

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (SR's) NOS
CONSULTANTES DE PRIMEIRA VEZ NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA, CEARÁ, 2001.**

Maria Rosalha Teixeira Mota

**Fortaleza
2002**

MARIA ROSALHA TEIXEIRA MOTA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (SR's) NOS
CONSULTANTES DE PRIMEIRA VEZ NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA, CEARÁ, 2001.**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para obtenção de título de mestre em Saúde Pública - concentração em Epidemiologia.

Orientador:

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima

Fortaleza
2002

MARIA ROSALHA TEIXEIRA MOTA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (SR's) NOS
CONSULTANTES DE PRIMEIRA VEZ NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA, CEARÁ, 2001.**

Aprovada em: ____/____/ 2002

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira

Orientador

Prof. Dr. Antonio Ruffino – Netto

1º Examinador

Profª. Dra. Lígia Regina S.Kerr Pontes

2ª Examinadora

*Para o Leo, Thiago e o Leonardo, a quem amo
e dá sentido à vida*

*Para minha mãe, meu pai, minha sogra e
meus irmãos, que me deram colo e suportaram
as angústias de uma mestranda.*

AGRADECIMENTOS

José Wellington de Oliveira - orientador de olhos de águia, ombros fortes, mestre que me apontou e contribuiu com propostas claras e objetivas; amigo que foi, em ter se dedicado e me incentivado sempre quando foi preciso.

Ruffino - Netto - que me indicou o caminho, contribuindo com a escolha do tema e pelas valiosas sugestões.

Verinha e Eugênia – que, junto comigo, encontramos o que eu precisava na coleta dos dados em campo.

Fernando - que foi providencial em me acompanhar na análise dos resultados.

Aninha, Alix, Eliane, Adelina, Márcia, e Dolores - por entenderam os mesmos riscos e dificuldades que correram ou estão correndo como mestrandas e agora mestras e que tanto me ajudaram, não me deixando dominar pelo medo e dúvidas.

Eddie - que me ajudou nas traduções.

Fundação Nacional de Saúde - pelo apoio logístico na elaboração desta investigação.

Profissionais dos Serviços de Saúde e pessoas entrevistadas - pela disponibilidade, cooperação e credibilidade para este estudo.

Ao meu marido Leonardo e amigos que dividiram comigo alguns momentos de disponibilidade, as rodadas no Bar do Barão e Barraca Orla do Futuro.

RESUMO

A tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública. A morbidade e mortalidade por todas as formas de apresentação da doença tem aumentado nos últimos anos.

Os Sintomáticos Respiratórios (SR'S) têm papel importante como indicadores de programação das ações de controle. No presente trabalho, foi efetuado um estudo transversal, com o objetivo de conhecer o percentual de SR na população maior de 14 anos, que demanda os Serviços de Saúde em Fortaleza. Os resultados mostram que, do total de 1200 consultantes, 23,58% são SR's com qualquer tempo de duração dos sintomas e 6,50% com o tempo de 3 semanas e mais. O percentual de SR's variou de 4,5% a 9,5% nas diferentes regiões de Fortaleza, bem como variou de 5,1% a 20,5% em diferentes grupos etários. Dos SR's, detectados com sintomas de 3 semanas e mais, 70,5% procuraram o Centro de Saúde por outras razões que não os sintomas respiratórios.

Descritores : Doenças respiratórias - Epidemiologia, Tuberculose , Prevalência.

ABSTRACT

The Tuberculosis is still a serious Public Health problem. The Morbidity and Mortality for all the forms of the diseases has been increasing in the last years.

The Respiratory Symptomatic (RS) have an important role as indicators of the programmatic control actions. In the present work a transversal study was carried out. study, aiming to determine the percentage of SR in the population older than 14 years old that seek the Public Health Services in Fortaleza. The results demonstrate that a total of 1200 patients, 23,58% were RS with any time of duration of the symptoms and 6.50% with the time of 3 weeks or more. The percentage of RS ranged from 4,5% to 9,5% in the different regions of the Fortaleza City, as well as from 5,1% to 20,5% in different age groups. From the detected RS with symptoms of 3 weeks of duration time or more, 70.5% went to the Health Center for reasons other than respiratory symptoms.

Key words: Respiratory diseases - epidemiology, Tuberculosis, Prevalence.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PARTE I

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose	15
2.1.1 Situação da Tuberculose no Mundo	15
2.1.2 Magnitude da Tuberculose no Brasil	19
2.1.3 Abordagem Epidemiológica da Tuberculose no Estado do Ceará ..	21
2.1.4 A Tuberculose no Município de Fortaleza	24
2.2 Importância do Sintomático Respiratório (SR)	26
2.2.1 Conceito de Sintomático Respiratório	26
2.2.2 Detecção de Casos de Tuberculose	27
2.2.3 Busca Ativa e Passiva do Sintomático Respiratório	31
2.2.4 SR como Parâmetro de Programação das Ações de Controle da Tuberculose	33
2.3 Justificativa	39
3 OBJETIVOS	40
3.1 Geral	40
3.2 Específicos	40
4 MATERIAL E MÉTODOS	41
4.1 Universo de Estudo	41

4.2 Delineamento do Estudo	41
4.3 Definição da Amostra	41
4.3.1 Tamanho Amostral	42
4.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão para definição dos Pacientes participantes do Estudo	42
4.4 Trabalho de Campo	43
4.4.1 Elaboração do Questionário de Coleta de Dados	44
4.5 Coleta de Dados	45
4.6 Análise Estatística	45
5 RESULTADOS	46
5.1 Conhecimento e Atitude acerca da Tuberculose	59
6 DISCUSSÃO	67
6.1 Influência dos Sintomáticos Respiratórios no enfoque Epidemiológico ...	73
6.2 Influência dos Sintomáticos Respiratórios no enfoque Operacional	74
6.3 Influência do método <i>screening</i> do Sintomático Respiratório nas Ações de controle da Tuberculose	82
7 LIMITES DO ESTUDO	84
8 CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	93

PARTE II

ARTIGO – PREVALÊNCIA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NOS CONSULTANTES DE PRIMEIRA VEZ NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA	99
RESUMO	99
1 INTRODUÇÃO	101
2 MATERIAL E MÉTODOS	102
3 RESULTADOS	104
4 DISCUSSÃO	110
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

LISTA DE TABELAS

1	Prevalência de Sintomáticos Respiratórios numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza - Ceará, 2001	47
2	Prevalência de Sintomáticos Respiratórios com pelo menos 3 semanas ou mais de duração, segundo motivo da consulta, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	48
3	Prevalência de Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas, segundo o motivo da consulta, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	49
4	Distribuição de Sintomáticos Respiratórios (SR's), segundo idade, numa amostra aleatória de consultantes da rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza –Ceará, 2001	50
5	Distribuição de consultantes, segundo a ocorrência de sintomas respiratórios e sua duração, numa amostra aleatória de consultantes da rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza –Ceará, 2001	51
6	Distribuição de Sintomáticos Respiratórios, segundo o gênero, numa amostra aleatória de consultantes da rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	52
7	Distribuição de Sintomáticos Respiratórios, segundo Secretarias Executivas Regionais (SER's), numa amostra aleatória de consultantes da rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza –Ceará, 2001	53
8	Distribuição de Sintomáticos Respiratórios, segundo Unidades de Saúde, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	54
9	Distribuição de Sintomáticos Respiratórios, segundo o tipo de sintoma, numa amostra aleatória de consultantes da rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	56

10	Distribuição das variáveis sociodemográficas, numa amostra aleatória de consultantes da rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	57
11	Distribuição de variáveis relacionadas ao conhecimento acerca da tuberculose, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	60
12	Distribuição de variáveis relacionadas à atitude acerca da tuberculose, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	61
13	Distribuição de variáveis relacionadas à atitude acerca da tuberculose, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	63
14	Distribuição de variáveis relacionadas à percepção acerca do atendimento, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001	65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SR – Sintomático Respiratório

PCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

UBASF – Unidades Básicas de Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

WHO – World Health Organization

OMS – Organização Mundial de Saúde

CE - Ceará

OPS – Organização Panamericana de Saúde

SER – Secretarias Executivas Regionais

UBS – Unidades Básicas de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A soma de conhecimentos de natureza clínica e epidemiológica sobre a tuberculose é bastante grande. Contudo a magnitude do problema continua alta no Brasil e no mundo. Isto implica novos estudos operacionais, na tentativa de aumentar o impacto dos Programas de Controle da Tuberculose – PCT.

O Programa de Controle da Tuberculose - PCT visa a romper com a cadeia de transmissão, neutralizando as fontes de infecção. A ação ótima de prevenção ainda está disposta no binômio: descobrir e tratar casos de tuberculose (STYBLO, 1984; FARGA, 1992; OMS/OPS, 1999). Para isto, é preciso que o processo de planejamento envolva boa avaliação epidemiológica, considerando os fatores demográficos e sociais.

Os indicadores operacionais e epidemiológicos são indispensáveis neste processo, para estabelecer um programa real, e que possibilite tomar decisões acertadas. Cabe expressar preocupação, quando se observa que a detecção de casos de tuberculose segue em declínio, pelo fato de não estar sendo possível alcançar as metas de descoberta de casos, mantendo assim grande reservatório de pacientes não diagnosticados, particularmente os casos bacilíferos. A solução é sensível, pois não existe a menor dúvida de que um dos fatores que podem influenciar favoravelmente no curso da tuberculose na comunidade é a descoberta de casos, com ações que focalizem estes indivíduos, sendo a meta epidemiológica principal diminuir a transmissão do bacilo na comunidade e evitar o fracasso dos programas de controle.

Seguramente, pode-se constatar os efeitos da localização de casos, visto que nos países ricos, que desenvolvem extensa atividade de busca de casos e altas taxas de cura, verifica-se uma redução do risco de infecção de 12 a 14% ao ano, atribuindo a diminuição de 7 a 9% ao desempenho dos programas de controle (PIO,1983; SILVA; OLIVEIRA; BOTELHO, 1990; OMS/OPS,1999).

No Brasil, para controlar a epidemia, bastaria descobrir 90% dos casos de tuberculose e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. Estas são as metas

estabelecidas pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 1999, 2001). Entretanto, o País tem conseguido detectar somente 70% dos casos estimados. Um dos pontos frágeis do Programa é, sem dúvida, expressado pela baixa efetividade das ações para identificação dos pacientes Sintomáticos Respiratórios (SR's) de vez que, ao longo das décadas, tem-se observado um declínio em sua identificação. Esta informação é pautada nos dados operacionais, que apontam, de maneira desfavorável, o declínio de 45% em 1982 para 14% em 1996 dos Sintomáticos Respiratórios (SR's) examinados em relação ao programado (RUFFINO-NETTO, 1999).

Esta situação é encontrada também no Nordeste, onde houve diminuição, variando de 34,5% em 1993 para 16,4% em 1999 segundo o Bloco de dados/NE, 1993 a 1999 (BRASIL, 1992/2000a). No Estado do Ceará, ocorre a mesma situação, verificada por um declínio de 51,9% em 1994 para 32,6% em 1998, tendo como possível conseqüência a diminuição observada na incidência absoluta da endemia, que variou de 4523 casos em 1994 para 3849 em 2000, de acordo com os Blocos de dados/CE, 1993 a 1998 (BRASIL, 1992/2000b; CEARÁ, 2001). No Município de Fortaleza, para o ano de 1998, a detecção de SR alcançou 44,1%, com relação à meta programada, apresentando uma incidência de 1607 casos ao ano (BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA, 1999).

Para fazer mudar esta situação, devem-se adotar medidas mais ativas e mais arrojadas na detecção de casos, que possibilitem identificar a grande quantidade de doentes não diagnosticados. Há consenso de que os doentes de tuberculose não buscam os serviços de saúde, fazendo-se necessário recorrer, cada vez mais, à busca ativa na comunidade de pessoas suspeitas com sintomas respiratórios; reconhecer a necessidade de difundir estratégias a fim de motivar os profissionais dos serviços de saúde a efetuarem, na rotina dos serviços, a identificação e exame dos SR's, seja nos pacientes que buscam atendimento por sintomas respiratórios, seja naqueles com sintomas respiratórios. Entendemos que vários outros fatores podem influenciar na operacionalização destas ações. Um deles é assegurar uma programação que retrate com exatidão a realidade epidemiológica e operacional, para possibilitar o alcance das metas propostas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose

2.1.1 Situação da Tuberculose no Mundo

A World Health Organization - WHO publicou, em 1993, estimativas de prevalência da tuberculose infecção, incidência de casos e número de mortes, que presumivelmente ocorreram no mundo, no período de 1989 a 1990. A declaração foi um chamamento universal, alertando para o fato de que a tuberculose se encontra em estado de emergência global, sendo, portanto, apontada como doença prioritária pela Organização (WHO, 1994; ENARSON; MURREY, 1994; OMS/OPS, 1999a; EMILI *et al.*, 2001).

Isto se deu pelo fato de que a disseminação e circulação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* tem mostrado toda a sua força, quando se verifica que um bilhão e setecentos milhões de indivíduos, ou seja, 30% da população do Planeta estão infectados por este bacilo, sendo que 79% destes infectados estão distribuídos nos países não industrializados (OPAS, 1992; ENARSON; MURREY, 1994; ROSEMBERG, 1999). Deste contingente, 10% manifestarão a doença em algum momento de suas vidas, seja pela reinfecção exógena ou reativação endógena, resultado de uma depressão imunológica provisória, nos antigos infectados. Cerca de 5% evoluem para a tuberculose primária no primeiro ano (BRASIL, 1994a; STYBLO,1984; FARGA, 1992).

A tuberculose tem efeito devastador no mundo em desenvolvimento. A WHO estima que serão oito milhões de casos novos de tuberculose bacilífera, sendo que 95,0% dos casos ocorrem nos países pobres. Nessa verificação, a tuberculose ocasiona no mundo a morte de 2 milhões e setecentos mil pessoas, sendo que 98,6% destes óbitos atingem as populações de países subdesenvolvidos (ROSEMBERG, 1999; OMS, 1991; OPS/OMS, 1993; MONTANER,1997; PIÑATE;

IRIART,1996, EMILI *et al.*, 2001). Estes dados revelam que atualmente a tuberculose constitui problema de enormes dimensões, pois, se o controle da tuberculose não melhorar, a expectativa é de que a incidência anual da doença terá incremento de 41% entre 1998 a 2002, ou seja, em torno de 7,4 milhões para 10,6 milhões de casos por ano. A dimensão do cenário epidemiológico da tuberculose no mundo é mostrada também pela Unidade Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias, ao informar que, dentre os 212 países que fazem parte da relação da OMS, 22 concentram 80% do total de casos (OPAS, 1998; OPS/OMS, 1993; WHO, 1994).

Embora Enarson e Murray (1994) refiram que, entre 1960 a 1990, o declínio da tuberculose foi de 4,2% para 1,2% na África Sul do Saara; de 2,0 para 0,9% na Índia/China; 1,3 para 0,4% na América Latina; e de 1,0 para 0,3% na Europa, observa-se, que a velocidade deste declínio tem mudado drasticamente nos últimos anos, em razão do impacto da epidemia do HIV e outros fatores.

A tuberculose está fortemente associada às condições socio – econômicas da população. O contraste do progresso entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e sua relação com a tuberculose é evidente, considerando que as doenças tendem a refletir as diversas relações entre processos sociais e as condições de vida das populações. A tuberculose é conhecida como uma doença muito vulnerável às variações nas condições de vida das populações. Os padrões de resistência que determinam a suscetibilidade às infecções são modificadas pelas condições de vida (YÃNEZ; VARGAS, 1982; COSTA, 1988; SILVA; OLIVEIRA; BOTELHO, 1990; PERINI,1998).

Numa visão holística, Ruffino-Netto e Pereira (1982), assinalam que:

A doença é vista como produto de uma totalidade, ao mesmo tempo social e biológica que faria com que as relações sociais predominantes ao nível estrutural, levassem um conjunto de pessoas a morrerem não só de tuberculose mas de outras doenças intimamente dependentes das condições globais de existência.

A visão de que o declínio da incidência tuberculose se dá tanto pela melhoria das condições de vida da população, e não somente pela intervenção das

ações de controle, já foi observada desde a era prequimioterápica (1850 - 1945), quando estudos apontam que em alguns países, como Reino Unido, Noruega, Holanda e Suécia, a mortalidade infantil por tuberculose diminuiu de 600 para 100 por 100.000 hab., nações onde o desenvolvimento sócioeconômico é certamente um fator que pode explicar esta diminuição (ZULUAGA *et al.*, 1991). Na Holanda, na década de 1940, mesmo com a inexistência de um programa de controle da tuberculose, observou-se uma diminuição do risco de infecção e de mortalidade de 5,4% e 5,7%, respectivamente (STYBLO, 1984). Pio (1983) traduz que uma parte importante da diminuição do risco de infecção decorre da tendência natural da tuberculose, relacionada com o desenvolvimento econômico.

