculose, baixo grau de instrução e maiores taxas de desemprego, distância do serviço de saúde e uma crença de que a tuberculose é sempre associada à infecção pelo HIV.</p>

<p>Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross-sectional study</p> <p>Meintjes, G; Schoeman,H;Morronei,C; Wilson, D e Maartens, G., 2008.</p>	<p>África do Sul</p>	<p>Descrever o retardo do doentes e do paciente provedor de saúde no diagnóstico da TB em doentes com suspeita de TB que exigem internação e determinar os fatores de risco para esse retardo e suas consequências.</p>	<p>Estudo transversal realizado em 2003 com 104 pacientes internados que eram suspeitos de TB. Foram entrevistados utilizando um questionário estruturado para avaliar a história de seus sintomas e comportamento na procura da saúde.</p>	<p>O retardo do provedor de saúde foi o dobro do que o do paciente. Os doentes tinham uma média de três contatos com os serviços de saúde antes do diagnóstico. Os fatores associados ao maior retardo foram: sexo masculino, tosse e primeira consulta no setor público. Retardo do doente ≥ 14 dias foi associado a uma maior necessidade de transferência para um hospital de TB. Fornecedor ≥ 30 dias de atraso foi associada a aumento da mortalidade</p>
<p>Duration and associated factors of patient delay during tuberculosis screening in rural Cameroon</p> <p>Cambanis,A; Ramsay,A; Yassin, MA e Cueavs, E. 2007.</p>	<p>Camarões</p>	<p>Determinar: o retardo do doente desde o início dos sintomas até a apresentação a uma unidade de saúde, suas causas em pacientes submetidos a baciloscopia e comparar os resultados com os de um estudo anterior na Etiópia.</p>	<p>Estudo transversal realizado no período de 6 meses no Hospital St. Elizabeth I, Shisong, no noroeste rural de Camarões, durante o ano de 2006 com 243 doentes, utilizando um questionário estruturado.</p>	<p>O retardo do doente foi em média de 2 semanas, inferior a retardo de 4,3 semanas, de outro estudo na Etiópia. Apenas 20% esperaram por mais de um mês antes de acessar serviços de saúde. O retardo destes foi associado a ser a principal fonte de rendimentos, a crença de que a TB é estigmatizante e o uso da medicina tradicional, sendo este último o único fator significativo em ambos os estudos</p>
<p>Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform</p> <p>Rojpibulstit,M; Kanjankiritamrong,J e ChongsuvivatwongV. 2006.</p>	<p>Tailândia</p>	<p>Medir os retardos no diagnóstico da TB e examinar os fatores associados, com foco especial sobre o efeito utilização de farmácias e cobertura de seguro saúde no retardo do doente.</p>	<p>Estudo realizado em cinco hospitais da comunidade e dois hospitais terciários com 202 recém-diagnosticados de TB com baciloscopia positiva e negativa. Foram entrevistados, utilizando um questionário estruturado. Os dados foram coletados de junho de 2003 a abril de 2004</p>	<p>A farmácia foi o local mais comum da primeira visita. O retardo médio dos doentes foi de 4,4 semanas. Os fatores associados foram: idade entre 31 e 60 anos, doença leve e procura por provedores não-qualificados. O retardo do sistema de saúde foi longo, com uma mediana de 2,8 semanas. Fatores associados foram idade entre 46 e 60 anos, não possuir seguro de saúde e primeira apresentação ao serviço de saúde pública de baixo nível. A média de retardo total foi de 9,4 semanas.</p>

<p>Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis</p> <p>Wang,W; Jiang,Q; Abdullah,ASM e Xu, B. 2007.</p>	<p>China</p>	<p>Descrever a acessibilidade do diagnóstico à TB em não-residentes de Shangai e identificar os fatores associados ao retardo ao diagnóstico.</p>	<p>Estudo descritivo, realizado entre 2003 e 2004, com 222 pessoas recém-diagnosticadas de TB não residentes de dois distritos de Shanghai, através de um questionário estruturado.</p>	<p>O retardo médio dos doentes foi de 21 dias e o do médico 8 dias. Um quarto dos sujeitos apresentaram retardo do doente maior de 42 dias e do médico maior 15 dias. Doentes com menor nível de renda e sem hemoptise foram mais propensos a ter maior demora do doente. Os doentes em Changning eram mais propensos a ter um retardo do médico. A proporção de diagnóstico ou suspeita de TB foi maior nos hospitais do que em outros serviços.</p>
<p>Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong</p> <p>Leung, ECC; Leung, CC e Tam, CM. 2007.</p>	<p>China</p>	<p>Mensurar o retardo do doente e provedor na apresentação e tratamento de novos diagnósticos de TB pulmonar.</p>	<p>Estudo retrospectivo realizado com 1.662 doentes no ano de 2004 com utilização de questionário estruturado.</p>	<p>O diagnóstico da TB se deu em 86,3% dos casos em serviços públicos. O retardo do doente e do provedor foi maior que 20 dias. A longa demora do doente foi associada a baciloscopia positiva, cultura e doença com sinais radiológicos mais extensos. O desemprego foi um preditor independentemente de maior demora do doente, a hemoptise foi associada a menor retardo do doente e total. Pacientes com mais de 60 anos, sem expectoração inicial e radiografia de tórax mostaram maior retardo do provedor e total.</p>
<p>Factors related to patient delay in pulmonary tuberculosis in Estonia</p> <p>Pehme,L; Rahu,K; Rahu, M E Altraja, A.2006.</p>	<p>Estônia</p>	<p>Estimar os determinantes do retardo do doente em condições de infecção pelo HIV, imigração e acesso gratuito a cuidados médicos com TB.</p>	<p>Foram realizadas entrevistas de 2002 a 2003 com 185 recém-diagnosticados de TB pulmonar sintomática com cultura positiva em seis municípios do sul da Estônia.</p>	<p>A média entre o início dos sintomas e a primeira consulta médica foi de 79 dias. O sexo masculino foi associado ao retardo extremo do doente, enquanto a residência rural esteve associada ao retardo prolongado do doente. A mediana do retardo do doente foi menor quando o primeiro sintoma foi a febre e maior quando era hemoptise seguida de tosse e anorexia. A maioria acreditava que seus sintomas eram de uma gripe comum e a maioria esperava melhora por conta própria.</p>

<p>Patient and health system delays: Health-care seeking behaviour among pulmonary tuberculosis patients in Pakistan</p> <p>Qureshi,ssa; Morkve,o e Mustafa, T. 2008.</p>	<p>Paquistão</p>	<p>Determinar o tempo necessário para o diagnóstico e tratamento da TB pulmonar e os fatores responsáveis pelo retardo, estudando o nível de conscientização sobre a TB e o grau de estigmatização social associada à TB em Punjab, Paquistão.</p>	<p>Estudo transversal realizado entre maio e junho de 2006 com 301 doentes em hospitais de duas áreas, Multan e Sialkot, na província de Punjab, Paquistão, utilizando um questionário pré-estruturado.</p>	<p>Os doentes apresentaram retardo na procura pelo serviço de saúde em 64% . A média de retardo do doente foi de 33 dias, a do sistema de saúde de 60 dias e a total foi de 90 dias. O nível de conhecimento sobre TB não foi associado ao retardo. O percentual de doentes que perceberam estigma foi de 27%.</p>
<p>Patterns of delays in diagnosis amongst patients with smear-positive pulmonary tuberculosis at a teaching hospital in Turkey</p> <p>Okur,E; Yilmaz,A; Saygi,A; Selvi,A; Sungun,F; Ozturk, E. e Dabak, G., 2005.</p>	<p>Turquia</p>	<p>Investigar os padrões e motivos dos retardos entre doentes de TB pulmonar com baciloscopia positiva na Turquia.</p>	<p>Estudo realizado em 2004 com 151 doentes de TB pulmonar bacilífera recém-diagnosticados no Centro de Doença Torácica e Cirurgia Heybeliada.</p>	<p>A média de tempo entre os sintomas e a primeira visita ao médico foi de 46.4 dias, a média de referencia foi de 28.9 dias, a média de retardo ao diagnóstico foi de 2,4 dias e a média de retardo para o tratamento foi de 0,8 dias. O retardo para uma consulta médica foi de 49% dos doentes. O baixo índice de suspeição diagnóstica por parte dos médicos do sistema de saúde e do laboratório foi uma causa comum para o retardo ao diagnóstico.</p>
<p>Case-finding tuberculosis patients: diagnostic and treatment delays and their determinants</p> <p>Maamari F 2008</p>	<p>Arábia Saudita</p>	<p>Avaliar a frequência e os determinantes dos retardos no diagnóstico e tratamento de casos novos de TB com baciloscopia positiva em centros de tratamento DOTS.</p>	<p>Estudo transversal realizado em todos os centros de DOTS do país no período de fevereiro a setembro de 2003 com um total de 800 pacientes com TB pulmonar com baciloscopia positiva recém-diagnosticados.</p>	<p>A média de retardo do paciente na procura de cuidados foi de 52,7 dias e estava relacionada ao conhecimento inadequado sobre a TB, ao atendimento em um provedor não-especializado e a mais do que um encontro antes do diagnóstico. O retardo do sistema de saúde foi de 24,8 dias relacionado a idade, distância, estigma, pobre conhecimento sobre a TB, atendimento em um provedor não-especializado e mais do que um encontro de saúde antes do diagnóstico. O retardo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 2,9 dias.</p>