Isto se configura, ao se resgatar informações obtidas através de análises e estudos de época, quando a tuberculose atingiu seus maiores picos nos primórdios da Revolução Industrial, na Europa, caracterizados pelas migrações internas, promiscuidade das moradias, enfim pela deterioração do padrão de vida da classe operária. Entretanto, a partir de fins do séc XIX, ocorreu um significativo descenso da mortalidade da tuberculose na Inglaterra, atribuída ao resgate de elevação do padrão de vida induzido pela consolidação do processo industrial (SILVA; OLIVEIRA; BOTELHO, 1990).

Em fase mais atual, Ruffino-Netto e Pereira (1981), analisando os dados de mortalidade por tuberculose de todas as formas na cidade do Rio de Janeiro de 1860 a 1977, observaram grande declínio, atribuindo como hipótese explicativa os fatores econômicos, demográficos, sociais e político-sanitários, subsidiados por um estudo de formação econômica social da cidade e do Brasil.

Observa-se, contudo, que atualmente o agravamento da tuberculose pode ser visualizado e superdimensionado, em função de depressões e convulsões sociais, ocorridas em alguns países em diferentes momentos, atingidos por diferentes questões, sejam de ordem política, cultural ou religiosa, dentre outras.

Ao comparar a situação da tuberculose entre países selecionados no mundo, a OMS apresentou dados para o ano de 1996, que vislumbram claramente esta disparidade. Dentre os países ricos, os EUA apresentam um indicador de 7,9 casos novos por 100 000 hab., ou seja, 21 337 novos doentes, enquanto que dentre

os países pobres, as Filipinas tem um patamar de 398,8 casos novos por 100 000, ou seja, 276 295 casos novos (ROSEMBERG, 1999).

Entretanto, a tuberculose havia apresentado um declínio de seus índices nos países ricos. Em alguns deles, como Holanda e Canadá, a endemia estava em via de eliminação. Esta situação modificou, com o ressurgir da tuberculose mostrando nova face, motivada por alguns fatores que são os principais problemas para a endemia, caracterizados pela ligação entre a co-infecção TB e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) que, conseqüentemente, tem levado a uma explosão de casos de tuberculose em áreas endêmicas de HIV; o aumento da resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos medicamentos antituberculosos, o qual é visto por Farga (1994) como a possibilidade de uma terceira epidemia, que viria a substituir a atual de tuberculose e SIDA. Tem como agravante, também, o crescimento das populações marginais e migrações, em busca de melhor qualidade de vida e, ainda mais, a negligência em relação à doença por parte dos governantes, em não admitir que os sistemas de saúde se direcionam para a deterioração (OMS, 1993; OPS/OMS, 1997).

A tuberculose constitui, também, importante ameaça para as Américas. Através de dados disponíveis, a Organização Panamericana de Saúde – OPS estimou para 1990 as taxas de 117 milhões de infectados; 500 mil casos novos de tuberculose bacilífera, com uma taxa de 120 por 100 000 hab e 110 mil óbitos. O risco de infecção oscila entre 0,5 e 1,5%. As taxas de incidência de tuberculose variam de 6,6 por 100 000 mil hab em Cuba e 52,0 por 100 000 mil hab no Peru (ROSEMBERG, 1995). Informes da OPS apontam que dos 27 países que teceram informações no ano de 1996, foi verificado um total de 253 867 casos de tuberculose. Destes, 126 492 (49,8%) são casos infectantes bacilíferos. A taxa de incidência é de 32.2 por 100 000 hab para todas as formas e 16.0 por 100 000 para tuberculose bacilífera. Nas Américas, com relação à intensidade da infecção pelo HIV e pelo *Mycobacterium tuberculosis*, estima-se que entre 3% e 5% dos casos novos de tuberculose que aí se produzem são atribuíveis à co-infecção pelo HIV.

A mortalidade tem mantido um declínio desde 1960, como se evidencia, ao comparar a cifra de 23.154 mortes em 1990 com 53. 486 em 1960, ou seja,

56.71% de redução (OPAS, 1992; WHO,1994; OPS/OMS, 1997; OPAS, 1998; ROSEMBERG, 1995, 1999).

2.1. 2 Magnitude da Tuberculose No Brasil

Atualmente, no *ranking* dos 22 países que concentram 80% dos casos do total do Mundo, o Brasil alcança o 10º lugar. Em 1999, foram notificados cerca de 78.000 casos novos, embora a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária estime um contingente de 129 000 e considera que o País só consegue descobrir 70% dos casos, tendo um reservatório de 20 000 a 30 000 pacientes que não são identificados pelo sistema de saúde. A taxa de incidência é de 51.0 por 100 000 hab. para todas as formas de tuberculose.

Nesse ano ocorreram 6 000 óbitos. A taxa de cura não ultrapassa 75% e um abandono ao redor de 14%, considerado alto , visto que o tolerado pela OMS e Programa Nacional de Controle da Tuberculose seria uma taxa de abandono de 5%. O contingente de brasileiros infectados com o bacilo de Koch, é estimado em 50 milhões, cerca de 35% da população (RUFFINO-NETTO, 1999; BRASIL, 1999).

O risco de infecção tuberculosa, considerando ser a proporção de indivíduos que são infectados ao ano no Brasil, tinha média geral de 1,5% no ano de 1975; 0,7% em 1985 para 0,5 a 0,8% em 1999 sendo 50 vezes superior ao da Holanda, porém bem inferior a dos países africanos, que varia de 2 a 5%. Por macrorregiões, o risco se apresenta distintamente para a Região Norte (1,0%); Região Nordeste (0,6%); Região Sudeste (0,5%); Região Sul (0,3%) e Região Centro-Oeste (0,4%), atribuindo estas diferenças à relação intrínseca entre o risco de infecção e as condições socioeconômicas (BRASIL, 1994b; HIJJAR, 1994).

A situação epidemiológica da tuberculose por macrorregionais para o ano de 1998 indicou que o maior número de casos por 100 000 hab encontrava-se nas Regiões Sul e Sudeste, que concentram 58,5% do total de casos do País. No ano de 1999, a distribuição de casos novos notificados por macrorregiões se distribuiu da seguinte forma: Região Nordeste - 24 117 (52,6 %000); Região Norte - 6 405 (54,0

%000) Região Sudeste - 38 429 (55,7 %000); Região Sul - 9 265 (38,4 %000) e Região Centro Oeste - 3 846 (35,0 %000). A taxa de incidência global de todas as formas vinha caindo, pois em 1981 a taxa era de 63,4 por 100 000 hab e em 1990 foi de 48,2 por 100 000, registrando-se redução de 24%. Contudo, houve um declínio deste ritmo, ocorrendo um aumento em 1992 com o coeficiente de incidência de 57,6 por 100 000 (BRASIL, 1993). A tuberculose tem tido maior peso e tem cobrado mais, no grupo etário mais jovem, entre 20 a 49 anos, vindo a causar mais transtorno no aspecto econômico e social do País.

A tuberculose no Brasil tem acompanhado toda a dinâmica do processo social e político, visto que tem representado o acréscimo e decréscimo dos indicadores epidemiológicos e operacionais, conforme aponta Ruffino-Netto (1999). Em uma avaliação operacional e epidemiológica do Programa Nacional até o ano de 1990, observou-se que a mortalidade apresentou redução de 5% ao ano, ocorrendo também diminuição de 4% do total de casos de todas as formas e de 2% para o total das formas bacilíferas, ocorrendo um declínio desta tendência para 0,4% ao ano nos últimos anos (GERHARDT; HIJJAR, 1993; BRASIL, 1993). É provável que esta redução não tenha ocorrido pelas condições epidemiológicas favoráveis ou pela tendência como parte do ciclo natural da endemia e sim pela desestruturação e negligência na aplicação de estratégias para detecção de casos, quando se deveria ter fomentado maior cobertura do Programa às unidades de saúde, fortalecido a integração do Programa de Tuberculose às Ações Básicas de Saúde, oferecido a baciloscopia como recurso diagnóstico ótimo, fomentando a busca de Sintomáticos Respiratórios e de comunicantes, e privilegiado com melhor gerência de recursos para atenção às necessidades oriundas da clientela. Outra causa que conspira contra este Programa é a qualidade de atenção dos serviços de saúde, pois um grande contingente de profissionais resiste ao manter condutas anacrônicas, não aplicando, portanto, as recomendações contidas no manual técnico para o controle da tuberculose.

Nesta abordagem, quanto à adoção adequada dos procedimentos na prática profissional, Perini (1998) cita Sumartojo, ao registrar que nos EUA, em 1993, através de um levantamento realizado nos Serviços de Saúde sobre o atendimento em tuberculose, 62% dos médicos entrevistados não tinham conhecimento

adequado das normas, e 50% prescreviam esquemas terapêuticos fora dos padrões recomendados.

Perini (1998) menciona também Lovering et al. que realizaram no Reino Unido, um levantamento de casos de tuberculose pulmonar co-infectados com HIV+, em que somente para 19% destes estavam sendo usados os esquemas recomendados. Perini (1998) assinala que no Brasil não foi encontrada nenhuma referencia informando sobre o grau de conhecimento dos profissionais a respeito dos procedimentos terapêuticos e profiláticos.

Levando em consideração todos esses aspectos, o Programa de Controle da Tuberculose vem desenvolvendo planos de ação baseados em estratégias recomendadas pelo Programa Global da OMS, visando ao controle efetivo da tuberculose. Em tempos mais recentes, pode-se demarcar para o ano de 1996, quando foi estabelecido o Plano Emergencial, que marcava como objetivo: aumentar a efetividade das ações de controle da tuberculose, dispensando maior sustentabilidade aos 230 municípios prioritários, os quais foram selecionados a partir de critérios claros e bem definidos, e, principalmente, porque estes apresentavam baixa efetividade dos indicadores operacionais e epidemiológicos (BRASIL, 1994b; HIJJAR, 1997). A continuidade deste plano se mantém, até que em 1999 foi apresentado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, propondo ampliar esta proposta não só para os 240 municípios mas para os 5 500 municípios brasileiros. Estabelece como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos e tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos diagnosticados. Esta expansão deveria ocorrer no âmbito da atenção básica de saúde, e gestores municipais e estaduais deveriam agir de forma articulada e planejada, para garantir a implantação das ações de controle da tuberculose (BRASIL, 2001).

2.1.3 Abordagem Epidemiológica da Tuberculose no Estado do Ceará

Barbosa (1997), através de uma extensa revisão da produção científica, em um estudo sobre a morbimortalidade em tuberculose no Estado do Ceará, deixa

registrado que esta doença se encontra presente em nosso meio desde 1876. Na era pré quimioterápica, quando não havia medidas de controle, a tuberculose aparece no ano de 1886, como sendo a maior causa de óbitos, mantendo um acréscimo no transcorrer das décadas seguintes. Isto ocasionou preocupação e temor por parte das autoridades sanitárias do período, levando-as à divulgação da magnitude do problema, quanto ao crescimento acelerado de óbitos por esta causa; e concomitantemente reivindicavam a dispensação de maior atenção, com ações emergenciais, buscando minimizar e reverter o cenário então existente.

No ano de 1895, com o aumento do número de óbitos, as causas estariam, possivelmente, no processo migratório, as pessoas buscando clima mais ameno, além da falta de cuidado e de isolamento higiênico. Em 1901, 11,8% do total de óbitos existentes na Capital do Estado do Ceará, eram atribuídos à tuberculose. Este patamar se mantém em 1914, com 11,2%. Em 1915, a taxa de mortalidade era de 2,77 por mil habitantes. De 1892 a 1895, do total de 310 óbitos que tinham como causa doenças do aparelho respiratório, 201 (65%) decorreram da tuberculose. Na década de 1930, o coeficiente de mortalidade por tuberculose em Fortaleza foi de 292,8 por 100 mil.

No momento atual, entre as unidades federadas do País, o Estado do Ceará ocupa o 6º lugar em número de notificações de casos novos, e a tuberculose figura entre as quatro endemias de maior impacto e magnitude. As ações de controle da tuberculose estão implantadas em 96,7% dos municípios e a cobertura populacional é de 99,3%. Avaliando uma série histórica de 1991 a 2000, observa-se que o Estado descobriu, em média, 4.117 casos ao ano, variando de 4.523 casos em 1994 para 3.849 em 2000, com recuo de 674 (14,9%) dos casos. O número de casos notificados por 100 mil em 2000 foi de 53,45 para todas as formas, e de 40,12 para as formas bacilíferas.

Este decréscimo do número de casos e nas taxas de incidência, presume-se, decorre da dificuldade da rede em operacionalizar de forma eficiente as ações do programa de tuberculose, assim como da falta de integração do PCT na rede básica dos serviços de saúde, visto que somente 28,0% das unidades de saúde do Estado desenvolvem ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose segundo o Bloco de Dados/Ce, 1992 a 2000 (BRASIL, 1992/2000b).

A diminuição na descoberta de casos também pode ser atribuída à restrição em rastrear os casos de tuberculose em dois grupos de risco importantíssimo: os (SR's) e os contactantes de casos de tuberculose. O indicador operacional de detecção de casos aponta que, infelizmente, o Estado só consegue examinar, em média, 40% dos Sintomáticos Respiratórios com relação ao que é programado. Avaliando uma série histórica de 1993 a 2000, observa-se que houve uma flutuação na detecção de SR de 46,6% no ano de 1993 para 32,6% no ano de 1998, embora em 2000 tenha alcançado 64,7% da meta estimada. Segundo Ceará (2001), este incremento se deu em virtude da implantação do bônus pago pelo Ministério da Saúde - M.S, referente a baciloscopia de diagnóstico nas microrregiões de saúde. O grupo de comunicantes examinados tem avaliação similar. Houve uma variação do percentual de examinados de 93,3% no ano de 1993 para 54,5% no ano de 1998, verificando-se, durante todo o período, uma queda considerável. Entretanto, observa-se, que no ano de 2000, ocorreu um aumento do percentual de examinados para 61,0% de acordo com os Blocos de Dados de 1993 e 2000 (BRASIL, 1992/2000b; CEARÁ, 2001).

A mortalidade por tuberculose no Estado do Ceará, distintamente das épocas relatadas neste trabalho, vem apresentando uma tendência de decréscimo no período de 1992 a 1996, com variação de 3,60 por 100 mil em 1992 a 2,24 em 1996, observando-se uma diminuição de 37,78%. Os homens, apresentaram maior risco de morrer por tuberculose - 3,54/100 mil - em relação às mulheres, cuja taxa foi de 1,89/100 mil. A faixa etária mais exposta ao risco de morrer foi observada a partir de pessoas com 20 anos, mas os mais atingidos com este evento, com a metade do total de óbitos, foram os doentes acima de 50 anos (BARBOSA, 1997).

No ano de 2000, a taxa de mortalidade por tuberculose foi de 1,48/100.000 hab., encontrando-se abaixo da média de outros estados brasileiros. Entretanto pode-se supor que isto ocorreu, em virtude da subnotificação de óbitos e casos no ano avaliado (CEARÁ, 2001).

Para avaliar a efetividade operacional do PCT, é oferecida a análise de coorte em todos os pacientes que ingressam no Programa de Controle da Tuberculose. No período investigado, de 1992 a 1998, observou-se discreta

oscilação no percentual de cura, que variou de 78,0% em 1995 a 83,2% em 1998. O abandono apresentou flutuações entre 6,8% em 1998 contra 12,1% em 1996.

O impacto da AIDS na situação da tuberculose no Ceará nos é mostrado em um trabalho de Kerr-Pontes, Oliveira e Freire (1997), que investigaram os principais aspectos da co-infecção pelo HIV e o *Mycobacterium tuberculosis*, em pacientes assistidos em Hospital de Referência para doenças infecciosas no Estado do Ceará. O estudo registrou, entre 1986-1992, 89,3% dos casos de AIDS. Os autores relatam que no ano de 1992, a tuberculose foi notificada em 19,3% dos pacientes com diagnóstico de AIDS no momento da notificação do caso para a Secretaria Estadual da Saúde no Estado do Ceará, apresentando-se como 2ª causa de doença oportunista. Outrossim, observa-se um declínio, visto que no ano 2000, entre os casos notificados com AIDS, no momento da notificação, 15% têm diagnóstico de tuberculose. Verificou-se, também, que no momento da notificação da tuberculose, 1,3% dos casos é de HIV+ (CEARÁ, 2001).

2.1.4 A Tuberculose no Município de Fortaleza

Respalado pela estratégia do Sistema Único de Saúde – SUS, o Município de Fortaleza optou por uma reorganização dos serviços, destacando a proposta da gestão participativa. Neste modelo, privilegia uma rede regionalizada recortada em seis (06) Secretarias Executivas Regionais (SER's), com localização estratégica, permitindo maior acessibilidade aos serviços de saúde. A regionalização implica a descentralização, visando a maior participação social e à intersectorialidade, entendendo que a rede de multicausalidade ocasionada por diversos problemas econômico-sanitários transcende a esfera de ação do setor de saúde, para promover políticas públicas saudáveis. Esta singularidade implica identificar os problemas, tendo como alternativa a organização de ações com resolubilidade, situada no âmbito de suas dimensões administrativas.

Atualmente a rede de serviços é composta por 82 unidades de saúde, porém somente 35 (42,7%) deste total desenvolvem ações de diagnóstico e tratamento para a tuberculose. Dos 3 636 casos de tuberculose no Estado do Ceará,

no ano de 1998, Fortaleza concentra 1 571 (43,2%) do total de casos do Estado. De 1995 a 1998, o Município detectou em média 1.613 casos novos, com variação de 1.697 em 1995 para 1.571 casos novos em 1998, verificando-se um decréscimo de 126 (7,4%) dos casos. Em números absolutos, a distribuição de casos novos de tuberculose por grupo etário em Fortaleza registrou maior concentração entre 20 e 40 anos. A distribuição desta endemia por gênero destaca-se em maior proporção para o sexo masculino: 60,5%, contra 39,5% para as mulheres no ano de 1998.

A taxa de incidência de casos novos vem reduzindo anualmente. Conforme o período investigado, de 1995 a 1998, variou de 88,2 a 76,1 por 100 000 hab., respectivamente, havendo um decréscimo importante, embora continue superando a taxa apresentada no ano de 1999, pelo Nordeste, que é de 53,3 e para o País, que é de 51,3 por 100 mil. Este coeficiente mantém-se alto, também, no grupo de 60 anos e mais, variando de 117,1 em 1995 a 123,7 em 1998.

Avaliando as Secretarias Executivas Regionais – SER's no período de 1995 a 1998, observou-se uma média de mais de 300 casos anuais de tuberculose de todas as formas. Dentre as seis SER's, a que mais contribuiu com relação a taxa de incidência foi a SER I com 90,4, seguindo a SER III, com 81,7; a SER V com 80,6 a SER VI com 76,3 e a SER II, que apresentou uma menor taxa, de 63,3 por 100.000 habitantes (Boletim de Saúde de Fortaleza. Tuberculose, 1999).

Dentre as 21 unidades notificantes, as maiores freqüências de casos acumulados no período de 1995 a 1998 ocorrem no Centro de Saúde D. Libânia, com 1780; Centro de Saúde Cesar Cals de Oliveira, com 618; Hospital de Messejana, com 607; Centro de Saúde José Paracampos, com 599, e no PAM Carlos Ribeiro com 571 notificações.

Avaliando a detecção de casos, através do exame do escarro, no período de 1995 a 1996, 90% dos pacientes com tuberculose pulmonar realizaram baciloscopias. Em 1997 e 1998, houve declínio para 87,1% e 86,0%. Em desvantagem, as baciloscopias não realizadas tiveram um aumento de 9,35% em 1995 a 14,0% em 1998. Dos casos novos de tuberculose notificados no período de 1995 a 1998 entre as 06 SER's, os percentuais de baciloscopia não realizado variaram de 5,3% em 1996 a 21,5% em 1998, verificando-se uma ascensão.

Quanto ao resultado do tratamento, observa-se que a cura declinou de 77,3 em 1995 para 69,9% em 1998. A proporção de óbitos variou de 0,8% em 1995 a 1,5% em 1998. O abandono apresentou um decréscimo de 16,7% em 1995 para 11,1% em 1998. Em Fortaleza, atualmente, não é conhecida a proporção de HIV positivo entre pacientes com tuberculose.

Quanto ao indicador operacional de examinar SR com relação à meta programada, a Coordenação de Programa de Tuberculose no Município de Fortaleza não tem esta informação. Ressalta a dificuldade do nível local em gerar, registrar e retroalimentar o sistema, em razão da inexistência de um instrumento - padrão, que possibilite o fluxo ascendente e eficiente para os diversos níveis que compõem a rede organizacional dos serviços de saúde. Isto implica diretamente a dinâmica operacional do Programa, porque, através deste indicador, é possível medir o nível de eficiência das estratégias de busca ativa e passiva dos SR's.

2.2 Importância do Sintomático Respiratório

2.2.1 Conceito de Sintomático Respiratório (SR)

A OMS define como Sintomático Respiratório (SR) toda pessoa maior de 15 anos com tosse e expectoração por mais de duas semanas (OMS/OPS,1999) . O Programa Nacional de Controle da Tuberculose considera como (SR) o indivíduo que tem tosse e expectoração por três semanas ou mais, conforme o *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose* (BRASIL, 2001).

Para efeito deste estudo, consideramos como Sintomático Respiratório o indivíduo que apresenta tosse, expectoração com três semanas e mais de duração. Achamos importante conhecer, também, a proporção dos Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração de tempo dos sintomas. O quadro clínico do Sintomático Respiratório para este estudo é dado pelos sintomas de tosse e expectoração. Ruffino–Netto (1987) alerta para o fato de que é preciso, portanto, estabelecer a tradução da percepção do sintoma da tosse em (SR), que tem uma

dimensão cultural nas distintas classes sociais. Enquanto este sintoma pode ser um sinal de alerta significativo para certas classes sociais, poderá não representar significado algum para outras, a não ser que seja acompanhado de outros sintomas incapacitantes para o trabalho.

2.2.2 Detecção de Casos de Tuberculose

O conceito de localizar casos implica fazer um esforço especial dentro de um plano ou programa de saúde, para encontrar o máximo de doentes o mais precocemente possível, antes que tenham oportunidade de infectar os seus contactantes. Todos os estudos mostram que, quando os casos - índices são positivos ao exame direto do escarro, não só contagiam mais, como também ocasionam uma prevalência da doença ativa em seus contactantes, várias vezes maior do que na população em geral. Daí a ênfase em detectar precocemente os casos bacilíferos, ou seja, os infectantes, que, por outro lado, são os que consultam espontaneamente porque têm sintomas e são, portanto, os mais doentes e os que estão expostos ao maior risco de morrer (Farga, 1992). O diagnóstico da tuberculose nestes sujeitos, baseado no exame de escarro, é essencial para efetuar estudos epidemiológicos, porque estes casos representam a mais importante fonte de infecção do bacilo tuberculoso humano na comunidade (STYBLO, 1984).

A localização de casos não é um fim em si mesma, mas o requisito prévio para o tratamento e cura da tuberculose. Nos países em desenvolvimento, na sua grande maioria, os casos são identificados nas visitas espontaneas aos serviços de saúde, de pessoas muitas vezes com tuberculose muito avançada e em um estado muito infeccioso. Styblo (1984) estima que 10% de novos casos bacilíferos permanecem não descobertos e serão responsáveis pela prevalência, que é o dobro da incidência; e que, em muitos países em desenvolvimento, se diagnostica somente um terço dos casos pulmonares positivos. Farga (1992) assinala que, na América Latina, se identificam menos de dois terços dos SR's, e só se examina um terço deles. Calcula que, entre 5 a 10% dos consultantes adultos dos serviços de

saúde que tem tosse e expectoração são Sintomáticos Respiratórios (SR's) e entre eles 1 a 10% ou mais pode ser eliminador de bacilos ao exame de escarro.

Para mudar a situação da tuberculose, deveriam ser adotadas medidas mais ativas de localização, que identificassem a grande quantidade de casos não diagnosticados, e que as estratégias para este objetivo deveriam permanecer por muitas décadas, porque a situação epidemiológica da tuberculose nos países pobres está de 30 a 40 anos mais atrasada, quando comparada aos países tecnologicamente avançados (STOTT; LEOVSKI; DAM, 1982).

A configuração do quadro, entre a estreita relação em identificar e examinar SR's e descobrir casos, é retratada pelo sistema de informação, através da notificação de casos de tuberculose pulmonar bacilífera, em que oferece informação preciosa acerca do cenário epidemiológico. Na essência, para se proceder a maior vigilância da tuberculose, é necessário analisar os indicadores epidemiológicos e operacionais, avaliando seu rendimento, pois depende do registro de casos notificados, para conseguir ter um diagnóstico adequado da magnitude do problema.

É evidente a limitação do indicador de incidência; na prática, se utiliza a incidência notificada, ou seja, casos novos notificados. Isto porque vai depender da implementação eficiente dos programas de controle, da qualidade do diagnóstico bacteriológico e principalmente da uniformidade na definição de "caso novo" que varia consideravelmente. Este indicador de casos notificados é comprometido pela própria inerência da origem do dado, o qual é muito sensível aos parâmetros de: baixa cobertura do programa às ações básicas de saúde; capacitação inadequada dos profissionais de saúde na identificação do (SR's), entre consultantes dos serviços de saúde; na busca ativa destes sujeitos em áreas contíguas aos serviços, em cuja demanda ocorre alta seletividade de casos de tuberculose; além de um sistema de informação negligente, no qual se percebem falhas no preenchimento das fichas de investigação tendo, como agravante aqueles que não chegam sequer a ser notificados, sendo portanto casos ocultos para o Programa.

Apesar destas restrições, é fato que a incidência de pacientes tuberculosos, que eliminam bacilos demonstráveis ao exame direto do escarro, é um indicador epidemiológico muito útil, pois reflete a magnitude do problema em uma

comunidade, e, se observa por vários anos, também mostra a tendência da situação da tuberculose, apontando como uma doença de grande magnitude (STYBLO, 1984).

Alguns autores atestam e denunciam o fato de que são enormes os desafios e impasses, que, sem dúvida, obstaculiza a detecção na maioria dos casos positivos à baciloscopia. Em um sentido mais imediato, as causas principais se relacionam sobretudo pelas deficiências e pobreza na infra - estrutura dos serviços gerais de saúde e permanece desafiando a capacidade das sociedades desenvolvidas ou não, em aplicar tecnologias disponíveis, tornando-as eficientes do ponto de vista clínico e epidemiológico (PERINI, 1998). Também se relaciona às causas das deficiências na qualidade do modelo de atenção à saúde, em que se outorga muita importância à contribuição dos profissionais à excelência da qualidade ou a sua carência.

Vale ressaltar a importância e a representatividade dos usuários, mais especificamente ao paciente com tuberculose, sendo apontado um conjunto de postulados que expressam uma abordagem do ponto de vista da Sociologia e Antropologia, que permitem compreender e tecer explicações causais, considerando os aspectos culturais dos diversos grupos humanos.

Neste enfoque, Caprara (1994) aponta alguns aspectos relacionados ao papel da ciência antropológica em compreender os fenômenos sócio-sanitários na realização dos programas de saúde pública. Esse autor sugere que estes programas devem se adaptar aos diversos contextos sociais e exemplifica que na acessibilidade cultural dos serviços devem ser considerados alguns fatores: língua utilizada pelos prestadores de serviço de saúde e população; atitude dos prestadores em relação aos usuários; e a capacidade de resolução dos problemas, permitindo sugerir e adequar intervenções sanitárias em diferentes contextos. Gattinara e colaboradores (1995), analisaram a percepção da população sobre a qualidade dos serviços de saúde e a relação entre os trabalhadores e pacientes, e concluíram que a estrutura de saúde como um todo tem sido criada com um enfoque vertical, ignorando as expectativas e necessidades de seus usuários potenciais. Todas estas diferenças criam uma fratura cultural entre os trabalhadores de saúde e os pacientes.

Perini (1998) focaliza a influência de valores culturais na prática de saúde, compreendendo que os interesses não são iguais nem uniformes para os diversos segmentos, conseqüentemente diferentes populações exprimem variadas interpretações em relação ao conceito de saúde-doença; preocupação e conhecimento com relação aos sintomas como motivo de consulta aos serviços de saúde; percepção do paciente acerca do atendimento; duração entre os primeiros sintomas e a busca de solução para o problema. Não obstante a estreita interrelação da tuberculose na perspectiva sócio-antropológica, é necessário tentar compreender alguns aspectos que marcam a diferença, seja por problemas sociais, econômicos e culturais.

Lima (2000) buscou em uma extensa revisão sobre as teorias de Educação uma base para explicar que, a partir da Educação em Saúde, pode-se perceber como é concebido, teoricamente e na prática, o papel do conhecimento e de suas atitudes para a mudança de estilos de vida. Essa autora entende que, ao lidar com questões de saúde, em que temos por intenção a mudança de hábitos ou a aquisição de habilidades, devemos considerar que o conhecimento utilizado pelos indivíduos no seu cotidiano não advém da produção científica. Esse conhecimento é construído no dia-a-dia e congrega, desde hábitos e habilidades arraigados no corpo, até ensinamentos já aprendidos através de práticas, das relações interpessoais e da interação das pessoas com seu meio.

Alguns autores enfatizam a importância de atitudes públicas para a tuberculose, pois estas insinuam de que maneira pessoas pensam e o que é necessário conhecer, para possibilitar traçar previamente as estratégias de ações preventivas.

Mesmo não sendo o marco fundamental como proposta deste estudo, algumas considerações acerca de práticas e comportamentos individuais e coletivos permitem expressar como o grau de conhecimento e percepção dos indivíduos acerca da tuberculose guarda relação com a promoção de ações educativas, assim como levam a melhor compreensão dos hábitos que influenciam os comportamentos específicos de saúde.

Publicações descrevendo o conhecimento e atitudes a respeito da tuberculose em demanda de consultantes são muito poucas, de fato. A decisão para conduzir algumas considerações neste estudo é para expressar o nível de conhecimento e a opinião que os usuários consultantes têm acerca da tuberculose, a fim de fornecer elementos que possam influenciar também em abordagens educativas, buscando mudanças de comportamento.

2.2.3 Busca Ativa e Passiva do Sintomático Respiratório

Para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, a procura de casos é um conceito programático, que compreende tanto os métodos de diagnóstico como ações organizadas para operacioná-los, envolvendo os serviços e a comunidade. Essas ações estão voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar casos de tuberculose, quais sejam: sintomáticos respiratórios; comunicantes de casos de tuberculose; suspeitos radiológicos; pessoas com doenças e condição social que predisponham à tuberculose (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997).

Não há dúvida de que o catalizador para o diagnóstico da tuberculose é a realização da baciloscopia nos pacientes Sintomáticos Respiratórios (SR's) que buscam os serviços de saúde, onde o (SR) é o ponto focal por onde se deve começar esta atividade. A busca de Sintomáticos Respiratórios pode ocorrer de duas formas : através da localização passiva e pela localização ativa de casos.

Para a localização passiva de casos, geralmente, não se utiliza nenhuma estratégia que saia em busca de doentes, que é o que interessa, mas normalmente, como eles apresentam sintomas, mais cedo ou mais tarde, buscam os serviços de saúde. É necessário, portanto, que os serviços de saúde tenham um aparato de recurso diagnóstico laboratorial para suprir a necessidade destes consultantes espontâneos, para realizar o exame de baciloscopia que, certamente, facilitará a identificação daqueles que eliminam bacilos através da expectoração. Para promover maior rendimento no processo da busca passiva de casos, é

recomendável que os serviços de saúde, preferencialmente hospitais e serviços de urgência - visto que a demanda de consultas externas supera a oferta de serviços e muitos doentes buscam diretamente as emergências em busca de atenção médica rápida - estejam preparados para adotar como rotina, além do suporte laboratorial para a realização da baciloscopia, a qualificação dos profissionais para que sejam orientados a identificar os indivíduos que apresentem sintomas respiratórios.

Como rotina, se estabelece que sejam solicitadas três amostras de escarro em dias consecutivos. A primeira amostra do espécime é colhida no momento da consulta, quando, de imediato, é entregue o recipiente e são fornecidas as devidas orientações para que a segunda amostra seja colhida pela manhã e em jejum; a terceira amostra é colhida no momento da entrega da segunda. Há-de se evitar a falácia de considerar só os pacientes que consultam por sintomas respiratórios; devem ser solicitadas as baciloscopias a todos os consultantes com sintomas respiratórios (FARGA, 1992).