<p>Delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis patients in Vietnam: a cross-sectional study</p> <p>Huong NT, Vree M, Duong BD, Khanh VT, Loan VT, Co NV, Borgdorff MW, Cobelens FG., 2007</p>	Vietnã	<p>Avaliar o doente de TB, o prestador de saúde e o retardo total no diagnóstico e tratamento de novos doentes de TB com baciloscopia positiva e os fatores de risco para retardo no Vietnã.</p>	<p>Estudo transversal de 2.093 novos doentes tratados pelo PNCT, realizado em 70 municípios sorteados no Vietnã. Todos pacientes cadastrados de janeiro a abril de 2002 foram entrevistados utilizando um questionário estruturado.</p>	<p>A média de retardo total foi de 4 semanas, sendo 3 semanas para o paciente e 1 semana para o sistema de saúde. Fatores de risco independentes para o retardo total longo foram: sexo feminino, meia idade, residência na zona norte ou central e visita inicial ao setor privado. Para o doente: sexo feminino, minorias étnicas, distância de 5 km de um centro de saúde ou da zona norte. Para o retardo da saúde: cenário urbano, residência na zona central e visita inicial a um posto de saúde comunitário, hospital de TB ou do setor privado.</p>
<p>Help-seeking behavior of marginalized groups: a study of TB patients in Harlem, New York</p> <p>Sarmiento K, Hirsch-Moverman H, Colson PW, El-Sadr W., 2006</p>	EUA	<p>Identificar os caminhos para o diagnóstico de TB e determinar o tempo de diagnóstico e as razões para o retardo.</p>	<p>Estudo transversal realizado de maio de 2001 a dezembro de 2004, com 39 novos casos de TB pulmonar de um hospital de New York através de um questionário semi-estruturado.</p>	<p>A média de retardo total de um paciente de TB foi de 18 semanas. O retardo médio do doente e do sistema de saúde foi de 10,5 e 7,5 semanas, respectivamente. Os pacientes visitaram em média 1,6 fontes de cuidados antes do diagnóstico de TB. Os estrangeiros encontraram caminhos mais complexos para o diagnóstico. A razão mais comum para retardar a procura de cuidados pelos pacientes foi de que eles não achavam que fosse grave.</p>
<p>Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway</p> <p>Farah MG, Rygh JH, Steen TW, Selmer R, Heldal E e Bjune G., 2006</p>	Noruega	<p>Avaliar o retardo no início do tratamento para pacientes com TB na Noruega e analisar seus fatores de risco.</p>	<p>Estudo com 83 casos de TB dos hospitais e notas de remessa de provedores de cuidados de saúde primários, realizado de julho de 2003 a fevereiro de 2004.</p>	<p>As medianas paciente, sistema de saúde e o retardo total foram 28, 33 e 63 dias, respectivamente, com variação de 1 a 434 dias. Doentes com TB extrapulmonar apresentaram um retardo do doente, do sistema de saúde e total significativamente mais longo. Doentes acima de 60 anos tiveram retardo do doente menor do que o grupo com 15 a 29 anos. Os nascidos na Noruega apresentaram maior retardo do sistema de saúde que os pacientes nascidos no exterior.</p>

<p>Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid</p> <p>Sanz B, Blasco T.2006</p>	<p>Espanha</p>	<p>Identificar as variáveis associadas ao retardo do doente, do serviço de saúde e o total.</p>	<p>Estudo descritivo de 296 casos de TB diagnosticados em 15 hospitais no ano de 2003. Os doentes foram entrevistados e os registos médicos foram revisados.</p>	<p>A média de retardo total foi de 40,5 dias. O do doente de 15 dias e do serviço de saúde 5 dias. O retardo total está associado à atenção primária, o do doente à febre e não-identificação de tosse como o sintoma e o do sistema de saúde atenção primária, cobertura de saúde e baciloscopia negativa.</p>
<p>Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil</p> <p>Maciel EL, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, Bae JW, Moreira CM, Detoni Vdo V, Vinhas SA, Palaci M, Dietze R. 2010</p>	<p>Brasil</p>	<p>Identificar fatores de risco associados à demora do doente e do serviço de saúde de doentes que procuram atendimento na saúde primária.</p>	<p>Estudo prospectivo entre 304 doentes de TB diagnosticados em Vitória entre janeiro de 2003 e dezembro de 2007 através de questionário e revisão dos registos médicos. As demoras foram comparadas e regressão logística multivariada foi realizada.</p>	<p>Dos 304 doentes, 296 relataram pelo menos um sintoma de TB, 244 (80%) relataram tosse > 3 semanas. A mediana de demora de cuidados de saúde foi de 30 dias, e o total foi de 110 dias. A análise multivariada revelou que tosse e peso <60 kg no momento do diagnóstico de TB foram associados à demora do doente acima de 30 dias. Fatores de risco associados a demora prolongada (90 dias) foram a idade > 30 anos e dor torácica.</p>
<p>Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario</p> <p>Gagliotti C, Resi D, Moro ML. 2006</p>	<p>Itália</p>	<p>Quantificar a demora no atendimento ao doente no tratamento da TBP e estudar a associação entre a migração e a demora.</p>	<p>Todos os 271 doentes com PTB sintomática de 15 anos que foram notificados em Emilia-Romagna durante 2003 foram incluídos. Um questionário individual foi preenchido para cada doente e análise multivariada foi realizada.</p>	<p>A mediana de demora do doente, dos cuidados de saúde e atraso total foram 7, 36 e 65 dias, respectivamente. Imigrantes recentes (estadia na Itália 3 há anos) tiveram maior demora do doente (16 dias), enquanto os italianos tiveram maior demora no tratamento (60 dias). Migração foi independentemente associada à demora do doente e do serviço de saúde, embora a direção da associação tenha mudado quando a demora foi considerada.</p>

<p>Delay in Tuberculosis case detection in Pwani region, Tanzania. A cross-sectional study</p> <p>Ngadaya ES, Mfinanga GS, Wandwalo ES e Morkve O. 2009</p>	<p>Tanzânia</p>	<p>Estimar a extensão e os fatores responsáveis pela demora na detecção de casos de TB.</p>	<p>Estudo transversal com 226 realizado entre abril e outubro de 2007 casos de TB com BK+ realizado em quatro distritos de Pwani.</p>	<p>A média de demora total foi de 125,5 dias. O fator de risco para demora foi pouco conhecimento que a dor no peito pode ser um sintoma da TB e a crença de que a TB é sempre associada com o HIV/AIDS. O risco para demora foi baixo entre os que se apresentaram pela primeira vez a uma instalação do governo e aqueles que apresentam dor torácica.</p>
<p>Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine</p> <p>van der Werf MJVD, Chechulin Y, Yegorova OB, Marcinuk T, Stopolyanskiy A, Voloschuk V, Zlobinec M, Vassall A, Veen J, Hasker E, Turchenko LV. 2006</p>	<p>Ucrânia</p>	<p>Avaliar a magnitude da demora do doente e avaliar os fatores de risco para demora.</p>	<p>Estudo com 190 casos recém-diagnosticados de TBP. Foram coletadas informações através de cada paciente a partir do prontuário médico e por entrevistas utilizando um questionário de estrutura quantitativa, entre março e novembro de 2004.</p>	<p>A mediana de demora do doente foi de 30 dias. Indivíduos que referiram desemprego, sem-teto, consumo de álcool abusivo, tosse ou perda de peso antes de procurar cuidados de saúde tinham maior demora do doente. As principais razões para o atraso foram acreditar na cura espontânea e não considerar os sintomas graves.</p>
<p>Health-seeking behaviour of new smear-positive TB patients under a DOTS programme in Tamil Nadu, India, 2003</p> <p>Selvam JM, Wares F, Perumal M, Gopi PG, Sudha G, Chandrasekaran G, Santha T. 2007</p>	<p>Índia</p>	<p>Estudar o comportamento de procura por serviços de saúde de novos casos de TBP com BK+ tratados em instalações do governo</p>	<p>Estudo com 601 casos novos de TBP com BK+ diagnosticados e tratados entre janeiro e março de 2003 em instalações do governo e entrevistados com entrevista semi-estruturada.</p>	<p>Medianas de demora total, do doente e do provedor foram 62, 28 e 28 dias, respectivamente. Demora do provedor foi de 9 dias com o governo e 50 com provedor privado. Em análise multivariada, demora do paciente foi significativamente associada a tabagismo e transporte e demora do provedor com prestador privado e distância.</p>