A busca passiva do Sintomático Respiratório tem as suas restrições, porque conduz ao diagnóstico tardio, haja visto que os doentes já chegam aos serviços com lesões graves, sendo facilmente detectável o agente infeccioso à baciloscopia, portanto altamente infectante. Há-de se ressaltar este inconveniente, quando se sabe que uma fonte bacilífera infecta em média 10 indivíduos ao ano (STYBLO, 1984).

A busca ativa dos casos, consiste em desenvolver uma ação integrada com programas de atenção primária de saúde, que incluem os agentes comunitários de saúde, Programa de Saúde da Família, lideranças comunitárias, profissionais informais, como parteiras, benzedadeiras e, principalmente, uma ação efetiva junto a escolas e serviços de educação em saúde. O intuito é a identificação do Sintomático Respiratório na comunidade, e que estes sejam motivados e estimulados a buscarem os serviços de saúde. Por conseguinte, a participação ativa da comunidade oferece novas possibilidades para alcançar níveis adequados de percepção e motivação.

2.2.4 O SR como Parâmetro de Programação das Ações de Controle da Tuberculose

Já foi reportado que, para a formulação do Programa de Controle da Tuberculose, é necessário que se tenha um conhecimento claro dos aspectos epidemiológicos, operacionais, econômicos e sociais da situação local. Repetindo o que inúmeros autores afirmam e mencionam na vasta literatura disposta, não custa referir que uma das ferramentas básicas para planejar um programa de controle da tuberculose é a eficiente busca de casos, considerando que, nos países subdesenvolvidos, a primeira prioridade do Programa Nacional de Controle da Tuberculose é descobrir e tratar os casos.

O Programa de Tuberculose sempre teve a tradição em adotar um modelo de programação sistemática. A partir da década de 1980, esta ocorreu, de forma descentralizada, ascendendo desde o nível local, sendo consolidada pelos estados, regiões e finalmente em todo o Brasil. A programação das atividades se processa, tendo em vista o diagnóstico situacional, com prioridades e objetivos definidos para o nível local, realizada anualmente (BRASIL, 1999).

A matriz programática tem como finalidade distribuir de forma sistematizada os diferentes eventos que envolvem o controle da tuberculose. Bem assim, ela expressa o conjunto de procedimentos e a operacionalização das atividades, norteia e facilita a supervisão e a avaliação do PCT (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Atualmente são disponíveis dois modelos de matriz programática, que qualificam as atividades para a procura de casos, tratamento e cobertura do Programa de Controle da Tuberculose nas unidades de saúde. Estas matrizes têm como base de cálculo para programar o número de casos a serem descobertos a aplicação de um dos parâmetros, com base na estimativa dos SR's, nos consultantes. Conforme diz Ruffino-Netto (1999), estas matrizes são passíveis de discussão. O autor expressa uma reflexão, partindo do princípio de que qualquer estimativa é sempre pautada em modelos matemáticos e que tais modelos fazem previsões mais exatas, quando trabalham no campo das Ciências Naturais.

Cabe aqui proceder a uma complementação, ao informar que Styblo (1984) define parâmetro como uma “constante”, que indica o valor numérico a ligar duas variáveis. Esse pesquisador fundamenta seu conceito com a idéia de que os parâmetros são constantes em condições naturais, ou seja, sem nenhuma interferência produzida por medidas de controle que atuem de forma direta ou indireta. Ele ressalta que o valor exato de um parâmetro não se pode determinar, porque deve ser calculado a partir de observações. Também não deve ser sempre igual e através de um “problema” em particular, pois pode depender de condições socioeconômicas diversas.

No Brasil, a elaboração do planejamento das atividades do Programa de Controle da Tuberculose pela unidade de saúde é viabilizada através da aplicação de uma matriz programática, considerando-se que, na contextualização histórica, estes parâmetros foram alvo de modificações. Até o ano de 1996, foi utilizado um roteiro de programação, que aplicava parâmetros estabelecidos como estimativa, sendo que 20% da população geral eram de consultantes de primeira vez, e, destes, 5% são Sintomáticos Respiratórios. Sobre este valor, é aplicado o percentual de bacilíferos, o qual é estimado ao se considerar particularmente a situação e a dinâmica epidemiológica, distintamente para cada unidade federada. A partir deste valor, seria calculado o número de casos novos pulmonares bacilíferos a serem descobertos, no grupo etário maior e menor de 15 anos, assim como também para as diferentes formas clínicas da tuberculose.

A partir do ano de 1998 até o momento vigente, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose propõe, como ferramenta para subsidiar o planejamento das atividades contempladas, no Plano Nacional de Controle da Tuberculose, dois modelos de matriz programática com parâmetros readequados ao existente.

No 1º método, a descoberta de casos de tuberculose na população geral é baseada no incremento esperado de casos descobertos, nos últimos três anos, sendo aplicados 10% sobre o maior valor encontrado. A partir do total de casos estimados, se calcula por grupo etário maior e menor de 15 anos, e também para todas as formas clínicas de tuberculose, aplicando os percentuais estabelecidos no modelo de distribuição epidemiológica do País (árvore epidemiológica), esquematizado por Gerhardt no ano de 1985. O número de Sintomáticos

Respiratórios (SR's) a ser examinado a cada ano é calculado com base no total de casos com baciloscopia, estimando-se que 4% destes sejam Sintomáticos Respiratórios. O número de reingressos no sistema após cura por recidiva e após abandono corresponde, aproximadamente, a 10% dos casos novos.

O 2º método, é baseado no número de Sintomáticos Respiratórios estimados, considerando-se que 1% da população geral é de Sintomáticos Respiratórios e, destes, 4% são casos de tuberculose pulmonar positiva. A partir deste valor encontrado, aplicam-se os percentuais da árvore epidemiológica, segundo idade e forma clínica da tuberculose. Para calcular o número de reingressos no sistema, corresponde aproximadamente 10% dos casos novos.

É plausível considerar a importância de se rever estes parâmetros, visto que, ao aplicar os dois modelos matriciais de programação – que é a fundamentação para estimar a descoberta de casos - eles apresentam estimativas tão distintas, ao ponto de o fato ser percebido pelos diversos níveis, o que possivelmente levou a Coordenação Nacional do Programa a recomendar, insistentemente, na realização de investigações operacionais no plano local, com o propósito de readequar os parâmetros para que estes configurem um perfil o mais aproximado possível da situação real, articulando o que está sendo programado com o cotidiano da administração.

As conseqüências da aplicação destes dois modelos de matrizes programáticas, na prática epidemiológica e no planejamento das ações de controle, provavelmente ocorrem em função da uniformização e padronização destes parâmetros, os quais são aplicados indistintamente para qualquer realidade e necessidades, independentemente das diferenças regionais, municipais e locais.

Presume-se que este pode ser um dos motivos da baixa descoberta e do declínio observado dos casos de notificação, em todos os níveis em que atua o Programa, ao longo dos últimos anos. Isto é bastante visível, quando se verifica no País, em 1982, o percentual de detecção de casos, que foi de 92%, caindo progressivamente até 64% em 1997, com flutuações para baixo em 1989/1990. Durante o Plano Emergencial, foi obtido o percentual de 66% de detecção. A quantidade esperada de baciloskopias para diagnóstico em 1996/1997 era de

1.569.911 e 1.612.32, respectivamente, contudo, foram efetuadas apenas 265.723 e 236.500, ou seja, somente 16,9% e 14,7% do esperado; ou se fossem efetuadas 2 baciloscopias para diagnóstico, o resultado representaria apenas 8,4% e 7,3%, respectivamente, do esperado (RUFFINO-NETTO, 1999).

O percentual de Sintomáticos Respiratórios examinados no período, com relação ao programado/esperado, caiu de 45% em 1982 para 14% em 1996. Mesmo considerando que estes dados não são muito depurados, o que é compreendido pela própria Coordenação Nacional do Programa, em razão da qualidade do registro e coleta dos dados, fica evidente que, mesmo com estes dados vulneráveis, a procura de casos de tuberculose está baixa.

Ruffino-Netto (1999) informa que, para um total de 160 milhões de habitantes, foram realizadas apenas cerca de 300.000 baciloscopias. Se fosse realizar 2 baciloscopias para diagnóstico por Sintomático Respiratório e supondo 1% da população geral nesta categoria, o estimado seria 1.600.000 Sintomáticos Respiratórios e, portanto, 3.200.000 baciloscopias diagnósticas. Ressalta-se que o Peru, para uma população de 23 milhões de habitantes, faz 1.400.000 baciloscopias diagnósticas anuais, de sorte que se observa que estamos muito aquém do desejado.

A fim de programar de forma adequada, permitindo o detalhamento das operações previstas, no Plano de Ação da Tuberculose, no âmbito de cada unidade que compõe a rede de serviços, é imperioso o trabalhador de saúde conhecer com exatidão a proporção de Sintomáticos Respiratórios entre os consultantes de primeira vez.

Na revisão da literatura internacional e nacional, há vários estudos investigativos que buscam conhecer a proporção de Sintomáticos Respiratórios em consultantes de primeira vez, e, dentre estes, os casos de tuberculose pulmonar positiva na demanda de serviços de saúde.

Ruffino-Netto (1987), em seu trabalho sobre o assunto, menciona que a proporção de SR's, entre consultantes adultos, que procuram os serviços gerais de saúde, depende: da população, das características dos serviços de saúde, da demanda da população e da definição de SR. Arantes e Ruffino-Netto (1980) fazem

extensa revisão da produção científica referente ao período de 1972 a 1973, observando variações nos estados e cidades, quanto à proporção de SR's, entre consultantes adultos, que procuram serviços gerais de saúde, destacando que, no plano dos países, Cuba apresenta uma proporção de SR's entre comunicantes adultos de 0,6%; Bolívia 10%; Honduras, 5,8%. No contexto de Estados: Corabobo-Venezuela, 4,8%; Santa Catarina- Brasil, 13,4%. No âmbito das cidades: Lima-Peru, 9,4%; Ribeirão Preto-SP 4,2% (ARANTES; RUFFINO-NETTO, 1980).

Stott, Leowski e Dam (1982), seguindo a mesma linha de raciocínio, apontam que no Kenya, onde foram realizados ensaios com diferentes métodos de identificação de casos suspeitos na comunidade, relatam que a proporção de suspeitos com tosse crônica na população geral foi de 5,0%; 4,1% Uganda; 3,5% Alto Volta (hoje, Burkina-Fasa); 6,6% Birmania (hoje, Mianimá) e 3,6% na Indonésia.

No Brasil, Arantes e Ruffino–Netto (1980) realizaram uma pesquisa buscando casos de tuberculose pulmonar em 32.225 adultos matriculados durante 1 ano no Centro de Saúde de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, onde estes foram interrogados, quanto à presença e duração da tosse e expectoração. Dentre os 32.225 consultantes, 1.379 (4,2%) eram Sintomáticos Respiratórios.

Amarante e Assis (1992) investigando a população do lago de Paranoá (Brasília), tendo como um dos objetivos estabelecer o percentual de (SR's) portadores de tosse e expectoração há 03 semanas e mais, em visita a 7584 domicílios em uma de população de 33.395 indivíduos, constataram que 978 (2,9%) foram SR's.

Moguel e Cuevas (1991) realizaram um estudo no Município de Chicomuselo, Estado de Chiapas, México, que é uma zona com uma população estimada em 25.000 hab. O objetivo da pesquisa foi localizar todos os pacientes sintomáticos respiratórios, que apresentaram tosse e expectoração, sem considerar o tempo de evolução dos sintomas. Esta busca era apoiada por integrantes da comunidade, que encaminhavam estes doentes à casa de saúde. Obtiveram como resultado que a proporção de SR foi de 0,6%. O número de casos de TB diagnosticados foi de 26 (18%).

Zuluaga e colaboradores (1991), em uma comunidade localizada na região Nordeste da cidade de Medellin, Colômbia, descrevem que pesquisaram 3.731 pessoas para estimar a prevalência de tuberculose pulmonar e doenças respiratórias em pessoas maiores de 15 anos. Do total de entrevistadas, 240 (6,4%) foram classificados como Sintomáticos Respiratórios. Foram considerados Sintomáticos Respiratórios os que acusaram tosse durante duas ou mais semanas, sem levar em conta nenhum outro sintoma.

Arciniegas, Barera e Guerrero (1979) investigaram uma amostra aleatória simples de 5.530 consultantes que buscavam pela primeira vez os serviços de saúde na região de Risaralda, Colômbia, com o objetivo de conhecer a proporção de Sintomáticos, e a prevalência de tuberculose entre estes SR's. Foi considerado como SR todo paciente há 10 anos ou mais com tosse e expectoração ou hemoptise e que podia produzir uma amostra de escarro que por este, ou outros motivos, buscavam pela 1ª vez a consulta aos serviços de saúde. Do total de 5.530 consultantes de primeira vez maiores de dez anos, 695 (12,6%) eram Sintomáticos Respiratórios.

Armengol, Machado e Quiñones (1992) realizaram investigação em 6 grandes hospitais de Caracas, em consultantes de primeira vez com 13 anos e mais, objetivando conhecer o percentual de SR's e casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva, através da localização destes casos na emergência e consultantes de triagem. Encontraram, dentre os 53.314 consultantes, 2.378 (4,46%) SR's e, dentre estes sintomáticos, a prevalência de tuberculose pulmonar foi de 3,2%. Para efeito deste estudo, o conceito de SR não incluiu limites de duração da tosse.

O presente estudo pretende conhecer a proporção de Sintomáticos Respiratórios em consultantes, no sentido de refinar e readequar os parâmetros de programação pelo menos para o Município de Fortaleza.

2.3 Justificativa

O Programa Nacional normatiza e estabelece a aplicação dos parâmetros de programação, com base na estimativa de SR's, para subsidiar a formulação do planejamento e programação das ações de controle do Programa. Apesar da recomendação do Programa Nacional, pouquíssimas investigações foram realizadas com o propósito de conhecer a proporção de Sintomáticos Respiratórios em consultantes dos serviços de saúde, embora exista imperiosa necessidade de realizá-las em todos os níveis de atenção, no sentido de revisar e adequar os parâmetros de programação nas diferentes regiões.

Em virtude de não se dispor de nenhum estudo nesta temática compreendendo o Município de Fortaleza e em razão da escassa produção em literatura nacional, esta pesquisa propõe contribuir para a Coordenação Nacional do Programa de Controle de Tuberculose, fornecendo-lhe a proporção de Sintomáticos Respiratórios, na tentativa de definir indicadores mais adequados, seguros e específicos para o planejamento, avaliação dos programas e para a vigilância da endemia.

Este estudo, também, permitirá uma discussão mais abrangente, porquanto avalia aspectos operacionais e epidemiológicos que podem ajudar a eleger práticas e estratégias que possibilitem mudanças importantes nos métodos de detecção do Sintomático Respiratório (SR).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Estimar a proporção de Sintomáticos Respiratórios entre consultantes maiores de 14 anos nos serviços de saúde no Município de Fortaleza – Ceará.

3.2 Específicos

- ✓ Descrever os Sintomáticos Respiratórios segundo idade, sexo e tempo de evolução dos sintomas.
- ✓ Identificar os Sintomáticos Respiratórios segundo os motivos da consulta que levaram os consultantes a buscarem atendimento nos serviços de saúde.
- ✓ Conhecer a proporção de Sintomáticos Respiratórios entre consultantes das seis SER's e entre as doze unidades de saúde.
- ✓ Analisar o nível de conhecimento e atitude acerca da tuberculose entre os consultantes dos serviços de saúde.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Universo do Estudo

Esta investigação foi realizada no Município de Fortaleza, capital do Ceará, pertencente à Região Nordeste do Brasil, que teve como local de estudo 12 unidades de saúde, localizadas em seis Secretarias Regionais de Saúde (SER's) administrativa e geograficamente distintas, no âmbito da administração do Município mencionado.

- **População de Referência:** população de Fortaleza maior de 14 anos que demanda os centros de saúde.
- **População de Estudo:** população de Fortaleza, os consultantes, maiores de 14 anos que demandam atendimento em 12 serviços de saúde, no período de junho a novembro de 2001. Por ser Fortaleza administrativamente distribuída em seis SER's, onde dispõe de 78 centros de saúde, foi feito um sorteio casual de duas unidades de saúde para cada SER.

4.2 Delineamento do Estudo

Foi efetuado um estudo descritivo, do tipo inquérito populacional.

4.3 Definição da Amostra

Em uma estimativa preliminar, obteve-se uma prevalência de 7% de Sintomáticos Respiratórios, de forma que esta foi a prevalência antecipada para efeito do cálculo da amostra deste estudo. Para estimar uma prevalência de 7%,

com um intervalo de confiança variando de 5,62 a 8,55, o tamanho amostral foi de 1200 consultantes. Este intervalo de confiança corresponde a um erro relativo de aproximadamente 20%.

4. 3.1 Tamanho Amostral

Tendo em vista os objetivos do estudo, foram selecionados, a cada dia em que foi aplicada a pesquisa, os 100 primeiros consultantes, de cada unidade de saúde, compondo assim 200 pesquisados para as 02 unidades sorteadas em cada uma das 06 SER's, perfazendo um total de 1200 entrevistas.

4.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão para definição dos Pacientes que participaram do Estudo

A amostra foi composta dos indivíduos que satisfizeram aos **critérios de inclusão**, quais sejam:

- ◆ maiores de 14 anos;
- ◆ consultantes de demanda espontânea, ou que são referendadas por outros serviços, considerando as áreas adstritas delimitadas entre as 06 SER's;
- ◆ unidades de saúde que realizam atendimento nas especialidades básicas de saúde com características do nível primário de atenção;
- ◆ ter o consentimento do indivíduo em participar da investigação, com preservação das identidades.

Critérios de Exclusão

- ◆ as unidades básicas do Programa de Saúde da Família (PSF), por terem uma demanda do tipo “agendada”, mediante o reconhecimento de suas necessidades identificadas em visitas domiciliares; bem assim, assegura o atendimento em demanda espontânea.
- ◆ demanda de hospitais
- ◆ o C.S.D. Libânia pelo fato de este serviço ser Referência para o Atendimento ao Programa de Tuberculose, tendo assim uma demanda por demais específica;
- ◆ pacientes em tratamento de tuberculose e hanseníase.

4. 4 Trabalho de Campo

A coleta de dados foi realizada através de um instrumento denominado Ficha de Detecção de Sintomáticos Respiratórios (FDSR), ANEXO 1, dividido em seis módulos com perguntas semi-estruturadas. A estrutura básica do módulo que contém o levantamento de atitudes foi fundamentada em Lima (2000).

O instrumento discrimina no módulo 1 os dados pessoais; no módulo 2, as características sociodemográficos; no 3, o motivo da consulta; no 4, verifica o conhecimento sobre a tuberculose; no 5, contextualiza o levantamento de atitudes acerca da tuberculose, e o módulo 6, a percepção do paciente acerca do atendimento na unidade de saúde.

4.4.1 Elaboração do Questionário de Coleta de Dados

O processo de elaboração e aplicação do questionário se deu da seguinte maneira:

- informações prévias obtidas junto ao pessoal técnico; também foi considerada a experiência da pesquisadora, que tem uma trajetória de trabalho ligada às ações do Programa de Tuberculose;
- discussão e estudo da equipe de entrevistadores formada por pesquisador, orientador e duas entrevistadoras, sobre a compreensão do questionário, sua aplicação, interação de entrevistado/entrevistador e atitude ética quanto ao compromisso de sigilo assumido com os entrevistados;
- para as entrevistas de pré-teste, foi selecionada uma das unidades de saúde e foi aplicado o questionário em consultantes que não faziam parte do grupo a ser estudado;
- após seleção das unidades de saúde para realização do estudo, houve contato anterior, instrumentalizado por ofício, informando sobre o objetivo da pesquisa, instituição responsável, para garantir a aceitação e credibilidade do estudo na Unidade e a clientela a ser entrevistada;
- a equipe de trabalho de campo foi formada pela pesquisadora, responsável pela coordenação da equipe e duas auxiliares técnicas, pertencentes ao quadro funcional da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde – FNS, que juntas tinham a função de aplicar o questionário.

4.5 Coleta de Dados

- Foi aplicado o questionário através de entrevistas aos consultantes da unidade selecionada, durante todo o período necessário para realizar as 100 entrevistas, designadas como amostra para cada instituição selecionada.
- O tempo de duração para aplicação do questionário foi de 06 meses, no período de 21 de junho à 29 de novembro de 2001.

4.6 Análise Estatística

- Os dados foram registrados num banco de dados informatizado (Epi - Info Versão 6.04).
- A prevalência de Sintomáticos Respiratórios foi calculada como sendo o número de indivíduos com sintomas respiratórios, dividido pelo total de indivíduos investigados. O intervalo de confiança foi calculado, usando-se a aproximação da distribuição da binomial pela distribuição normal

5 RESULTADOS

O objetivo fundamental desta pesquisa é estimar a proporção de Sintomáticos Respiratórios com tosse e expectoração há três semanas e mais em consultantes maiores de 14 anos dos serviços de saúde. Entretanto, como ressaltamos, verificou-se a importância de analisar, também, a proporção de Sintomáticos Respiratórios com qualquer tempo de duração dos sintomas, por dois motivos: o primeiro, o de mostrar de que modo, na prática, não é necessário ter de fixar o tempo de evolução dos sintomas para definir o “Sintomático Respiratório “. O segundo motivo, configura-se na possibilidade de discutir os resultados obtidos, visto que, na escassa literatura encontrada sobre este tema, a maioria das pesquisas tem como definição de Sintomático Respiratório a presença de tosse e expectoração sem considerar qualquer tempo de duração dos sintomas.

Tabela 1 - Prevalência de Sintomáticos Respiratórios numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001.

Sintomático Respiratório, segundo a duração dos sintomas	Total de consultantes	Sintomáticos Respiratórios		
		N	%	I.C. 95%
Com qualquer duração	1200	283	23,58	21,24 – 26,04
Com 3 semanas ou mais	1200	78	6,50	5,21 – 8,00

Inicialmente, calculamos a prevalência de Sintomáticos Respiratórios entre os consultantes (Tabela 1). De um total de 1200 consultantes maiores de 14 anos, foi observado que 23,58% (IC 95%: 21,24 – 26,0) eram Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas. Outrossim 6,5% (IC 95%: 5,21 – 8,0) eram Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais.

Tabela 2 . Prevalência de Sintomáticos Respiratórios com pelo menos 3 semanas ou mais de duração, segundo o motivo da consulta, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001.

Motivo da Consulta	Sintomático Respiratório com 3 semanas e mais (SR2)				Total de Consultantes	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Sintomas Respiratórios	23	29.5	105	9.4	128	10.7
Outros Motivos	55	70.5	1017	90.6	1072	89.3
Total	78	100.00	1122	100.00	1200	100.00

Estimamos o percentual de Sintomáticos Respiratórios, com 3 semanas ou mais, que procuraram o centro de saúde por causa de sintomas respiratórios (Tabela 2). Apenas 29,5% do referido grupo procuraram o centro de saúde com queixas de sintomas respiratórios, por outro lado, 70,5% procuraram o centro de saúde por outros motivos que não sintomas respiratórios.

Tabela 3 . Prevalência de Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas, segundo o motivo da consulta, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará,2001.

Motivo da Consulta	Sintomático Respiratório com qualquer duração dos sintomas (SR1)				Total de Consultantes	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Sintomas Respiratórios	71	25.1	57	6.2	128	10.7
Outros Motivos	212	74.9	860	93.8	1072	89.3
Total	283	100.00	917	100.00	1200	100.00

Também estimamos o percentual de Sintomáticos Respiratórios, com qualquer duração dos sintomas, que procuraram o centro de saúde por causa dos sintomas respiratórios (Tabela 3). Apenas 25,1% dos Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas procuraram o centro de saúde porque apresentaram sintomas respiratórios; por outro lado, 74,9% destes Sintomáticos Respiratórios procuraram o centro de saúde por outros motivos que não fossem os sintomas respiratórios.

Tabela 4. Distribuição de Sintomáticos Respiratórios (S.R), segundo idade, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

Faixa Etária	Sintomáticos Respiratórios			
	Sintomático Respiratório com qualquer duração dos sintomas (SR1)		Sintomático Respiratório com 3 semanas e mais (SR2)	
	Nº	%	Nº	%
14 — 24	66	23.3	12	15.4
24 — 34	65	23.0	12	15.4
34 — 44	45	15.9	14	18.0
44 — 54	41	14.5	16	20.5
54 — 64	34	12.0	14	18.0
64 — 74	26	9.2	6	7.7
74 e mais	6	2.1	4	5.1
TOTAL	283	100.00	78	100.00

Apresentamos a proporção de Sintomáticos Respiratórios segundo idade (Tabela 4). Observamos que a proporção de Sintomáticos Respiratórios diminuiu conforme maior idade, predominantemente nos idosos de 64 anos e mais. Adicionalmente, os dados sugerem que a proporção de Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas foi maior na faixa etária de 14 a 33 anos, todavia, nos Sintomáticos Respiratórios de 3 semanas e mais, a maior proporção foi no estrato etário de 44 a 53 anos.

Tabela 5. Distribuição de consultantes, segundo a ocorrência de sintomas respiratórios e sua duração, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

SR	Duração dos sintomas	N	%
SIM	<1 semana	77	6.4
	1- 2	67	5.6
	2- 3	61	5.1
	>= 3	78	6.5
NÃO		917	76.4
TOTAL		1200	

Estimamos a distribuição dos consultantes, segundo a ocorrência de sintomas respiratórios e sua duração (Tabela 5). Observou-se que, entre os 1200 consultantes, 23,6% foram classificados como Sintomáticos Respiratórios (SR's). Notamos que os SR's com 3 semanas e mais e os SR's com menos de 1 semana estavam distribuídos em proporções semelhantes; entretanto, entre estes grupos, a frequência foi maior do que para os SR's com 2 semanas de sintomas. Todavia, este resultado sugere que os sujeitos que identificaram os sintomas respiratórios com menos de 1 semana buscaram consulta mais precocemente do que os que perceberam os sintomas com 3 semanas e mais.

Tabela 6. Distribuição dos Sintomáticos Respiratórios segundo o gênero, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

S.R	Sexo			
	Homens		Mulheres	
	Nº	%	Nº	%
<1 semana	17	34.7	60	25.6
1 semana	11	22.5	56	23.9
2	6	12.2	55	23.5
>= 3	15	30.6	63	26.9
TOTAL	49	100.00	234	100.00

Investigamos a distribuição de Sintomáticos Respiratórios por sexo (Tabela 6). Entre os Sintomáticos Respiratórios, verificamos maior proporção entre as mulheres. Adicionalmente, os dados sugerem que o tempo de duração dos sintomas respiratórios entre os homens foi maior entre os que apresentaram sintomas em menos de 1 semana. Por outro lado, entre as mulheres a maior frequência de sintomas respiratórios foi entre as que manifestaram sintomas com 3 semanas e mais.

Tabela 7. Distribuição de Sintomáticos Respiratórios, segundo Secretarias Executivas Regionais–SER's, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

SER	Nº de Consultantes	Sintomáticos Respiratórios Com 3 semanas e mais (SR2)		Sintomáticos Respiratórios Com qualquer duração dos sintomas (SR1)	
		Nº	%	Nº	%
SER I	200	19	9.5	50	25.0
SERII	200	12	6.0	52	25.9
SERIII	200	12	6.0	38	19.1
SER IV	200	11	5.5	47	23.5
SER V	200	9	4.5	44	22.0
SER VI	200	15	7.5	52	26.0
TOTAL	1200	78	6.5	283	23.6

Igualmente, estimamos a proporção de Sintomáticos Respiratórios entre as 6 SER's (Tabela 7). Entre os consultantes Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais, observamos que a maior proporção do referido grupo foi na SER I. Enquanto isso, a menor proporção de Sintomáticos Respiratórios foi na SER V; adicionalmente, entre os Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas, a maior proporção foi observada na SER VI; por outro lado, a menor proporção de Sintomáticos Respiratórios foi observada na SER III.

Tabela 8. Distribuição de Sintomáticos Respiratórios segundo Unidades de Saúde, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

SER	Consultantes	SR1 sem limite de sintomas		SR2 Com 3 semanas e+	
	Nº	Nº	%	Nº	%
SER I					
	100	22	22.0	6	6.0
C.S.Carlos Ribeiro	100	28	28.0	13	13.0
C.S Guiomar Arruda					
SER II	100	20	20.0	7	7.0
C.S.Paulo Marcelo	100	32	32.0	5	5.0
C.S. Serviluz					
SER III	100	20	20.0	7	7.0
C.S. Anastácio Magalhães	100	18	18.0	5	5.0
C.S. Fernandes Távora					
SER IV	100	27	27.0	6	6.0
C.S. Oliveira Pombo	100	20	20.0	5	5.0
C.S. Roberto Bruno					
SER V	100	23	23.0	5	5.0
C.S. José Paracampos	100	21	21.0	4	4.0
C.S. José Walter					
SER VI	100	24	24.0	9	9.0
C.S. Cesar Cals	100	28	28.0	6	6.0
CIES Monteiro Moraes					
TOTAL	1200	283	23.6	78	6.5

Da mesma forma, avaliamos a proporção de Sintomáticos Respiratórios entre as 12 unidades de saúde (Tabela 8). Observamos que, entre os Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais, a maior proporção foi no C.S.Guimar Arruda; por outro lado, a menor proporção foi no C.S.José Walter; todavia, entre os Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas, a maior proporção foi no C.S. Serviluz; por outro lado, a menor proporção foi no C.S. Fernandes Távora.

Tabela 9. Distribuição de Sintomáticos Respiratórios segundo o tipo de sintoma, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

Sintomas	Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas (SR1)		Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais (SR2)	
	Nº	%	Nº	%
Só tosse	0	0.0	0	0.0
Tosse+expectoração	265	93.6	67	85.9
Tosse+expec+hemoptise	18	6.4	11	14.1
TOTAL	283	100.00	78	100.00

Também foi verificada a freqüência do tipo de sintomas respiratórios referidos no momento da consulta (Tabela 9). Verificamos que, tanto nos Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais quanto os Sintomáticos Respiratórios com qualquer tempo de duração dos sintomas, a maior freqüência era de tosse mais expectoração. Outrossim, em ambos os grupos, nenhum Sintomático Respiratório apresentou somente o sintoma de tosse.

Tabela 10 Distribuição das variáveis sociodemográficas, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001. (N=1200)

Variável	Nº	%
Idade (anos)		
14 – 23	266	22.2
24 – 33	267	22.3
34 – 43	224	18.7
44 – 53	192	16.0
54 – 63	130	10.8
64 – 73	93	7.8
74 +	28	2.3

Gênero		
Feminino	1006	83.8
Masculino	194	16.2
Trabalho		
Sim	882	73.6
Não	317	26.4
Renda Familiar		
Per capita		
< 180	116	9.7
180 – 300	520	43.5
> 300 – 500	284	23.8
> 500	276	23.1
Moradia		
Nº de compartimentos		
1 a 2	130	10.9
3 a 4	474	39.6
5 a 6	371	31.0
7 ou mais	223	18.6
Nº de pessoas		
1	30	2.5
2 – 4	635	53.0
5 – 8	456	38.0
9 – 12	71	5.9
13 e mais	7	0.6
Escolaridade		
Analfabeto	100	8.3
1 - 4 série	406	33.8
5 – 8	430	35.8
2º Grau	246	20.5
Superior	18	1.5

Verificamos que, do total de 1200 consultantes que buscaram atendimento aos serviços de saúde, 83,8% (100) são mulheres e 16,2% (19) são homens (Tabela 10). A faixa etária que mais se destacou foi a de 14 a 33 anos, tanto para homens quanto para as mulheres. Chama atenção o fato de que as mulheres com idade de 14 a 53 anos 81,1% (816) buscaram mais atendimento; entretanto, na faixa etária de 54 anos a mais, a proporção de homens que buscaram atendimento foi maior 15% (29). Ressaltamos que nas pessoas idosas na faixa etária de 74 anos e mais observa-se que a proporção

de homens 4,6% (9) que recorreram aos serviços de saúde foi maior do que a das mulheres 1,9% (19). A média de idade dos pesquisados é de 39 anos.

Quanto ao grau de estudo, considerando a dificuldade em compor a escolaridade no ensino formal, a categorização se deu em analfabetos; 1 a 4ª séries e 5 e 8ª séries, que só constitui o ensino fundamental; 2º grau, que constitui o ensino médio e nível superior. Foi incluído na categoria de 1 a 4ª série o grupo de alfabetizados, visto que estes conseguem escrever o nome e reconhecem letras e números. Constatamos que 8,3% (100) não conseguem ler nem escrever e 91,7% (1100) são alfabetizados. Entre o grupo de analfabetos, identificamos que a maior proporção 72,0% (72) encontra-se na faixa etária de 44 a 73 anos. Ressaltamos que 35,8% (430) se encontram da 5ª a 8ª séries e 1,5% (18) têm formação superior.

Quanto à renda familiar, os resultados apontam que 53,2% (636) dos entrevistados percebem uma renda familiar de menos de R\$ 180,00. A média da renda familiar mensal é de R\$ 409,05, entretanto 50% dos entrevistados conferem renda familiar de R\$ 300,00. Isto demonstra que ocorre grande variedade da renda entre os indivíduos pesquisados.