<p>Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda</p> <p>Lorent N, Mugwaneza P, Mugabekazi J, Gasana M, Van Bastelaere S, Clerinx J, Van den Ende J. 2008</p>	<p>Ruanda</p>	<p>Avaliar demora no diagnóstico e tratamento de TB e fatores de risco associados</p>	<p>Estudo prospectivo realizado com 104 casos novos de TB do hospital de referência entre junho e setembro de 2006. As coletas foram realizadas através de questionários.</p>	<p>As medianas de demora total, serviço de saúde e doente foram respectivamente 57, 28 e 25 dias. Fatores de risco para demoras do sistema de saúde foram esfregaço negativo e uso de antibióticos. Este último também foi encontrado para prolongar demora total, assim como residência rural. A demora do doente esteve associada a residência rural e casos de HIV+.</p>
<p>The effect of geographical distance on TB patient delays in a mountainous province of Chin</p> <p>Lin X, Chongsuvivatwong V, Geater A, Lijuan R. 2008</p>	<p>China</p>	<p>Documentar a relação entre demora do doente de TB e distância dos serviços de saúde.</p>	<p>Estudo de registro médico computadorizado de uma coorte de 10.356 novos casos de TB com baciloscopia positiva em 2005.</p>	<p>A mediana de demora total foi de 71 dias, do doente 60 dias e do sistema de cuidados 4 dias. Idade avançada (40 anos), ser agricultor e baixa condição social estão associados a demora do doente. Risco de demora aumentou com o aumento da distância, com um efeito maior sobre menor atraso do paciente.</p>
<p>Treatment seeking for symptoms suggestive of TB: comparison between migrants and permanent urban residents in Chongqing, China</p> <p>Wang Y1, Long Q1, Liu Q, Tolhurst R e Tang s. 2008</p>	<p>China</p>	<p>Entender o comportamento de busca de saúde da zona rural-urbana dos migrantes com tosse crônica e comparar com a população permanente urbana.</p>	<p>Pesquisa em 23 centros de saúde com 1.005 casos de tuberculose. Suspeitos entrevistados sobre nível socioeconômico e comportamentos de busca de serviços.</p>	<p>As razões dos imigrantes para a demora na procura de cuidados foram a falta de dinheiro e da percepção da necessidade de cuidados. Suspeitos de TB do sexo feminino, pessoas sem seguro de saúde, sem conhecimento da TB, sem emprego integral e as pessoas de baixa renda também experimentaram maior demora do doente.</p>
<p>Assessing health seeking behaviour among tuberculosis patients in rural South Africa</p> <p>Pronyk PM, Makhubele MB, Hargreaves JR, Tollman SM, Hausler HP. 2001</p>	<p>África do Sul</p>	<p>Examinar padrões de procura por cuidados entre os doentes internados com TB.</p>	<p>Estudo realizado com 298 doentes hospitalizados e diagnosticados com TBP entre agosto e dezembro de 1999. A coleta de dados ocorreu através de um questionário semi-estruturado.</p>	<p>A mediana de demora total foi de 10 semanas, com demora do doente em maior proporção do que a do fornecedor. Demora total foi menor entre aqueles que apresentaram em hospitais. Pessoas com perfil de risco para TB (migrante, alcoolista, história de TB) foram diagnosticadas mais rapidamente, enquanto as mulheres permaneceram sem diagnóstico por mais tempo.</p>

<p>Delay in the Diagnosis of Turkish Servicemen with Pulmonary Tuberculosis</p> <p>Okun MO. 2005</p>	Turquia	<p>Avaliar o tempo entre os primeiros sintomas e o início do tratamento entre militares com TB.</p>	<p>Estudo realizado com 97 casos de TBP de um hospital entre junho e outubro de 1999. Os dados foram coletados através de questionário.</p>	<p>Do grupo, 62 (63,7%) relataram que tinham procurado auxílio após aparecimento das queixas. A demora total no diagnóstico foi de 21 dias. Demora do doente diminuiu entre os pacientes com hemoptise e aumentou com sudorese noturna. Demora total não foi correlacionada com nenhum sintoma.</p>
<p>Delays in the diagnosis and treatment of hospitalized patients with smear-positive pulmonary tuberculosis</p> <p>Yilmaz A, Bogi AS, Sulu E, Durucu M, Yilmaz D, Daran A e Poluman A. 2001</p>	Turquia	<p>Investigar se houve alguma demora no diagnóstico e tratamento de doentes com TBP com BK+.</p>	<p>Foram revistos os registros de fevereiro de 1999 e identificados 134 doentes de TBP com BK + hospitalizados. As características foram analisadas através da aplicação de um questionário.</p>	<p>A mediana de demora do doente foi de 17,5 dias, a de intervalo de referência foi de 3,5 dias, a de intervalo de diagnóstico foi de 3 dias, a de início do tratamento foi de 1 dia. A demora do paciente estava presente em 28,4% dos casos, 93 pacientes tiveram demora no diagnóstico e 34 pacientes demora no tratamento. A demora médica ocorreu em 119 dos 134 pacientes e demora clínica em 98 pacientes.</p>
<p>Delays to treatment and out-of-pocket medical expenditure for tuberculosis patients, in an urban area of South America</p> <p>Lambert ML, Delgado R, Michaux G, Volz A, Speybroeck N e Van Der Stuyft P. 2005</p>	Bolívia	<p>Estimar a demora para o tratamento da TB e seus determinantes.</p>	<p>Estudo realizado com 144 novos casos de TB com BK + inscritos no programa de controle da TB entre março de 2001 e março de 2002. Os dados foram coletados através de entrevistas estruturadas.</p>	<p>A mediana de demora do paciente, provedor e total foram de 3,6, 6,2 e 12,9 semanas, respectivamente. A demora total foi maior para mulheres e para quem consultou médicos particulares. Em médicos do setor público a mediana de demora médica foi de 4,9 e no setor privado de 7,2. A mediana de despesas médicas foi maior para quem procurou médicos particulares.</p>
<p>Factors affecting delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey</p> <p>Güneylioglu D, Yilmaz A, Bilgin S Bayram U, Akkaya E., 2004</p>	Turquia	<p>Investigar a demora no diagnóstico e no tratamento de doentes com TBP com BK+ e identificar fatores que afetam essa demora.</p>	<p>Foram revistos os registros entre junho e agosto de 2001 e identificados 204 casos novos de TBP com BK+. Os casos foram analisados e um questionário foi criado para obter dados por meio de entrevista.</p>	<p>A média do intervalo de aplicação, de referência, do diagnóstico e de início do tratamento foram respectivamente 31,4, 22,1, 3,3 e 1,4 dias. A demora do doente esteve presente em 34,8% dos casos. O intervalo de aplicação foi menor para pacientes com um caso índice de TB e para aqueles com situação econômica boa. O intervalo de referência foi maior para mulheres. As causas mais comuns de demora institucional foram uma baixa suspeição para TB, atrasos do sistema de saúde e</p>

				subutilização dos exames de tórax. Cento e três pacientes (50,5%) tiveram atrasos no diagnóstico e 51 pacientes (25,0%) tiveram atrasos no tratamento. A razão mais frequente para demora no diagnóstico foi demora do sistema de saúde (35,9%).
<p>Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India</p> <p>Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G, Renu G. 2002</p>	Índia	Investigar os fatores associados a demora na procura de cuidados (paciente) e no diagnóstico pelos profissionais de saúde (sistema de saúde) entre doentes de TB com Bk+ antes da implementação do DOTS no sul da Índia.	Estudo realizado antes da implementação do programa de controle da TB revisado em Tamil Nadu com 531 novos casos de TB com BK+ entrevistados utilizando um questionário estruturado.	A mediana de demora do doente, sistema de saúde e total foram 20, 23 e 60 dias, respectivamente. Na análise multivariada. A demora do doente foi maior se o paciente tinha inicialmente consultado um provedor do governo, residia longe da unidade de saúde e era alcoólatra. Demora do sistema de saúde foi de 7 dias. Fatores associados à demora do sistema de saúde foram: primeira consulta com um prestador privado, duração curta da tosse, alcoolismo e residência a 2 km de um centro de saúde .
<p>Health seeking behaviour and diagnosis for pulmonary tuberculosis in an HIV-epidemic mountainous area of Thailand</p> <p>Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, DiwanV. 2001</p>	Tailândia	Descrever o comportamento de busca por saúde entre doentes de TB para medir a demora de doentes e fornecedores e analisar fatores determinantes nesses atrasos.	Os doentes de TBP com BK+ e idade superior a 15 anos detectados no Hospital de Chiang Rai (557) foram entrevistados utilizando um questionário estruturado .	A mediana de demora para doentes HIV+, HIV- e aqueles cujo status de HIV era desconhecida foi de 10, 15 e 15 dias, respectivamente. A demora do provedor foi de 7, 7,5 e 10 dias, respectivamente. Fatores de risco para demora do doente (21 dias) incluiu ser HIV-, não ter seguro de saúde, sem visitas anteriores para o hospital e pedir o dinheiro para visitas ao hospital. A demora do provedor foi maior no sexo feminino.
<p>Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia</p> <p>Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. 2002</p>	Etiópia	Determinar o tempo entre o início dos sintomas e a primeira visita a cuidados de saúde (demora do doente) e a demora entre a primeira visita aos cuidados de saúde e o diagnóstico de TB	Estudo transversal realizado nos centros de saúde pública de Addis Abeba entre 1 de agosto e 31 de dezembro de 1998 com 700 casos novos de TBP, utilizando questionário estruturado.	A demora do doente teve mediana de 60 dias e a média de 78,2 dias. Não houve diferença significativa de demora entre os fatores sociodemográficos dos doentes com BK+. No entanto, houve uma diferença significativa na distância e conhecimento sobre o tratamento da TB entre BK-. A demora do serviço de saúde foi baixa (mediana de 6 dias e média de 9,5 dias). A demora

		(demora do serviço de saúde).		foi significativamente menor nos BK+ comparados aos BK-. Maiores demoras do serviço de saúde (superior a 15 dias) foram associadas a distância.
<p>Patient and health service delays in initiating treatment for patients with pulmonary tuberculosis: retrospective cohort study</p> <p>Paynter S, Hayward A, Wilkinson P, Lozewicz S, Coker R. 2004</p>	Inglaterra	Medir a demora no atendimento ao paciente e no tratamento da TBP.	Estudo de coorte retrospectivo realizado com pacientes notificados com TBP entre 01 de abril de 2001 e 01 de março de 2002 através de questionário postal.	A mediana de demora dos casos encontrou-se entre 78 e 99 dias, a do doente entre 34,5 e 54 dias e a de demora de cuidados de saúde foi de 29,5 dias. Menores demoras do serviço foram encontradas em doentes nascidos em um país de alta prevalência, que se apresentaram primeiro a emergências e aqueles com BK+. As menores demoras do doente foram encontradas nas características citadas anteriormente em doentes mais jovens.
<p>Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria</p> <p>Odusanya OO e Babafemi JO. 2004</p>	Nigéria	Investigar os padrões de demora antes do tratamento entre os doentes com TB.	Estudo longitudinal realizado com 141 novos casos recém-diagnosticados de TBP, entre setembro de 2000 e janeiro de 2001, através de entrevista.	A mediana de demora do doente foi de 8 semanas, do médico uma semana, do tratamento uma semana e o total de 10 semanas. A demora do paciente foi o mais freqüente tipo de demora e foi o maior contribuinte para demora total. A demora do doente não foi associada a características sociodemográficas dos pacientes.
<p>Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática</p> <p>Gómez MNA, Megías JA, Soler JC, Augé CM, Fuentes MAJ, Galvao MLS e Peiró js. 2003</p>	Espanha	Estudar a demora no diagnóstico da TBP sintomática.	Estudo prospectivo realizado com 287 casos novos de TBP sintomática entre 01 de janeiro de 1998 e 30 de junho de 2000 através de entrevista.	A média \pm desvio padrão (SD) foi para a demora total $77,3 \pm 81,8$; $43,3 \pm 55,7$ dias para demora do doente; $28,4 \pm 59,6$ dias para demora do médico; para a demora atribuída ao diagnóstico $10,0 \pm 17,7$ dias e demora do sistema sanitário $38,5 \pm 62,5$ dias.

<p>Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach</p> <p>Godfrey-Faussett P, Kaunda H, Kamanga J, van Beers S, van Cleeff M, Kumwenda-Phiri R, Tihon V. 2002</p>	Zâmbia	<p>Descrever os fatores risco para a demora entre doentes que apresentam com tosse a os centros urbanos de saúde.</p>	<p>Estudo transversal de 427 pacientes atendidos em dois centros urbanos de saúde através de um questionário.</p>	<p>Dos entrevistados 35% tiveram demora de mais de um mês. A demora foi associada à idade, doença grave subjacente, pobre percepção dos serviços de saúde, distância e atendimento prévio em clínica particular. Não houve relação entre demora e conhecimento sobre a TB, escolaridade, nível socioeconômico ou sexo. TB e HIV estavam relacionados e altamente estigmatizados, mas não associados à demora.</p>
<p>Access to tuberculosis care: What did chronic cough patients experience in the way of healthcare-seeking?</p> <p>XU B, DIWAN VK e BOGG L. 2007</p>	China	<p>Analisar as experiências de busca por saúde e o impacto econômico e doentes com TB em municípios com e sem um projeto DOTS e explorar as barreiras ao acesso na China rural.</p>	<p>Estudo transversal realizado com 1.204 pessoas com tosse crônica entrevistados sobre suas experiências de procura de cuidados entre 2002 e 2003 por meio de questionário.</p>	<p>A média do doente foi de 34 dias em Jianhu e 29 dias em Funing. Menores demoras do doente estiveram associadas a seguro. Mais de 97% dos doentes procuraram atendimento no sistema de saúde geral, ao invés do dispensário TB. Apenas 1,8% (Jianhu) e 5,0% (Funing) dos indivíduos realizaram baciloscopia. A média de despesas do doente foram CNY346 em Jianhu e CNY256 em Funing.</p>
<p>Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania</p> <p>Wandwalo ER, Mørkve O 2000</p>	Tanzania	<p>Determinar os fatores responsáveis pela demora do início dos sintomas da TBP ate o início do tratamento.</p>	<p>Estudo transversal de 296 pacientes com TB BK+ realizado de maio a julho de 1998 através de entrevista por questionário estruturado.</p>	<p>A média e mediana de demora total foi de 185 e 136 dias, a do sistema de saúde de 23 e 15 dias e a do doente foi de 162 e 120 dias; 90% de demora foi do doente. Essa demora foi maior nas áreas rurais, em doentes com baixa escolaridade e sem conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico.</p>
<p>Factors affecting delays in tuberculosis diagnosis in rural China: a case study in four counties in Shandong Province</p> <p>Cheng G, Tolhurst R, Li RZ, Meng QY, Tang S.2005</p>	China	<p>Investigar os doentes de TB na procura de cuidados e na obtenção de um diagnóstico e os fatores associados às demoras.</p>	<p>Estudo de 190 casos novos de TB com BK+ que completaram o tratamento em dispensários em 2001 através da aplicação de questionários padronizados .</p>	<p>A idade avançada, falta de educação e distância até um centro de saúde municipal foram significativamente associados à demora na procura de cuidados. Na demora do serviço as mulheres sofreram demoras superiores, e quanto mais cedo o doente visitou pela primeira vez, menor o tempo para conseguir um diagnóstico.</p>

<p>Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal</p> <p>Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, Osuga K, Shimouchi A, Ishikawa N, Bam DS, Mori T. 2001</p>	<p>Nepal</p>	<p>Examinar demoras no diagnóstico da TB e comparar o comportamento de busca entre homens e mulheres.</p>	<p>Estudo transversal realizado com 238 homens e 98 mulheres, casos novos de TB, entre dezembro de 1997 e junho de 1999. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas.</p>	<p>As mulheres apresentaram maior demora antes do diagnóstico da TB (mediana de 2,3 meses para os homens e de 3,3 meses para as mulheres). Quando visitaram curandeiros as mulheres tinham demora maior do que os homens para a primeira visita a prestadores de saúde para o diagnóstico (mediana 1,5 meses para os homens, 3,0 meses para as mulheres). Mais mulheres (35%) visitaram curandeiros tradicionais antes do diagnóstico.</p>
<p>Long Delays and Missed Opportunities in Diagnosing Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis in Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study</p> <p>Sendagire I, Schim Van der Loeff M, Mubiru M, Konde-Lule J, Cobelens F. 2010</p>	<p>Uganda</p>	<p>Quantificar a demora no diagnóstico entre casos de TBP, avaliar os fatores associados, e descrever trajetórias por cuidados de saúde.</p>	<p>Estudo transversal, realizado com 253 novos casos de TB com BK+, entre abril de 2007 e abril de 2008, através de entrevistas semi-estruturadas .</p>	<p>A mediana de demora total, do serviço de saúde e do doente foram de 8 e 4,4 semanas respectivamente. Conhecimento que a TB era curável foi relacionada à maior demora total e do doente. Sexo feminino, ter permanecido por mais de 5 anos na residência atual e ter sido testados para o HIV foram associados à demora dos serviços de saúde. Noventa e um por cento dos pacientes tinham visitado um ou mais prestadores de cuidados de saúde antes de serem diagnosticados, em média (mediana) 4 visitas.</p>
<p>Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia</p> <p>Gele AA, Bjune G e Abebe F. 2009</p>	<p>Etiópia</p>	<p>Medir a duração da demora entre doentes de TB pastoris nas unidades de gestão de TB no Estado Regional Somali da Etiópia.</p>	<p>Um estudo transversal com 226 doentes de TB realizado na Etiópia entre junho e setembro de 2007 através de um questionário baseado em entrevista.</p>	<p>Demora mediana dos pacientes foi de 60 dias com intervalo de 10 a 1.800 dias. Demora do prestador de cuidados teve mediana de 6 dias e mediana de demora total foi de 70 dias. Demora do paciente constituiu 86% do total. Os nômades que apresentaram baixo conhecimento sobre TB foram associados à demora prolongada do doente. No entanto, o único fator de risco para demora do paciente por > 120 dias foi distância a unidade de saúde.</p>

APÊNDICE B

DESAFIOS NO COMBATE À TUBERCULOSE NO COTIDIANO DO SUS EM PELOTAS/RS: UM ENFOQUE AVALIATIVO E CRÍTICO-DISCURSIVO

O estudo faz parte de um projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” aprovado pelo CNPq no Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008-Doenças Negligenciadas.