Com relação às atividades profissionais, 73,6% (882) exercem algum trabalho, incluindo as atividades domésticas e,

na grande maioria, são profissões pouco valorizadas. Os que não trabalham compreendem 26,4% (317), incluindo-se os estudantes 8,3% (99), desempregados 6.5% (78) e os aposentados 11.7% (140).

No que diz respeito às condições de moradia, verificou-se que os cômodos existentes em cada casa têm, em média, 4,9 compartimentos e 50% das casas possuem 4 cômodos. Quanto à concentração de pessoas por domicílio a média foi de 4,6 pessoas, revelando neste estudo que este valor se encontra acima da estimativa do Programa Nacional de Tuberculose, que considera 4 contatos de caso de tuberculose, ou seja, toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de tuberculose. A concentração de pessoas por moradia mostra ser de duas a quatro pessoas 53% (635).

5.1 Conhecimento e Atitude acerca da Tuberculose

Na segunda parte do questionário, foi conduzido um levantamento com a finalidade de revelar o que os consultantes maiores de 14 anos conhecem e pensam sobre a tuberculose atual.

Tabela 11. Distribuição de variáveis relacionadas ao conhecimento acerca da tuberculose, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

Questões	Respostas		
	Total	Sim	%
Conhecimento sobre a tuberculose			

O sr. Já ouviu falar sobre tuberculose?	1200	1178	98.7
O sr. Já recebeu alguma informação aqui neste posto sobre tuberculose?	1200	103	8.6
O sr. Sabe o que uma pessoa sente quando está com tb?	1198	1032	86.1
Alguma vez o sr. já teve tosse e catarro há mais de 3 semanas?	1200	355	29.6
O sr. Sabe dizer quanto tempo dura o tratamento da tuberculose	1199	628	52.4
Alguém da sua família já teve tuberculose?	1200	320	26.7
Esta pessoa morou com o sr.?	1200	133	11.1
O sr. já teve tuberculose antes?	1200	34	2.8
Na sua opinião, como é que a gente pega tuberculose?	1199	979	81.7

Tabela 12. Distribuição de variáveis relacionadas à atitude acerca da tuberculose, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

Questões	Respostas		
	Total	Sim	%
Atitude acerca da tuberculose			

O sr. Sabe dizer o que pode acontecer com uma pessoa que abandona o tratamento de tuberculose?	1200	1103	91.9
O sr. Acha que as pessoas costumam parar de tomar remédio antes do tempo estabelecido pelo médico?	1200	1030	85.8
O sr. Acha que tomar remédio todo dia durante 6 meses atrapalha muito o dia-a-dia da pessoa?	1200	191	15.9
O sr. Faria um tratamento em que precisasse tomar mais de 1 comprimido todos os dias durante 6 meses?	1200	1167	97.3
Se o sr. Adoecer de tuberculose terá coragem de contar para alguém?	1200	1186	98.8
O sr. Costuma seguir à risca o que é determinado pelo médico?	1200	1058	88.2
Na sua opinião, é importante uma pessoa que tem tosse e catarro há mais de 3 semanas procurar o posto para fazer o exame para tuberculose?	1200	1162	96.8
O sr. Acha que toda pessoa que tem tosse e catarro há mais de 3 semanas deve fazer o exame para tuberculose?	1200	936	78.0
Se o sr. Apresentar tosse e catarro há mais de 3 semanas o sr. Procuraria o posto para fazer exame de tuberculose?	1200	871	72.6
O sr. Tem medo de pegar tuberculose?	1200	701	58.4
O sr. Acha que a tuberculose tem cura?	1200	1050	87.5

Nas Tabelas 11 e 12, apresentamos o nível de conhecimento dos consultantes acerca da tuberculose. Vemos que 98,2% (1178) admitiram que já ouviram falar sobre tuberculose; entretanto 24,0% (298) ouviram falar da tuberculose através de comentários na rua; 13,8% (165) por meio de membros familiares que já tiveram a doença e 28,7% (344) por outras maneiras. Adicionalmente, os dados sugerem que 91,4% dos consultantes não receberam nenhuma informação sobre tuberculose nos centros de saúde.

No que diz respeito ao mecanismo de transmissão, 81,7% (979) sabem como se pega a tuberculose, entretanto 18,3% (220) responderam não saber. Quanto àqueles que informaram saber como se pega a doença, 46,4% (454) disseram ser através da gripe mal curada; 26,4% (258) pelo bafo, falar perto do doente; 12,2% (119), beber no mesmo copo, e 15,1% (148) acharam que poderia ser de outras formas.

Notamos que 86,4% (1032) informaram saber o que uma pessoa sente quando está com tuberculose; adicionalmente, 32,9% (339) disseram que tosse muito; 29,2% (301) verbalizaram sentir dores nas costelas, no pulmão; 11,7% (120) referiram ter febre à tarde, e 26,2% (270) disseram que sentiam outros sintomas: escarrar sangue, teriam catarro no peito, fraqueza e falta de ar.

Entre os consultantes, 87,5% (1050) acham que a tuberculose tem cura e que o tratamento demora em média 8 meses.

Entre os entrevistados, consideramos uma informação importante quando 26,7% (320) disseram que alguém da família já teve tuberculose; enquanto isso, 2,8% (34) informaram que já tiveram a doença.

Considerando a importância de o tratamento da tuberculose ser de seis meses, obtivemos a informação entre os consultantes de que 23,6% (283) se sentiriam mal na eventualidade de terem que ir ao médico 1 vez por mês durante seis meses; 26,1% (313) se sentiriam “mal “ com a obrigação de ir ao médico de dois em dois meses para fazer exame de escarro, e 35,8% (429) se sentiriam “mal “ ao terem de tomar mais de um remédio durante seis meses. É fato que, entre os pesquisados, 90,3% (1082) admitiram ser a tuberculose uma doença séria ou muito séria.

Tabela 13. Distribuição de variáveis relacionadas à atitude acerca da tuberculose, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

Questões	Respostas		
	Gosta %	Não gosta %	Nem gosta nem Desgosta %
Atitudes acerca da tuberculose			

O sr. Gosta de ir ao médico?	52.9	41.8	5.3
O sr. Gosta de tomar remédio?	47.4	46.3	6.3
Questões	Bem	Mal	Nem bem nem mal
Como o sr. se sente quando vai ao médico?	68.6	13.0	18.4
Como o sr. se sentiria tendo que ir ao médico 1 vez durante 6 meses?	62.3	23.6	14.2
Como o sr. se sentiria tendo que ir ao médico de 2 em 2 meses para fazer exame de escarro?	59.0	26.1	14.9
Como o sr. Se sentiria diante da possibilidade de tomar mais de 1 remédio todo dia durante 6 meses?	48.2	35.8	16.1
Como o sr. Se sentiria se soubesse que estava com tuberculose?	3.8	86.3	9.9
Como o sr. se sentiria sabendo que um familiar seu está com tuberculose?	0.6	87.6	11.8
Como o sr. Se sentiria se estivesse perto de uma pessoa que está doente de tuberculose?	4.5	54.6	40.9
Questões	Muito séria	Séria	Não é tão séria
Na sua opinião a tuberculose é uma doença?	47.8	42.6	9.7

Na Tabela 13, observamos que cerca de 58,4% (701) têm medo de pegar a doença; 21,8% (153) revelam o medo de morrer; para 20,4% (143) este medo decorre de a tuberculose ser uma doença contagiosa; 16,2% (113) disseram ser muito ruim de tratar e 41,7% retratam medo por outros motivos.

Observamos entre os pesquisados que 86,3% (1036) se sentiriam mal se soubessem que estavam com tuberculose ou se viessem a saber que algum membro familiar estivesse com a doença; outrossim, ao adoecerem, 98,8% (1186) responderam que teriam coragem de dizer a alguém, todavia, 99,3% (1178) diziam somente aos componentes familiares; 99,7% (1183) falavam para o médico e enfermeira; 72,4% (859) comentavam para os amigos; 69,7% diziam aos colegas de

trabalho e 64,8% (769) revelavam aos vizinhos. Por outro lado, 54,6% (655) disseram que se sentiriam mal se ficassem perto de uma pessoa que estivesse doente de tuberculose.

Considerando a importância de conhecer a atitude dos entrevistados ao perceberem os sintomas respiratórios, observamos que 72,6% (871) procurariam o posto para fazer exame de escarro se apresentassem tosse e catarro com três semanas e mais; todavia, os 27,4% (329) consultantes que disseram que não procurariam o posto para fazer exame, 25,5% (83) disseram não imaginar adoecer de tuberculose; 23,0% (75) preferem tratar com “lambedor”; 18,7% (61) procurariam uma consulta médica e 5,5% (18) tomariam remédio que já conhecem; adicionalmente, 5,5% disseram que haviam procurado o médico mas não foi pedido o exame.

Tabela 14. Distribuição de variáveis relacionadas à percepção acerca do atendimento, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

Questões	Respostas		
	Bom %	Ruim %	Nem bom nem ruim %
O que o sr. Acha da consulta com o médico?	74,7	4,1	21,3

O que o sr. acha dos conselhos dados pelo médico?	89,1	1,9	9,0
O que o sr. achou do atendimento do profissional?	86,3	4,2	9,5
Questões	Facil	Dificil	Nem facil nem dificil
As explicações que foram dadas sobre:			
Doença	82,4	7,9	9,7
Como fazer o tratamento	86,6	6,8	6,6
Como tomar remédio	89,9	4,9	5,1
Questões	Muito séria	Séria	Não é tão séria
Na sua opinião a tuberculose é uma doença?	47,8	42,6	9,7

Na Tabela 14, apresentamos as informações acerca da percepção dos consultantes com relação ao atendimento nas unidades de saúde. O atendimento feito pelos profissionais foi bom para 86,3% dos entrevistados; entretanto, 13,7% (159) acharam ruim ou nem bom nem ruim, relatando que a consulta foi muito rápida 44,2% (69); o profissional atendeu de mau gosto 28,8% (45); 12,8% (20) acharam o profissional ignorante e 14,8% (22) referiram que não acharem bom por outras razões.

Outrossim, o tempo destinado para a consulta que fizeram demorou em média 11 minutos. 50% informaram ter sido no tempo de 10 minutos. Daqueles que acharam o tempo de consulta insuficiente, 77,9% (173) informaram que não deu

tempo de dizer tudo; 16,7% (37) queixaram-se de que não deu tempo examinar direito e 5,4% (12) relataram achar pouco tempo, alegando outros motivos. Sobre as explicações dadas no momento da consulta pelos profissionais, 82,4% (832) dos consultantes acharam fáceis as explicações dadas acerca da doença; 86,6% (881) disseram ter sido fácil entender como deveriam fazer o tratamento; e 89,9% (912) entenderam bem como deveriam tomar o remédio.

Considerando a possibilidade dos consultantes retornarem ou não ao centro de saúde no caso de referir outra doença, 95% (1139) dos consumidores procurariam novamente a unidade para se consultar, informando que 45,0% (512) acharam o posto mais perto de casa; 25,1% (285) gostaram do atendimento dos profissionais ; 13,9% (158) gostaram do posto porque tem mais recursos, tem mais condições; e 16,2% (184) apontaram procurar novamente por outras razões. Entre os 1199 entrevistados, a média de procura ao centro de saúde nos dois últimos meses foi de duas vezes.

6 DISCUSSÃO

Conforme relatado na Introdução, há poucos estudos na literatura nacional que se propuseram pesquisar a proporção de Sintomáticos Respiratórios

em consultantes. Os estudos revisados apresentados ao longo da discussão têm como objetivo maior conhecer a proporção de Sintomáticos Respiratórios e, entre eles, ter como revelada a prevalência de tuberculose pulmonar, mediante a baciloscopia ou cultura, sendo difícil de comparação, considerando os diferentes aspectos metodológicos, dentre os quais a definição de Sintomáticos Respiratórios e a caracterização da população estudada.

Neste estudo, identificamos numa amostra aleatória de 1200 consultantes, com 14 anos ou mais de idade, que buscaram os serviços de saúde, a proporção de 6,5% de Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais (SR2), apresentando-se maior do que a proporção estimada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (5%).

Entre os inquéritos nacionais, a proporção de Sintomáticos Respiratórios obtida neste estudo não foi compatível com a proporção encontrada por Arantes e Ruffino – Netto (1980) 4,3%, quando realizaram um inquérito em consultantes de centro de saúde, interrogando quanto à presença e duração de tosse e expectoração; e por Amarante e Assis, (1992) (2.9%), que investigaram na população do lago Paranoá, em Brasília, através de visitas domiciliares, pessoas com tosse e expectoração com 3 semanas e mais.

Considerando os estudos realizados na América Latina, ressaltamos que a proporção encontrada em nosso estudo apresentou-se maior do que a encontrada por Marín, Cholula e Castillo (1999) 3,6%, em inquérito realizado em unidades de saúde no México, interrogando consultantes com tosse e expectoração sem contar a duração dos sintomas; e por Armengol, Machado e Quiñones, (1992) 4,5%, que investigaram consultantes de hospitais de Caracas com sintomas respiratórios, sem contar a duração dos sintomas. Por outro lado, a proporção que constitui nosso estudo mostrou ser bem menor do que a encontrada por Cornejo e colaboradores (1985) 16%, que estudaram consultantes com sintomas de tosse e expectoração sem tempo de duração dos sintomas no consultório de Renca, no Chile; e também por Arciniegas, Barera e Guerrero, (1979) 12,6%, em estudo realizado em consultantes com tosse e expectoração ou hemoptise, sem duração dos sintomas, nos serviços de saúde e hospitais da Colômbia.

Um achado que consideramos importante ressaltar foi a grande variação da proporção de sintomáticos respiratórios entre as 6 SER's, onde verificamos 4,5% na SER V, enquanto observamos 9,5% na SER I. De acordo com estes dados, evidenciamos que as diferentes proporções de Sintomáticos Respiratórios obtidas nas unidades de saúde localizadas nessas SER's, contribuiu para estes achados devendo, portanto, ser feita algumas considerações com relação a estas unidades, pois pode-se observar que, na SER I, a proporção entre as duas unidades foi de 6,0% e 13,0% e, na SER VI, a proporção foi de 6,0% e 9,0%, respectivamente. Também constatamos que, nas demais regionais e unidades selecionadas, a proporção mostrou variação de 5 a 7%. Estes achados se aproximaram da proporção (5%) estimada pelo PCT.

Na SER I, embora ambas as unidades estejam localizadas em área mais urbanizada, podemos supor que as características socioeconômicas são similares. Todavia, notamos diferenças importantes, referentes à organização dos serviços e nas estratégias para a identificação de Sintomáticos Respiratórios, que possivelmente vêm a influenciar consideravelmente na implementação das ações para a identificação destes sujeitos.

A unidade de saúde que teve uma proporção de Sintomáticos Respiratórios de 6,0% atende ao modelo tradicional e tem na sua estrutura administrativa uma equipe multiprofissional grande, composta de 24 profissionais, incluindo os agentes de saúde.

Nesta unidade, o PCT está implantado, o recebimento do escarro é diário no período dos dois turnos e a baciloscopia é realizada no laboratório local, que também é referência laboratorial para a SER I. Chamou-nos atenção o fato de que, sendo esta uma unidade de referência para a realização da baciloscopia para todas as unidades da Regional, verificamos que, no período de janeiro a agosto de 2001, foram examinados e registrados, em média, somente 170 Sintomáticos Respiratórios.

Isto evidencia, sem dúvida, que não está se dando uma efetiva busca de sintomáticos, na forma ativa e/ou na forma passiva, visto que, quando fizemos uma projeção de programação quanto à meta de examinar Sintomáticos Respiratórios

para a população de 368.674 habitantes desta regional, a estimativa seria examinar 3 687 Sintomáticos Respiratórios.

Por conseguinte, a segunda unidade selecionada da SER I mostrou uma proporção de 13,0%. Nesta, o Programa Saúde da Família (PSF) está implantado e desenvolve ações do PCT há três meses, tendo sido as equipes recém - treinadas. Não há laboratório local, sendo, portanto, posto de coleta para escarro. Este, a seguir, é encaminhado ao laboratório de referência para a realização da baciloscopia. Ressalta-se que o retorno do resultado da baciloscopia é disponível somente com o tempo de 15 dias a um mês. Outra peculiaridade importante, só observada nesta unidade, é que os agentes de saúde, ao identificarem os Sintomáticos Respiratórios em suas visitas domiciliares, já entregam o pote de coleta para o escarro, orientando como fazer a coleta da amostra, indicando-lhes à procura pela unidade básica do Programa de Saúde da Família a fim de serem examinados.