O universo do projeto Multicêntrico delimitou de forma singular o objeto de estudo para o município de Pelotas, bem como os objetivos e metodologia, conforme as necessidades e realidade local (situação epidemiológica da tuberculose, sistema de saúde local, recursos humanos envolvidos na pesquisa).

O propósito do estudo é analisar o acesso aos serviços públicos de saúde no município de Pelotas/RS na percepção do doente e profissionais de saúde. Serão utilizadas abordagem quantitativa (inquérito epidemiológico prospectivo e fontes secundárias: prontuários e sistemas de informação - SINAN) e abordagem qualitativa (entrevistas semiestruturadas com doentes e profissionais de saúde).

A população do estudo da etapa quantitativa, foi constituída através de amostragem por conveniência. O tamanho da amostra estimada de doentes de TB foi calculada através do programa *Statistica* (usando os comandos *Several means*, *ANOVA*, *1-Way* e considerando os parâmetros probabilidade do erro tipo I = 0,05; probabilidade do erro tipo II = 0,20 e erro amostral = 0,2) foi de 58 informantes. Prevendo-se uma taxa de não-resposta de aproximadamente 20%, calcularam-se 70 doentes (HILL e LEWICKI, 2006).

Este projeto de pesquisa tem ainda a proposta de utilizar métodos de análise de dados não-inferenciais multivariados que utilizam um número mínimo de 50 observações (informantes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100 (HAIR *et al.*, 2005). Dessa forma, o tamanho da amostra de doentes, inicialmente prevista de 70

doentes, será acrescido de 30 doentes para cada município para atender a essa proposta.

No período de estudo existiam 178 pessoas com TB em tratamento no PCT de Pelotas/RS, às quais foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obtendo-se 124 usuários do PCT que se enquadraram aos critérios do estudo. Foram excluídos da pesquisa 22 sujeitos, 17 deles não foram localizados no período do estudo, 2 estavam hospitalizados e 3 casos foram a óbitos, resultando no total de 102 sujeitos que participaram efetivamente do estudo.

A coleta dos dados iniciou após a autorização da Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas em articulação com a equipe responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose. No momento da coleta dos dados foi solicitada à pessoa com TB a assinatura do consentimento livre e esclarecido para a realização da entrevista e o termo de autorização para acessar os prontuários dos entrevistados (Anexo D e E), de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007.

A coleta dos dados foi no período de julho a dezembro de 2009 por acadêmicos e pós-graduandos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Todos os entrevistadores receberam treinamento prévio e foram supervisionados por docentes engajados na pesquisa durante o processo de coleta dos dados. A verificação da qualidade no preenchimento dos dados ao final de cada coleta e resolutividade de problemas operacionais constituíram-se as principais atividades dos supervisores.

As entrevistas foram realizadas no PCT e no domicílio dos doentes através da aplicação de entrevista estruturada. O instrumento de coleta de dados (ANEXO B) dos doentes de TB está baseado no entendimento desses sujeitos sobre os eventos relacionados ao adoecimento. Contempla questões referentes às características sociodemográficas e a trajetória do paciente desde o momento em que identificou que estava com alterações de saúde relacionadas à TB, à procura pelos serviços de saúde, ao diagnóstico e ao início do tratamento, buscando identificar aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico por parte do doente e do serviço de saúde. A entrevista constitui-se em questões fechadas com opções seguindo escala de classificação tipo *likert*.

ANEXO

ANEXO A**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE****DECLARAÇÃO****Pelotas, 18 de novembro de 2010**

Declaro para os devidos fins que **Caroline de Souza Kröning**, Enfermeira do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, é membro do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose da mesma instituição, o qual desenvolveu a pesquisa “Retardo do diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas”, sobre minha coordenação. Assim sendo está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar sua dissertação de mestrado intitulada: **“A pessoa com tuberculose pulmonar na procura do serviço de saúde: análise das características associados ao tempo”**, sob minha orientação.

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales
Coordenadora geral da pesquisa

ANEXO B

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

I. Doentes de Tuberculose

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

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO PACIENTE

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

12	O local onde o(a) Sr(a) vive é:	1 <input type="checkbox"/> Casa	2 <input type="checkbox"/> Instituição (asilar/abrigo)	3 <input type="checkbox"/> Morador de rua
13	Zona	Urbana 1 <input type="checkbox"/>	Rural 2 <input type="checkbox"/>	
B. PORTA DE ENTRADA				
1 4.	Antes de ficar doente de tuberculose qual era o primeiro local que o(a) Sr(a) procurava quando ficava doente?	1- <input type="checkbox"/> Locais religiosos/benzedadeiras 2- <input type="checkbox"/> Farmácia 3- <input type="checkbox"/> Serviços de saúde Especificar: _____ 4- <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____ (se o doente responder nenhum, especificar em outros)		
1 5.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) para fazer algum <u>controle preventivo</u> (vacinar, medir pressão, exames de rotina)?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre		
1 6.	Qual o nome do serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) costuma procurar para <u>consulta/exames de rotina</u> ?	Nome: _____ 1- <input type="checkbox"/> - UBS; 2- <input type="checkbox"/> - UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> - USF; 4- <input type="checkbox"/> - Pronto Atendimento; 5- <input type="checkbox"/> - Ambulatório de Referência; 7- <input type="checkbox"/> - Hospital Público; 8- <input type="checkbox"/> - Hospital Privado; 9- <input type="checkbox"/> - Consultório particular; 10- <input type="checkbox"/> - Outros Especificar _____ 0- <input type="checkbox"/> - Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> - Não se aplica (caso não nunca procure nenhum SS para consulta/exames de rotina) (preenchida pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)		
1 7.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) mais próximo de sua casa?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre		
1 8.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) recebia visita de algum profissional de saúde na sua casa?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre		
1 9.	Com que frequência o(a) Sr(a) via propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a tuberculose antes de saber que estava doente?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre		
2 0.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso de bebidas	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		

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

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

3 O que o profissional de saúde que o atendeu na primeira vez em que foi até o serviço de saúde

1.	falou que o(a) Sr(a) tinha?	
3 2.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente pediu os exames:	32.a. Exame de escarro (catarro): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32.b. Exame de raio-X (chapa do pulmão): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32.c. Outros exames. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3 3.	O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente o encaminhou à outro serviço para:	33.a. Consulta médica com outro profissional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33.b. Fazer o exame de escarro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.c. Fazer o raio-X: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.d. Fazer o outros exames <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3 4.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente, QUANTAS VEZES precisou ir ao(s) serviço(s) de saúde para descobrir que tinha TB? _____	
3 5.	Depois que o(a) Sr(a) foi ao serviço de saúde (postinho, PA...) pela <u>primeira vez</u> , quantos dias levou para descobrir que tinha TB? _____ DIAS	
3 6.	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? 36.a. Nome: _____ 36.b. Endereço: _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado) 36.c. Tipo: 1- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 5- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Privado; 8- <input type="checkbox"/> Consultório particular 9- <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____ 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)	
3 7.	No serviço de saúde que descobriu a tuberculose , o(a) Sr(a) conseguiu consulta no prazo de 24 horas?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
3 8.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto durante os fins de semana?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
3 9.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto depois das 18:00 horas pelo menos um dia durante a semana?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
4 0.	Com que freqüência o(a) Sr(a) perdeu o turno de trabalho ou algum compromisso para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha	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

	tuberculose?	
4 1.	Como é a distância do serviço de saúde que descobriu a tuberculose até a casa do(a) Sr(a)?	1- <input type="checkbox"/> Muito distante; 2- <input type="checkbox"/> Distante; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Próximo; 5- <input type="checkbox"/> Muito próximo
4 2.	Qual foi o meio de transporte mais utilizado pelo(a) Sr(a) para ir até o serviço de saúde para descobrir a TB?	Especificar: _____
4 3.	Com que frequência o(a) Sr(a) precisou utilizar transporte motorizado para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
4 4.	O(a) Sr(a) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
4 5.	O(a) Sr(a) teve que pagar alguma quantia para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que descobriu a tuberculose ?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
4 6.	O(a) Sr(a) necessitou de ajuda financeira para realizar as consultas e exames para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
4 7.	Como o(a) Sr(a) foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que descobriu a tuberculose ?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim; 2- <input type="checkbox"/> Ruim; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Bem; 5- <input type="checkbox"/> Muito bem

D. ELENCO DE SERVIÇOS PARA O DIAGNÓSTICO

4 8.	Todos os exames pedidos para o(a) Sr(a) foram realizados no serviço que descobriu a tuberculose ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4 9.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose perguntou se o(a) Sr(a) tinha alguma dificuldade de transporte para realizar/entregar os exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
5 0.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose ofereceu transporte e/ou vale transporte para a realização/entrega dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
5 1.	O(a) Sr(a) recebeu orientação para a realização dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
5 2.	Com que frequência faltou materiais (pote de escarro, etc) para a realização dos exames no serviço que descobriu a tuberculose ?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
5 3.	O(a) Sr(a) teve dificuldade para entregar o pote de escarro no serviço que descobriu a tuberculose ?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso não tenha feito exame de escarro)

54.	O(a) Sr(a) recebeu os resultados dos exames realizados:	54.a. No serviço de saúde que fez o pedido dos exames 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
		54.b. Em outro serviço de saúde. Especificar: _____ 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre

E. TRATAMENTO

55. Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha TB, quantos dias demorou para começar a fazer o tratamento? _____ DIAS Não sabe

F. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE

56.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose perguntaram se as pessoas que moram com o(a) Sr(a) tem tosse, febre, emagrecimento?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
57.	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha tuberculose, recebeu visita de algum profissional de saúde em sua moradia?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
58.	As pessoas que moram com o(a) Sr(a) foram avaliadas com:	58.a. Exame de escarro (catarro) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
		58.b. Raio X (chapa do pulmão) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
		58.c. PPD (exame na pele) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
59.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram com as pessoas que moram com o(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
60.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram sobre as condições de vida das pessoas que moram com o(a) Sr(a) (emprego, moradia,	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)

	saneamento básico)?	
61	O(a) Sr(a) observava visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança para perguntar se as pessoas tem tosse?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
G. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista) FONTES DE COLETA DE DADOS: <hr/> <hr/>		
62	Nº SINAN ou WEB-TB:	63 Prontuário:
64	Serviço responsável pelo diagnóstico 64.a Nome: <hr/> 64.b. Endereço: <hr/> 64.c. Horário de atendimento: <hr/> 64.d. Tipo de Serviço de Saúde: 1 <input type="checkbox"/> UBS 2 <input type="checkbox"/> UBS/PACS 3 <input type="checkbox"/> USF 4 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose. Especificar _____ 5 <input type="checkbox"/> Hospital público 6 <input type="checkbox"/> Hospital privado 7 <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento 8 <input type="checkbox"/> Consultório Particular 9 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
65	Data do diagnóstico:	
66	Exames realizados	66.a. Baciloscopia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 66.b. PPD <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 66.c. Raio X <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 66.d. Outros: _____ <input type="checkbox"/> Sim
		66.e. Biópsia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 66.f. Cultura de escarro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 66.g. anti-HIV <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

		<input type="checkbox"/> Não			
67	Forma Clínica da TB	67.a. Pulmonar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67.b. Extrapulmonar: _____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Tipo de caso	68.a. Caso novo	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
		68.b. Recidiva	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
		68.c. Retratamento	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
		68.d. Tratamento após abandono	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
69	Co-infecção pelo HIV	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
70	Serviço responsável pela consulta médica de controle especializada do Programa de Controle da Tuberculose;				
	1 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose;				
	2 <input type="checkbox"/> Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas				
3 <input type="checkbox"/> Outro					
(_____)					
71.a. Nome: _____					
71.b. Endereço: _____					
71.c. Horário de atendimento médico aos doentes de TB: _____					
71	Data de início do tratamento:				
72	Tempo de Tratamento Medicamentos	< 1 mês	1 <input type="checkbox"/>	> 6 Meses até 9 Meses	4 <input type="checkbox"/>
		> 1 Mês até 3 Meses	2 <input type="checkbox"/>	> 9 Meses	5 <input type="checkbox"/>
		> 3 Meses até 6 Meses	3 <input type="checkbox"/>		
73	Faz tratamento supervisionado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
74	Serviço responsável pelo tratamento supervisionado/ auto-administrado				
	1 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose;				
	2 <input type="checkbox"/> Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas				
3 <input type="checkbox"/> Outro					
(_____)					
74.a Nome: _____					
74.b. Endereço: _____					
74.c. Horário de realização do TS: _____					

ANEXO C



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2009/04

Título do projeto: *"Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS - Brasil"*

Investigador(a) principal: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 18 de junho de 2009, ata nº 05.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 23 de junho de 2009


Prof. Dr. Ricardo Favares Pinheiro
Coordenador CEP/UCPel

ANEXO D

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).

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente
Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

ANEXO E
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O ACESSO A PRONTUÁRIO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de solicitar a sua autorização para poder acessar a seu prontuário com finalidade de poder obter algumas informações complementares relacionadas a seu diagnóstico de tuberculose. Esta atividade faz parte do desenvolvimento do projeto “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ . Ela tem como objetivo identificar as causas de demora no diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 40 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria da 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).

Pelotas, ____, de _____ de 2009

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente

Profª Drª

CONTATO: Faculdade de Enfermagem e Obstetricia da Universidade Federal de Pelotas – Rua: Quinze de Novembro 209 – Pelotas – RS; CEP 96015-000 – RS
Telefone (0XX53) 32786473 *e.mail: roxanacardoando@yahoo.com*

ANEXO F



JOURNAL OF NURSING AND HEALTH / REVISTA DE ENFERMAGEM E SAÚDE (JONAH / RENs)

ARTIGO ORIGINAL

Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família

Shares of the search for respiratory symptoms of tuberculosis according to the professionals' view of a Family Health Unit

Las acciones de la búsqueda de tuberculosis respiratoria en la visión de los profesionales de una unidad de salud de la familia

Roxana Isabel CARDOZO-GONZALES¹, Ludmila Meireles COSTA²,
Celeste dos Santos PEREIRA³, Leandro Barbosa de PINHO⁴,
Liliam Moura de LIMA⁵, Daniela Moura Domingues SOARES⁶,
Katuscia Milano Rosales de RODRIGUES⁷, Caroline de Souza KRONING⁸.

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi analisar na visão dos profissionais de uma Equipe Saúde da Família a prática da Busca dos Sintomáticos Respiratórios (BSR) da Tuberculose (TB) em suas atividades diárias identificando dificuldade no desenvolvimento desta ação. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a análise foi de conteúdo, modalidade temática, por meio de entrevistas semi-estruturadas aplicadas a 5 profissionais que conformam uma equipe de saúde da família de uma unidade de saúde de um município de médio porte no sul do Brasil. Os depoimentos revelam que as ações de BSR têm como cenário principal a comunidade e que Estratégia Saúde da Família (ESF), tem potencial para intensificar as ações de controle da TB neste meio. Destaca-se o protagonismo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nestas ações e a insegurança do profissional de saúde diante do risco de contágio da doença. A BSR é uma ação desenvolvida pelos profissionais da ESF. Contudo, identificam-se dificuldades na continuidade das ações de saúde necessárias ao diagnóstico da doença devido às fragilidades quantitativas (falta de recursos humanos) e qualitativas (despreparo dos profissionais) com implicações para controle da tuberculose.

Descritores: tuberculose; atenção primária à saúde; sintomático respiratório; estratégia saúde da família; agente comunitário de Saúde.

ABSTRACT

Analyze in accordance with the professional's view of a Family Health Team the practice of Search for respiratory symptoms of Tuberculosis in daily activities identifying difficulties in developing this action. Qualitative, with content analysis, thematic, through semi-structured interviews applied to five professionals that form a family health team of a health unit (clinic) in a medium-sized city in southern Brazil. The statements reveal that shares of the search for respiratory symptoms of tuberculosis have the community as the main scenario and the Family Health Strategy has the potential to intensify actions to control TB in this medium. The role of the Community Health Agent is deployed in these shares and also the insecurity of health professionals with the risk of contagion of the disease. The search for respiratory symptoms of TB is a program developed by the professionals of the FHS. However, difficulties are identified in the continuity of health care necessary to diagnose the disease because of quantitative weaknesses (lack of human resources) and qualitative (unprepared professionals) with implications for tuberculosis control.

Descriptors: tuberculosis; primary health care; respiratory symptoms; family health strategy; community health agent.

RESUMEN

Analizar en la visión de los profesionales de un Equipo de Salud de la Familia, la práctica de la Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios (BSR) de la Tuberculosis (TB) en sus actividades diarias, identificando dificultades en el desarrollo de esta acción. Cualitativa, con el análisis de contenido, modalidad temática, que utilizó entrevistas semi-estructuradas aplicadas a cinco profesionales que conforman un equipo de salud de la familia de una unidad de salud de un municipio de medio porte al sur del Brasil. Relatos revelan que acciones de BSR tienen como escenario principal la comunidad y que la ESF presenta potencial para intensificar acciones de control de la TB. Se destaca el protagonismo del ACS y la inseguridad del profesional de salud delante del riesgo de contagio de la enfermedad. La BSR es una acción desarrollada por los profesionales de la ESF. Sin embargo, se identifican fragilidades cuantitativas (falta de recursos humanos) y cualitativas (despreparo de los profesionales) con implicaciones para el control de la tuberculosis.

Descritores: tuberculosis; atención primaria a la salud; sintomático respiratorio; estrategia salud de la familia; agente comunitario de salud.