Algumas considerações devem ser assinaladas também para a SER VI, onde verificamos, também, proporções diferentes. Uma unidade mostrou 6,0%, enquanto na segunda unidade a proporção foi maior - 9.0% .

Ambas as unidades de saúde desta Regional tem localizações distintas. Uma está localizada em área mais central e a outra situada em área periférica. Apesar de que ambas não têm PSF implantados, diferem bastante na composição da equipe, visto que a mais próxima do centro urbano tem 30 profissionais e mais 17 agentes de saúde. A outra, localizada mais na periferia, tem no seu quadro somente 08 profissionais e mais 04 agentes de saúde. Neste estudo, ficou mostrado que, quanto mais a unidade de saúde se distancia do centro da Cidade, observa-se, claramente, uma grande demanda reprimida, possivelmente pela diminuição considerável no quadro de profissionais que venham a atender as necessidades da população de sua área de abrangência. Esta observação se faz pertinente, para todas as seis regionais de saúde, sendo corroborada pelos gerentes de serviços. Quando em conversas informais acerca desta situação, estes profissionais apontavam ser esta uma das dificuldades na administração do serviço.

Na abordagem dos agentes de saúde na identificação dos Sintomáticos Respiratórios na comunidade, observam-se também diferentes condutas. Em um

dos centros de saúde, os agentes de saúde não foram treinados, conseqüentemente, é possível que estejam emitindo informações inadequadas, como relatado em conversa informal, em que alguns destes profissionais consideram Sintomático Respiratório o indivíduo que apresenta tosse e febre há um mês.

A partir dessas observações, podemos perceber que na unidade localizada em área mais periférica e com a abordagem inadequada para identificar os Sintomáticos Respiratórios, a proporção de Sintomáticos Respiratórios se mostrou menor: 6%.

De acordo com estes dados, podemos perceber que são inúmeras as causas que influenciam na operacionalização das ações na busca de Sintomáticos Respiratórios. Ademais, vale recomendar a importância em manter a informação e a orientação, sobre a definição adotada no Manual de Normas do Programa sobre os Sintomáticos Respiratórios, pois foi possível detectar, em conversas informais com parte dos agentes de saúde, a falta de compreensão quanto a esta definição, podendo-se, desta forma, ampliar significativamente a meta de Sintomáticos Respiratórios a serem examinados.

Considerando ser indispensável identificar o Sintomático Respiratório através do motivo da consulta que o levou a buscar atendimento, observamos que a doença respiratória representou em maiores de 14 anos um importante motivo de consulta (10,7%). Além do mais, 89,3% foram à consulta referindo outros motivos. A proporção encontrada neste estudo foi maior do que aquelas encontradas por Arciniegas, Barera e Guerrero (1979) 7,4%, naqueles que manifestaram haver buscado consulta por ter sintomas respiratórios, e 89,6% nos que buscaram atendimento por outros motivos; e por Marín, Cholula e Castillo (1999) 4,8% para os sujeitos que buscaram atendimento por motivos respiratórios e 95,2% para os que recorreram ao atendimento por outros motivos. Bem assim, a proporção de Sintomáticos Respiratórios, em nosso estudo, apresentou-se bem menor, do que a encontrada por Armengol, Machado e Quiñones, (1992) em consultantes das emergências e triagem de 06 grandes hospitais, onde 18,4% consultaram-se por sintomas respiratórios e 81,6% manifestaram doenças não respiratórias, sugerindo que, quando o atendimento ocorre em hospitais de emergência, esta proporção já se mostra bem mais elevada.

Em nosso estudo, constatamos que, entre os 78 Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais, foi verificada alta proporção (29,5%) dos que, de fato, buscaram consulta, em virtude de queixas de sintomas respiratórios; entretanto 70,5% procuraram o atendimento, tendo como motivo principal da consulta não os sintomas respiratórios e sim por outros motivos de queixas.

É difícil comparar nossos achados com os dados encontrados nos diferentes estudos apresentados; entretanto, merece uma reflexão, no sentido de buscar aprimorar e reorientar os profissionais que atendem na rede básica e demais serviços, para que estejam treinados e atentos em identificar o SR entre os consultantes, independentemente do motivo da doença que os levou a buscar atendimento. É evidente que o rastreamento nestes grupos, certamente, ampliará a descoberta de casos de tuberculose nos serviços de atenção básica, onde não basta detectar os Sintomáticos Respiratórios para que o Programa de Controle seja eficaz. Mas é preciso dispor de um procedimento rápido para confirmar o diagnóstico e iniciar prontamente o tratamento.

Foi verificada, também, uma proporção alta de Sintomáticos Respiratórios (23,6%) entre consultantes dos serviços de saúde, quando não consideramos o tempo de duração dos sintomas.

Nesta pesquisa, por conseguinte, os dados apontam que, entre os consultantes, foram constatadas diferenças no tempo de evolução dos sintomas de tosse e expectoração. Foram entrevistados 1200 consultantes, encontrando-se: 77 (6,4%) que perceberam os sintomas com menos de 1 semana; 67 (5,6%) com o tempo de 1 a 2 semanas; 61 (5,1%) com sintomas de 2 a 3 semanas; 78 (6,5%) com três semanas e mais de evolução. Este achado não foi compatível com a encontrada por Marín, Cholula e Castillo (1999), que encontraram entre SR's 56,3% em menos de uma semana e 20,4% no período maior de três semanas; e por Arciniegas, Barera e Guerrero (1979), que apresentaram 10,8% no período de menos de uma semana, e 47,5% no tempo de 3 semanas e mais.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de uma reflexão quanto à definição de Sintomático Respiratório adotada pelo Programa Nacional, que define ser qualquer indivíduo que apresente tosse e expectoração há tres

semanas e mais. Na prática, se torna difícil limitar este tempo, conforme comprovamos neste estudo, em que seria excluída uma proporção tão elevada de sujeitos que certamente não seriam identificados como Sintomáticos Respiratórios na busca de localização de casos de tuberculose.

Entendemos que este pode ser um conceito operacional, conforme propõem Armengol, Machado e Quiñones (1992), ao argumentarem que os programas estabelecem limites de sintomas, para selecionar Sintomáticos Respiratórios e assim reduzir a carga dos laboratórios. Entretanto, ressaltamos que a rede de laboratório é uma interface importante do PCT, onde se desenvolvem ações bastante articuladas, com o objetivo de alcançar metas para a identificação dos Sintomáticos Respiratórios e, entre estes, localizar casos de tuberculose pulmonar.

De acordo com estes dados, evidenciamos que seria justificado reconhecer e discutir melhor a definição de Sintomáticos Respiratórios para ações de busca ativa e passiva destes, sem considerar o tempo de evolução dos sintomas de tosse e expectoração.

Observamos, também que, entre os Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais, a proporção mais predominante (20,5%) está no estrato etário de 44 a 54, tendo significativa diminuição (5,1%) entre os sujeitos com maior idade. Por outro lado, nos indivíduos que apresentaram tosse e expectoração com qualquer duração dos sintomas, contrariamente, constatamos que a proporção aumentou (23,3%) no grupo etário de 14 a 34 anos.

De acordo com os nossos achados, entre o total de Sintomáticos Respiratórios, evidenciamos uma proporção maior (82,3%) nas mulheres do que nos homens (17,3%). Este resultado é compatível com o encontrado por Cornejo e colaboradores (1985) – 58,7%, nas mulheres, e 41,3% para os homens - embora não coincidindo com Arciniegas, Barera e Guerrero (1979), que, contrariamente, encontraram maior proporção (14,7%) nos homens do que nas mulheres (11,4%).

Destacamos que, neste estudo, entre os Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais, 85,9% buscaram atendimento por apresentarem tosse e expectoração. Ressaltamos que, neste grupo, nenhum apresentou somente o

sintoma de tosse. Este resultado difere dos achados de Cornejo e colaboradores (1985), em que a proporção encontrada foi menor (76,0%) entre os que apresentaram tosse e expectoração e maior (11,3%) entre os que tinham somente tosse. Esse achado, entretanto, corroborou a definição adotada pelo PCT, que considera como quadro clínico os sintomas de tosse e expectoração para o Sintomático Respiratório.

O interesse deste estudo em conhecer a proporção de Sintomáticos Respiratórios em consultantes maiores de 14 anos de idade aponta para dois enfoques: o operacional e o epidemiológico, cujas particularidades serão, em parte, discutidas.

6.1 Influência dos Sintomáticos Respiratórios no enfoque Epidemiológico

A busca do *Mycobacterium tuberculosis* na expectoração, por meio da baciloscopia, é um método para efetuar diretamente o diagnóstico de tuberculose pulmonar, já que sua presença é certeza da doença. Esta busca consiste em fazer o exame da baciloscopia e cultura da expectoração. O diagnóstico da tuberculose, baseado na demonstração pelo exame microscópico direto, é essencial para efetuar estudos epidemiológicos, porque estes casos representam a mais importante fonte de disseminação do bacilo humano na comunidade. Na grande maioria, estes doentes têm tosse e expectoração e uma grande proporção busca espontaneamente os serviços de saúde.

Por esta razão, uma primeira prioridade da localização de casos de tuberculose consiste em organizar os serviços, de forma que possam beneficiar os consultantes de todos os estabelecimentos de saúde na realização sistemática do exame da baciloscopia.

Para tanto, os resultados obtidos neste estudo, indubitavelmente, oferecem os parâmetros mais importantes, para programar as atividades de

descoberta de casos nos serviços de saúde e, nesse sentido, também podemos sugerir a adequação e otimização dos parâmetros de programação, conforme têm expressado Marin, Cholula e Castillo (1999) e Arciniegas, Barera e Guerrero (1979). Aqui, acreditamos ser conveniente ajustar os indicadores programáticos pelo menos para o Município de Fortaleza, onde inevitavelmente vai repercutir sobre os indicadores epidemiológicos, permitindo melhor interpretação da magnitude da tuberculose.

6.2 Influência dos Sintomáticos Respiratórios no enfoque Operacional

As estatísticas oficiais brasileiras apresentam, nos últimos anos, um declínio do número de casos de tuberculose descobertos, em relação a todos os níveis de atuação do Programa. Para o Município de Fortaleza, assim como no resto do País, para programar atividades de descoberta de casos de tuberculose, se utilizam parâmetros de programação estimados a partir dos Sintomáticos Respiratórios. É traçado como atribuição das Unidades Básicas de Saúde – UBS fazer programação anual para o Programa de Controle da Tuberculose, estabelecendo como uma das metas o exame de Sintomáticos para descoberta de casos (BRASIL, 2001).

Ressaltamos que o Programa Nacional recomenda o uso de uma das matrizes de programação das atividades de controle da tuberculose, que é baseada no número de Sintomáticos Respiratórios (SR's) examinados. Para obtenção deste parâmetro, estima-se que 20% da população da área de atuação da unidade são de consultantes de primeira vez e, destes, 5% são Sintomáticos Respiratórios, ou seja, considera-se que 1% da população é de Sintomáticos Respiratórios. Estes parâmetros foram obtidos através de pesquisas de avaliação e revisão dos registros de dados de séries históricas do programa (BRASIL, 1999). É importante salientar que estes parâmetros de programação igualmente são adotados para todo o Território nacional, mesmo que as regiões apresentem peculiaridades operacionais e

epidemiológicas bem distintas. Em função deste parâmetro de programação, os técnicos advogam certa insatisfação, pelo fato de não conseguirem atingir o percentual de SR's a serem examinados. Esta preocupação é pertinente, e é corroborada, quando se verifica o alcance desta meta nos estados da Região Nordeste no período de 1993 a 1999. Os 9 estados da Região não conseguem atingir, sequer, 50% da meta para examinar SR's, programados, sendo atribuído possivelmente, como uma das causas, o valor superestimado do parâmetro de programação baseado na proporção de Sintomáticos Respiratórios em consultantes dos serviços.

Considerando que os resultados obtidos neste estudo diferiram da proporção estimada pelo Programa Nacional, achamos oportuno fazer uma projeção de descoberta de casos de tuberculose e de exame dos Sintomáticos Respiratórios para o Município de Fortaleza para o ano 2003, aplicando as duas proporções. Com base no número de Sintomáticos Respiratórios estimado pelo Programa Nacional, a meta seria descobrir 1595 casos de tuberculose de todas as formas, ao passo que na programação baseada na proporção encontrada neste estudo, a estimativa teria um aumento para 2078 casos, verificando-se uma diferença de 478 casos.

Quanto à meta de examinar Sintomáticos, ao aplicarmos o parâmetro do Programa Nacional, dever-se-ia examinar 22.238 e, ao aplicarmos o parâmetro observado no nosso estudo, a estimativa seria aumentada para 28.909 Sintomáticos Respiratórios, com uma diferença de 6.671 Sintomáticos Respiratórios.

Muitos fatores estão envolvidos, no que diz respeito a uma baixa efetividade das ações do PCT, entretanto, neste estudo, foi possível identificar alguns obstáculos reais que os consultantes enfrentam e que, possivelmente, podem vir a influenciar para a baixa efetividade das ações na identificação dos Sintomáticos Respiratórios e descoberta de casos de tuberculose.

Para alcançar estas metas, é absolutamente necessário o seguinte: a ampla cobertura do Programa de Tuberculose na rede básica de saúde; ter maior acessibilidade aos serviços de saúde; dispor de profissionais bem treinados e orientados para identificar os Sintomáticos Respiratórios; e que estas ações estejam organizadas, a fim de facilitar e examinar sistematicamente estes consultantes com

sintomas respiratórios. É necessário, também, que a população esteja motivada e que tenha consciência dos sintomas, para buscar uma solução nos serviços de saúde. Desta forma, a descoberta de casos ocorrerá mais precocemente, evitando-se a doença na forma mais avançada, permitindo, também, melhor aproximação da magnitude do problema.

Considerando ser um dos fatores importantes, para as ações de controle da tuberculose, dispor de uma ampla cobertura do Programa de Tuberculose, verificamos que, em Fortaleza, a rede de Saúde totaliza 82 unidades de saúde, incluindo seis hospitais, onze centros integrados de educação e saúde - CIES, dezessete unidades básicas do Saúde da Família - UBASF e quarenta e oito centros de saúde distribuídos em 11 unidades na SER I; 10 na SER II; 14 na SER III; 11 na SER IV; 17 na SER V e 19 na SER VI. A média de unidades de saúde por SER é de 13,7 unidades. Dentre as 12 unidades selecionadas, somente 50% têm o PCT implantado, demonstrando baixa cobertura do Programa de Tuberculose. Por esta razão, uma das estratégias do Programa Nacional de Tuberculose é expandir as ações de controle da endemia, no âmbito da atenção básica e a estruturação da rede de serviços de saúde, para identificação dos Sintomáticos Respiratórios que procuram os serviços de saúde, fazer diagnóstico de tuberculose, iniciar o tratamento, acompanhar os casos, dar alta aos pacientes (BRASIL, 2001).

Acreditamos, também, ser importante, conhecer a percepção que os entrevistados tiveram acerca do atendimento dos serviços de saúde selecionados para este estudo, na tentativa de apontar as necessidades e queixas do usuário, em que estas não podem ser descuidadas, tanto para a organização como na provisão dos serviços de saúde e, principalmente, para traçar estratégias de educação para a tuberculose. Esta pesquisa foi conduzida, também, para conhecer o que os consultantes dos serviços de saúde que buscam atendimento por qualquer motivo sabem e pensam sobre a tuberculose

atualmente, e o nível de satisfação acerca do atendimento nos serviços de saúde, onde estes são componentes importantes da avaliação dos serviços.

Entendemos que a qualidade dos serviços tem que ser analisada dentro de um contexto mais amplo, que considera os fatores socioeconômicos, nos quais vive a população. Mas a interpretação dos dados permite ter uma idéia da reputação dos serviços de saúde entre os consultantes. Conforme Gattinara e colaboradores (1995) citam, a maioria dos estudos sobre a percepção dos serviços de saúde, por parte dos usuários, evidencia a importância dos seguintes fatores: tempo de espera, custo de pagamento, tratamento recebido pelo pessoal de saúde, limpeza da área, acessibilidade aos serviços de saúde, confiabilidade das instituições, competência técnica etc.

Queremos destacar o que foi possível identificar quanto ao nível de conhecimento, percepção e atitude acerca da tuberculose.

Entre os consultantes, a tuberculose parece ser uma doença bastante conhecida da população. Entretanto, a forma como é divulgada ocorre de maneira informal, haja vista que somente 8,6% relataram ter recebido alguma informação da tuberculose nos serviços de saúde. O conhecimento da tuberculose pelos consultantes é amplamente divulgado e apreendido através de comentários na rua ou através da experiência de alguém da família que tenha adoecido de tuberculose.