¹Professora Adjunto, Doutora em Enfermagem de Saúde Pública, UFPel/RS. roxanacardozoandre@yahoo.com

²Enfermeira, Pelotas/RS.

³Professora Assistente, MSc em Assistência de Enfermagem, UFPel/RS.

⁴Professor Adjunto, Doutor em Enfermagem Psiquiátrica, UFRGS/RS.

⁵Enfermeira, aluna de mestrado, UFPel/RS.

⁶Enfermeira, Pelotas/RS.

⁷Mestre em Ciências.

⁸Enfermeira, aluna de mestrado, UFPel/RS.

INTRODUÇÃO

A complexidade e especificidade da atenção à Tuberculose (TB) requerem um novo olhar para o processo de adoecimento, considerando sua magnitude como doença socialmente produzida, que diferentemente de outras enfermidades, revela as condições de vida do homem, sua pobreza material e humana.¹⁻³

A Atenção Básica a Saúde (ABS) é a estratégia para atuar no complexo processo de geração e proteção da saúde individual e coletiva, abrindo caminho para a formulação de políticas públicas que conduzam ao desenvolvimento humano integral e sustentável⁴, cada vez mais necessário diante do panorama epidemiológico e sanitário, caracterizado pela presença de doenças crônicas e infectocontagiosas, ainda presentes, como é o caso da TB.

A partir de 2001, após a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2002) que estabeleceu a hierarquização da Saúde no país, a responsabilidade do controle da TB foi atribuída aos municípios, determinada como competência da Atenção Básica à Saúde em seus diferentes níveis - unidades de saúde e ambulatórios de referência. Assim, cabe aos municípios a organização da assistência aos doentes de TB e seus familiares.⁵⁻⁶

Em 2004, foi lançado o novo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o qual aponta a existência de dificuldades no processo de descentralização para os municípios brasileiros, bem como a atenção aos pacientes onde, em muitos lugares, continua ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a ABS.⁷

Assim, o PNCT reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), reiterando o objetivo de integração da doença na ABS, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) como forma de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB em todo o Brasil.⁸

O PSF, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um política de reorientação do modelo assistencial, que objetiva fortalecer a proposta de retirada da medida exclusivamente curativa para a preventiva e integral, priorizar ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca pelo cumprimento das diretrizes do SUS.⁹

Considera-se que a ABS, mais especificamente a ESF seja hoje, no Brasil, a principal porta de entrada do paciente com TB. Desta forma, o PNCT privilegia a descentralização das medidas de controle para a ABS, aumentando o acesso da população em geral, mas visando, principalmente, as populações com risco ampliado de contrair a doença.¹⁰

Contudo, a falta de recursos humanos treinados para o diagnóstico, falhas na distribuição de drogas antituberculosas, notificação e acompanhamento do paciente com TB, ainda se configuram como dificuldades para o controle da doença.¹¹

OBJETIVO

Este artigo tem por objetivo analisar, sob a ótica dos profissionais de uma ESF, a prática da Busca dos Sintomáticos Respiratórios (BSR) da TB em suas atividades diárias, identificando as dificuldades encontradas para o desenvolvimento desta ação.

MÉTODO

O estudo vale-se do pressuposto de que os profissionais das ESF apresentam melhores condições técnicas e relacionais para a abordagem das pessoas com TB, buscando identificar os sintomas da doença que permitam estabelecer o diagnóstico precoce da TB pelo processo de capacitação, proximidade com os usuários e presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) imerso na comunidade, sendo capazes de conferir maior visibilidade ao problema e contribuir na sustentabilidade das ações de controle principalmente no que se refere às ações de BSR no contexto da ABS.

A análise da prática das ações de BSR pelos profissionais de uma ESF teve como referência a abordagem qualitativa, que se volta para os significados e a intencionalidade das ações nos contextos das estruturas sociais.¹²

O trabalho de campo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte na região sul do Brasil, no mês de julho de 2010. O grupo social alvo desta pesquisa foram os cinco profissionais que conformam uma das ESF, escolhida em virtude de possuir a composição mínima necessária para ser considerada como ESF, as demais equipes da mesma USF não estavam completas no momento da entrevista. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho. Houve necessidade de repetidas visitas devido a pouca disponibilidade de tempo dos profissionais.

Elegemos a técnica da entrevista semi-estruturada para a coleta de dados que consiste na combinação de um roteiro sistematizado com perguntas abertas e fechadas que permitem ao pesquisador se orientar ao elaborar as questões que pretende abordar.¹²

Elaborou-se um roteiro de entrevista constituída de duas questões norteadoras: *fale sobre as práticas de saúde do serviço em relação à busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose da sua unidade de saúde e fale sobre os fatores de dificultam e facilitam as ações de busca de sintomáticos respiratórios em sua unidade de saúde.*

Os dados foram gravados após previa concordância dos participantes do estudo, transcritos na íntegra, e agrupados por semelhança, formando uma unidade temática com dois núcleos de sentido.¹³

Os profissionais foram identificados por codinomes para garantia do anonimato. No tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo temática “*descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado*”.^{12:74}

“Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.^{12:105}

Nesse procedimento analítico, “núcleo de sentido” é visto como uma unidade de significação no conjunto de uma comunicação. Neste estudo, os núcleos de sentido foram entendidos como idéias-eixo em torno das quais giram outras idéias. Assim, a pesquisa buscou trabalhar uma unidade temática (*cenário, atores e seus atos na descoberta da tuberculose*) e com dois núcleos de sentido: **cenário de produção da doença: a busca pela descoberta dos casos e Abordagem dos sintomáticos respiratórios do início ao fim.**

A análise percorreu os seguintes passos: (a) leitura inicial procurando ter uma compreensão global do material; (b) identificação das unidades de significado que emergiram das falas dos entrevistados por unidade de saúde; (c) descoberta de núcleos de sentido e (e) interpretação e discussão dos núcleos de sentido encontrados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, segundo os princípios e a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/6, com a aprovação de nº 116/2010.

RESULTADOS

Cenário de produção da doença: a busca pela descoberta dos casos

As falas desenham o cenário e o fazer dos profissionais de saúde. A maioria dos depoimentos relata que as ações de BSR têm como cenário principal a comunidade. Essas ações são desenvolvidas por meio das visitas domiciliares realizadas predominantemente pelos ACS.

[...] a busca sintomática é feita através dos agentes comunitários de saúde quando eles fazem as visitas domiciliares, se eles vêem que alguma suspeita. (Paola)

[...] os agentes comunitários estão dentro das casas todos os meses, então eles acompanham [...] eles estão ali, embora não seja na visita domiciliar, mas eles cruzam muito com a comunidade, pacientes ou familiares, isso facilita muito. (Paola)

Evidencia-se o potencial da ESF para intensificar as ações de controle da TB principalmente no que se refere à BSR no lugar onde ela se produz - comunidade, e reconhece-se o protagonismo do ACS nestas ações.

[...] a gente detecta os sintomas e o enfermeiro no caso, encaminha para o médico, para solicita os exames. (Paola)

[...] a enfermagem encaminha para médico e já fazem os pedidos dos primeiros exames para busca, para o diagnóstico. (Dora)

[...] passa pela enfermagem, aí passa para médico, que dá os potes para fazer o exame. (Jussara)

Cenário de atuação: abordagem dos sintomáticos respiratórios do início ao fim

Após a identificação do sintomático respiratório pelo ACS este encaminha a pessoa suspeita de TB para a USF. Percebe-se na maioria dos depoimentos que as pessoas que apresentam os

sintomas da doença necessitam passar por uma consulta médica para conseguir a solicitação do exame de baciloscopia, evidenciando assim o desconhecimento dos profissionais a respeito das suas atribuições, pois a solicitação desse exame laboratorial é pode ser realizada por qualquer profissional da saúde, desde que, devidamente informado e preparado.

[...] acontece que tu encaminha e o paciente chega à unidade e faltam médicos, aí a enfermagem às vezes, ou até mesmo o agente de saúde às vezes passa uma tarde inteira e uma manhã inteirinha com o paciente pra lá e pra cá, pra tentar que um outro médico, de uma outra equipe atenda. (Dora)

[...] a gente não tem médico, e médico faz falta. (Paola)

O processo de atenção à pessoa com suspeita de TB perpassa por vários espaços com oferta de ações singulares de acordo às necessidades do diagnóstico da TB e com a forma de organização dos serviços de saúde no contexto local. Diante da suspeita da doença a pessoa após a consulta na USF é encaminhada para o Laboratório Regional do município para a entrega do material biológico (escarro) para sua análise.

[...] para fazer o teste de BK, aonde é encaminhado pra secretaria de saúde para aguardar o resultado da análise, o paciente vem até o posto, [...] eles fazem o cadastro e aí é encaminhado lá para secretaria. (Michele)

A TB, por ser uma doença cercada de estigma, gera receio de contágio nos próprios profissionais de saúde ao lidarem com o enfermo, a falta de preparo da equipe os torna inseguros, fato que leva ao desconhecimento da forma de contágio da TB, gerando um bloqueio entre o usuário e o profissional de saúde, fato que pode comprometer significativamente a interação e a construção do vínculo entre ambos.

[...] eu acho que o pessoal não está preparado, aqui na unidade, para receber pessoas com tuberculose, porque se chegar alguém aqui com sintomas, tossindo, os próprios funcionários, já ficam se cuidando [...]. (Jussara)

A insegurança do profissional de saúde diante o risco de contágio atribuído à falta de informação ou ao preconceito, acarreta dificuldade de acesso das pessoas com TB à unidade de saúde ocasionando retardo no diagnóstico e conseqüente agravamento da doença e do risco de contágio.

DISCUSSÕES

Na proposta de reorganização dos serviços de saúde prevê-se que as ESF incorporem às suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de controle da TB. Espera-se que o profissional seja capaz de identificar na comunidade através de visitas domiciliares, aqueles indivíduos que apresentem tosse por três semanas ou mais (sintomático respiratório) e encaminhá-los aos serviços de saúde.^{14- 15}

Na ESF espera-se que o ACS assuma uma posição central, pois além de residir na comunidade em que atua, mostra-se capaz de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, valores, costumes e linguagens, podendo assim produzir uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais.¹⁶

Os depoimentos permitem evidenciar este protagonismo do ACS, uma vez que é esse ator que, através do vínculo construído com a comunidade, realiza o primeiro contato com a pessoa com suspeita de TB, e estabelece o vínculo dela com o serviço de saúde, conforme previsto pela política de atenção à saúde.

Percebe-se que o processo de atenção à pessoa com suspeita de TB vai além do espaço comunitário, dos muros da unidade de saúde, uma vez que, a estrutura e forma de organização da atenção às pessoas com TB desenham um determinado percurso pelo contínuo do sistema, implicando, muitas vezes, em repetidas visitas às diversas unidades ou serviços de saúde. Nesse processo é indispensável à comunicação/articulação entre os diferentes serviços para a continuidade e resolutividade das necessidades de saúde.

A comunicação/articulação se torna ainda mais necessária diante da permanência de estruturas de organização centralizadoras das ações de controle da TB. Em alguns locais a rede de atenção a esta doença na ABS se mantém, na prática, como uma hierarquia devido à centralização das ações de controle da patologia nos programas, que geralmente estão dentro dos centros de referência.⁶

O desconhecimento das atribuições dos profissionais perante uma pessoa com suspeita de TB, identificado na comunidade pelo ACS, pode comprometer a continuidade da atenção.

A problemática identificada nas ações de controle da doença, especificamente na BSR está na falta de envolvimento da equipe de saúde e na dificuldade da realização de treinamentos desses profissionais.⁵

Se de um lado temos doentes que precisam de orientação, do lado dos serviços de saúde precisamos de profissionais treinados para diagnosticar e, se preciso buscar esses doentes. Fato que não acontece, pois a falta de Recursos Humanos treinados para o diagnóstico, falhas na distribuição de drogas antituberculosas, na notificação e no acompanhamento do paciente com TB, se configuram como dificuldades para o controle da doença.¹¹

O processo de atenção à pessoa com suspeita de TB perpassa vários espaços com oferta de ações singulares de acordo as ações necessárias ao diagnóstico da doença e com a forma de organização dos serviços de saúde no contexto local.

Um ambiente favorável à prevenção e gerenciamento das ações de controle da TB na ABS exige avançar para um modelo de atenção integrado, voltado para as condições crônicas, tendo a atenção primária à saúde como eixo norteador, porém sempre partindo da premissa que a conscientização, o preparo e a motivação das equipes de saúde são fundamentais para o compromisso com o controle da doença.¹⁷

Assim, o processo de trabalho apresenta-se como potencializador ou inibidor das ações de BSR no contexto a ABS. O modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo

tecnossistencial em saúde no Brasil que tem se mostrado comprometido com muitos interesses, exceto com a saúde dos cidadãos.¹⁸

Uma das dificuldades da atenção a TB, especificamente no que diz respeito à BSR reside na simplificação desta ação, uma vez que parece uma atividade simples, mas na prática caracteriza-se como uma atividade complexa que requer conhecimentos que vão além da execução de procedimentos técnicos.

Exige uma abordagem à família que transcende o saber biológico. Caracteriza-se como uma seqüência de atividades que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação dos sintomáticos respiratórios, orientação sobre a coleta de escarro, encaminhamento e recebimento do material pela Unidade Básica de Saúde (UBS), fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até ao encaminhamento para o seguimento ambulatorial dos casos diagnosticados.¹⁹

A insegurança do profissional de saúde diante do risco de contágio da doença seja pela falta de informação ou preconceito, evidenciado no relato dos profissionais, gera dificuldade de acesso desses pacientes à unidade de saúde ocasionando o agravamento da doença e o maior risco de contágio.

Fica evidente que com as políticas voltadas para a atenção à TB, é fundamental o preparo dos profissionais para desempenharem seu processo de trabalho dentro das ações programadas por estas políticas. Assim é necessário dispor dos meios essenciais para o diagnóstico. Deve existir uma correlação entre o preparo profissional e a disponibilidade dos recursos materiais e políticas adequadas, de modo a potencializar as ações de busca e descoberta da TB.

Um aspecto que interfere na incorporação do controle da TB na ABS é a qualificação dos profissionais de saúde, uma vez que passaram a assumir ações e programas de saúde nunca antes implementados. Em estudo realizado em um município de grande porte foi identificado que algumas equipes de ABS tiveram dificuldade em realizar a BSR, pois não estavam sensibilizadas e preparadas para detectar sinais e sintomas da TB.¹⁷

A doença não está contemplada como uma das prioridades para os gestores municipais em grande parte do país, o que interfere na disponibilização e sustentabilidade de recursos essenciais para o controle da doença no sistema de saúde destes municípios.²⁰

A incorporação das ações de controle da TB na ABS exige a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis dos serviços de saúde, para a efetivação de políticas, planejamento, avaliação e adequação do conjunto de estratégias e tecnologias adotadas principalmente no nível municipal, onde ocorre de fato a implementação das políticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta como potencialidade trazer para a reflexão e discussão dos profissionais da saúde, a BSR, caracterizada como uma das ações prioritárias para o controle da TB, a qual deve ser desenvolvida prioritariamente na ABS.

A ESF apresenta-se como modelo com grande potencial para diagnosticar precocemente os casos de TB, uma vez que na sua conformação envolve a inserção de um profissional vindo do contexto comunitário, legitimado pela população, fato que favorece a abordagem e a receptividade das pessoas com tuberculose.

No entanto, as debilidades quantitativas e qualitativas dos profissionais que atuam na ESF comprometem a continuidade e sustentabilidade das ações de BSR de TB na comunidade e serviços de saúde. Cabe destacar a importância de um maior comprometimento dos gestores nas diferentes instâncias de governo para assegurar a conformação de equipes mínimas de saúde para o desenvolvimento das ações de controle da doença.

A tuberculose tem cura e possibilidade de controle. Nesse sentido é imprescindível o comprometimento dos gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil, no sentido de reverter a situação epidemiológica da doença e contribuir na melhora da qualidade de vida dos doentes.

REFERÊNCIAS

1. Sa LD. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto & Contexto. Enfermagem 2007; 16(4):712-18.
2. Santos Filho ET, GOMES ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. Revista de Saúde Pública 2007; 41 Suppl 1:111-16.
3. Vendramini SHF. O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto - SP, 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
4. Periago MR. Lá renovación de la atención primaria de la salud em las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la salud para el siglo XXI. Revista Panamericana de Salud Publica 2007; 21.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, de 29 de janeiro de 2001. Brasília, DF, 2001.
6. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales, RI. As políticas de controle de tuberculose no sistema de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto A, Villa TC, Scatena, organizadores. Tuberculose - implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto (SP): FMRP/Rede TB-USP; 2006. 29-48.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2004.
8. Catelo Filho A, Kriski AL, Barreto AW; Lemos ACM, Ruffino Netto A, Guimarães CA, et al., II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose. J Bras Pneumologia 2004; 30 Suppl 1: 57-86.

9. Fernandes, LCL, Bertoldi AD, E Barros, AJD. Utilização dos Serviços de Saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 595-603.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o controle da TB no Brasil. Brasília, 2010.
11. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RIC, Ruffino Netto A, Villa TCS. A Incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (2): 315 - 21.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro Lisboa. 70^a ed. Lisboa; 1979.
14. Fundação Nacional de Saúde. Ministério de Saúde/Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço, 5^a. Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Rio de Janeiro: Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2002.
15. Marcolino ABL, Nogueira JÁ, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família no contexto de Bayeux-PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2009;12(2):144-57.
16. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregana G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(6): 1377-86.
17. Monroe AA. Envolvimento das equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2008; 42 (2): 262-67.
18. Merhy EE, Onocko R, org. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997.
19. Nogueira JA. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Revista eletrônica de Enfermagem* 2007; 09:106-18.
20. Monroe AA. O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005) [tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.