Quanto à forma de transmissão da doença, os achados mostram o baixo nível de conhecimento. Somente 26,4% referiram de alguma forma que a doença pode ser transmitida pelo "bafo", pela respiração, enquanto 18,3% de pessoas não souberam responder. É muito evidente que prevalece nas pessoas a idéia de que a tuberculose se pega através da gripe mal curada; do uso de utensílios dos pacientes

e que, a causa da doença, foi a extravagância, como “pegar relento”, comida reimosa etc.

Ao identificar quais os sintomas que uma pessoa doente de tuberculose vem a queixar-se - tossir muito, dor nos pulmões e febre à tarde - foram mencionados por 86,1% dos consultantes, com certa ordem de freqüência, do que a referência a outros sintomas, como escarrar sangue, fraqueza, falta de ar. Grande proporção (13,9%), especificamente, mencionou não saber o que sente uma pessoa com tuberculose.

As opiniões revelaram ser fato que algumas pessoas acreditam que a tuberculose não tem cura (12,5%). Aqueles que admitiram que é uma doença curável (6,8%) não sabiam como esta é curada. Tomar medicamento prescrito pelo médico e as orientações médicas foram as verbalizações mais relatadas, na maneira de como se cura a doença. Surpreende é que 7,0% das pessoas ainda pensam na cura, à base de remédios caseiros, boa alimentação, evitando extravagâncias, tais como, “não andar no sereno, não fumar, não beber aguardente”.

O tempo de tratamento para a tuberculose ainda é desconhecido por 47,6% pessoas. Os entrevistados informaram que o tempo de tratamento da tuberculose é de aproximadamente 8 meses. Dado que o nível de conhecimento da doença foi observado em 29,5% de pessoas ou membros familiares que tiveram a doença, podemos supor que esta informação foi obtida pela experiência em conviver com os doentes, que possivelmente tiveram tratamento prolongado, atribuído provavelmente ao tratamento inadequado.

Outro aspecto importante foi abordar o conhecimento de atitudes, quanto à possibilidade destes entrevistados virem a adoecer, e a motivação em fazer e manter este tratamento no período de 6 meses. Surpreende, quando verificamos que 41,8% não gostam de ir ao médico; 46,3% não gostam de tomar remédio; 23,6% se sentiriam mal em ter que ir ao posto 1 vez durante 6 meses; 35,8% se sentiriam mal na possibilidade de tomar mais de um remédio durante 6 meses; e 26,1% se sentiriam mal em ter que ir ao posto de 2 em 2 meses fazer exame de escarro.

A voluntariedade dos entrevistados ao perceberem os sintomas respiratórios é fator primordial, em razão de eles se identificarem em situação de risco para adquirir a doença. Pelo fato de que 78,0% acharam que é importante uma pessoa com tosse e expectoração há três semanas procurar o posto de saúde para fazer exame para tuberculose, é assustador verificar que 27,4% disseram que não procurariam o posto para fazer o exame, porque tratariam com remédio caseiro; 28,5% não imaginavam ser tuberculose; 27,6% procurariam uma consulta médica e 25,2% não conseguem ficha nos postos ou nunca ouviram falar deste exame, ou que não fariam o exame porque não apresentaram outros sintomas: febre, falta de ar ou escarro de sangue.

Percebemos que a tuberculose ainda é uma doença com marcante nível de preconceito na população, podendo-se verificar que 58,4% demonstraram ter medo de adquirir a doença porque, para 22,0% ela mata; 20,4% acham que é uma doença contagiosa; 16,1% que é uma doença ruim de tratar; e 41,5% se sentiriam temerosos em adoecer, porque ficam secos, não tem cura ou porque causa muito sofrimento em razão de falta de ar, escarrar sangue, entre outros motivos apontados. Os entrevistados confirmaram realmente o estigma da doença, quando constatamos que 86,3% das pessoas revelaram que se sentiriam mal, caso viessem a saber que estavam doentes com tuberculose ou se algum membro familiar estivesse com a doença (87,6%). Isto se torna mais evidente quando 54,6% informaram que se sentiriam mal se viessem a ficar perto de uma pessoa doente de tuberculose.

É inquestionável o quanto que estes dados podem retratar o que as pessoas praticam na vida, realmente. O fato de alguns acreditarem que a tuberculose não tem cura ou que pode ser curada com remédios caseiros é a causa interessante de ampliar a informação sobre a importância do tratamento. Podemos considerar que ao se adotar métodos indiretos de Educação em Saúde na comunidade, quando estes são executados através de programas de rádio e televisão, campanhas em

idades, panfletos etc, é possível melhorar consideravelmente estas informações. Apesar de ser um enorme desafio para conseguir mudança de atitude sobre alguns indivíduos, temos a opinião formada de que o empobrecimento destas informações é a principal consequência social da magnitude da tuberculose em nosso meio.

Admitindo que as pessoas neste estudo não obtiveram um trabalho educativo de forma adequada através dos meios formais, o baixo nível de conhecimento pode ser desculpado. Mas os resultados servem para refletir a importância dos trabalhos educativos, especialmente na comunidade, acerca da tuberculose. Parece que a atual estratégia das ações educativas usadas, tanto nos serviços de saúde como na população, necessitam de uma adicional explicação como fator impactante; até porque as ações e estratégias para a identificação do Sintomático Respiratório não somente envolvem equipes de saúde, agentes comunitários, como também possui estratégia extramuros, através da mobilização da comunidade na identificação do problema.

É preciso decidir o melhor método de levar a informação para maximizar o efeito sobre a prática. Recursos precisam ser mais bem alocados, para assegurar informações relativas, ao controle da tuberculose e instruir na sua implementação de maneira efetiva e consistente. A respeito da percepção dos entrevistados com relação à qualidade dos serviços de saúde, Gattinara e colaboradores (1995) enfocam que os fatores principais que fazem parte da qualidade da relação entre profissional de saúde e paciente, no contexto local, são as atitudes do pessoal de saúde, em termos de como é tratado ao paciente pelo profissional, e o nível de comunicação que se dá entre os profissionais de saúde e o cliente. Queremos destacar o fato de que das pessoas que já haviam buscado atendimento nestes serviços de saúde, 97,0% informaram que foram atendidos por algum profissional do serviço, sendo que 93,0% foram atendidos pelo profissional médico.

O nível de comunicação que se tem entre o cliente e o profissional de saúde é sem dúvida um dos aspectos fundamentais na análise da

qualidade da relação entre pessoal de saúde e usuário, porque, através desta qualidade, pode produzir satisfação ou insatisfação por parte do cliente. O tempo que o médico dedica a escutar os pacientes, influencia também sobre a percepção acerca da capacidade diagnóstica. Neste aspecto, 86,3% acharam o atendimento dos profissionais bom, mas deve-se enfatizar que 13,7% reclamaram que o atendimento é ruim, porque acharam que a consulta foi muito rápida; o profissional atendia de mau gosto e acharam o profissional “ignorante”.

O tempo dedicado pelo pessoal de saúde para consulta foi considerado insuficiente para 19,2% dos consultantes, isto porque o tempo da consulta foi em média apenas de 11 minutos, tendo sido expressado que não deu tempo dizer tudo e que não deu para examinar direito. Contrariamente, ao redor de 86,0% acharam fácil a compreensão das explicações dadas pelo profissional acerca da doença: como fazer o tratamento e como tomar remédio.

Sem dúvida, deve-se enfatizar que o desejo que o usuário tem de retornar ao mesmo serviço de saúde no caso de outra doença mede a satisfação ou insatisfação do cliente, e pode-se dizer que, neste estudo, a taxa de satisfação foi de 95,0%. Estudo de Horovitz citado por Gattinara e colaboradores (1995), aponta que a experiência mostra que uma taxa de insatisfação sobre 20% no fornecimento de serviços deve alarmar a todos. Um serviço pode considerar-se competitivo com uma taxa de insatisfação inferior a 6%. Os autores revelam que a opinião do pessoal é sempre o resultado de uma experiência direta em um serviço de saúde, e ela pode ou não confirmar a reputação geral. De qualquer forma, as pessoas podem procurar atendimento, somente porque ela está próxima, apesar da má reputação. Corroborando este autor, nosso estudo mostra que, sem dúvida, 95,0% voltariam novamente a estes mesmos serviços, quando necessitassem; 45,0% das pessoas acham que podem voltar porque é o mais próximo de casa; 25,1% gostaram do atendimento dos profissionais; 13,9% disseram voltar porque o posto tem remédio; 16,2% relataram outros motivos, o que mostra que a confiabilidade e a eficácia terapêutica não são as grandes razões pelas quais os usuários recorrem aos serviços de saúde.

Apesar de que, neste estudo, não foi feita uma análise comparativa entre as proporções obtidas e as condições socioeconômicas, ficou retratado que o padrão socioeconômico da maioria dos pesquisados pode ser considerado de nível baixo ou muito baixo, caracterizando-se pelos resultados obtidos através das variáveis estudadas. Convém esclarecer que, embora a avaliação socioeconômica tenha muito valor, sua utilização neste estudo procura oferecer uma caracterização sumária do contexto social em que foi realizado o trabalho.

Na verdade, esta é uma análise bastante simplificada acerca da qualidade de atenção dos serviços ao usuário, pois não é o propósito deste estudo, mostrando ter algumas limitações para generalizar os resultados aqui obtidos, haja vista que não foi analisado, o nível de percepção e conhecimento da tuberculose desde o ponto de vista da população, desconhecendo a opinião das pessoas acerca dos serviços públicos, e que não utilizam; seja por problemas sociais, econômicos e culturais ou os que preferem utilizar as formas tradicionais de cura ou utilizam os serviços privados.

6.3 Influência do método de *screening* do Sintomático Respiratório nas Ações de controle da Tuberculose

A localização de casos é parte crucial no Programa de Controle. Como já citamos, em sua grande maioria, os casos são identificados nas visitas espontâneas aos serviços de saúde. Uma debilidade inerente a este método passivo de localização de casos é que depende completamente de que os pacientes sejam conscientes de que estão doentes e se sintam suficientemente motivados a procurarem ajuda nos serviços de saúde. Além disso, dada a opinião geral de que os doentes de tuberculose não recorrem aos serviços de saúde, traçamos como estratégia recorrer cada vez mais à busca ativa na comunidade.

Stott, Leowski e Dam (1982) citam que, no Kenya, se ensaiaram diversos métodos de identificação de casos suspeitos de tuberculose na comunidade, tendo sido o método mais eficaz o procedimento de interrogar os chefes de família acerca

dos suspeitos SR's, através de visitas casa a casa. O autor supõe que este é um sistema pouco prático para adotar em grande escala, mas que já é adotado na Coréia. Para assegurar a efetividade na localização ativa dos casos, o problema consiste em garantir que os Sintomáticos Respiratórios que visitam estas unidades sejam examinados adequadamente. Também se atribui que as deficiências do pessoal de saúde são correntes e se pode dizer que, dentre outros motivos, é inerente à falta de formação ou motivação adequada.

Cabe dizer que parece que as ações de localização de casos suspeitos na população de Fortaleza não tem sido satisfatórias, revelando que as metas de examinar Sintomáticos Respiratórios não estão sendo atingidas na sua totalidade. Deve-se prestar mais atenção na identificação de casos sintomáticos na comunidade e a realização do exame de expectoração. Tem-se demonstrado que, mediante uma política ativa na comunidade, realizada sistematicamente, é possível identificar maior número de casos com baciloscopia positiva na população.

Uma das principais debilidades do PCT é a baixa detecção de casos de tuberculose. Para isto, é necessária a presença de um programa intensivo de descoberta de casos, e o paciente Sintomático Respiratório é o ponto focal por onde deve começar esta atividade. Sem dúvida, persistem enormes obstáculos para encontrar a maioria dos Sintomáticos Respiratórios, tais como: difícil acessibilidade aos serviços de saúde; inexistência de uma estrutura dos serviços de saúde onde as ações de tuberculose devem integrar-se; as pobres condições econômicas e as experiências culturais prévias, que têm como conseqüência uma alta proporção de Sintomáticos Respiratórios que permanecem sem que sejam examinados. A taxa de incidência da tuberculose está estreitamente relacionada também com a qualidade da localização de casos e dos exames bacteriológicos.

Sem dúvida, com propósitos epidemiológicos, a baciloscopia é uma ferramenta muito importante para efetuar o método de *screening* dos Sintomáticos Respiratórios e, entre eles, a prevalência de casos de tuberculose pulmonar que são os mais infecciosos. A bacteriologia desempenha uma função - chave no diagnóstico de casos novos de tuberculose, pelo fato de ser um exame estandardizado, relativamente barato e proporciona bastante confiabilidade do resultado.

7 LIMITES DO ESTUDO

Este é um estudo transversal, que estima a prevalência de Sintomáticos Respiratórios em consultantes de serviços de saúde e que, como limitação do seu próprio desenho, não possibilita esclarecer a relação temporal aos eventos. Um limite inerente ao desenho deste estudo é que a amostra não é representativa da população, visto que não foi estimada a prevalência de Sintomáticos Respiratórios na população em geral.

Em relação aos erros sistemáticos, em razão de que, para a seleção aleatória das 12 unidades, as UBASF seriam excluídas em virtude de sua demanda não ser totalmente espontânea, decidimos manter 2 UBASF, no sentido de avaliar a proporção de Sintomáticos Respiratórios encontrada nestas unidades, que têm como estratégia uma prática assistencial em novas bases e critérios, assim como estimar a proporção de Sintomáticos em unidades que realizam atenção básica, atendendo ao modelo tradicional. Entretanto, podemos assegurar que não houve viés da amostra, visto que esta foi selecionada aleatoriamente, e com as mesmas características de cada unidade selecionada.

No desenho deste estudo, não houve necessidade de incrementar na amostra as possíveis perdas e recusas. Isto porque, para a aplicação do questionário, o critério foi permanecer no local da pesquisa, até que se alcançasse o total da amostra, que seria de 100 consultantes para cada unidade. Em razão deste fato, o tempo de permanência nas unidades para aplicação do questionário variou de seis a dezenove dias, e isto, certamente, motivou a duração de seis meses no trabalho de campo. Quanto às recusas, verificou-se no estudo - piloto que a amostra foi composta de 100 consultantes, não havendo apresentado um número significativo de recusas, o que foi confirmado no transcorrer da pesquisa.

8 CONCLUSÕES

- 1 A proporção de Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais em consultantes maiores de 14 anos foi de 6,5%, sendo maior do que a proporção estimada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose.
- 2 A proporção de Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas em consultantes maiores de 14 anos foi de 23.6%.
- 3 A proporção de Sintomáticos Respiratórios entre as 6 Secretarias Executivas Regionais – SER's, variou de 4,5% a 9,5%.
- 4 A proporção de Sintomáticos Respiratórios entre as 12 unidades de saúde oscilou de 4,0% a 13,0%.
- 5 No grupo de Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais de sintomas, 70,5% conferiram ter outros motivos de consulta que não os sintomas respiratórios, entretanto, 29,5% conferiram ter os sintomas respiratórios como motivo de consulta.

- 6 A proporção de Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais foi mais prevalente no estrato etário de 44 a 54 anos e diminuiu conforme maior idade.
- 7 O tempo de duração dos sintomas respiratórios entre consultantes, apresentou proporção maior naqueles que perceberam os sintomas com menos de 1 semana e com 3 semanas e mais.
- 8 A frequência de Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais foi maior entre os homens.
- 9 A tosse mais expectoração foram os sintomas respiratórios referidos com maior frequência no momento da consulta.
- 10 A compreensão da doença foi representada através do comportamento, relacionado às experiências vivenciadas entre os membros da família ou no ambiente social.
- 11 O nível de conhecimento, atitudes e percepção acerca da tuberculose mostrou que as atividades das campanhas educativas foram insuficientes; o usuário apontou algum grau de insatisfação no processo de comunicação e interação junto aos profissionais de saúde no momento da consulta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, J. M.; ASSIS, A. L. **Busca ativa de casos de tuberculose**. Vila Paranoá-DF, 1992. Mimeografado.

ARANTES, G. R.; RUFFINO-NETTO, A. Busca de casos de tuberculose pulmonar. Abreugrafia em sintomáticos respiratórios, seguida de exames bacteriológicos nos suspeitos. **Rev. Saúde Pública São Paulo**, v. 14, p. 185-193, 1980.

ARCINIEGAS, A.; BARERA, M.T.; GUERRERO, E. Prevalencia de Tuberculosis entre los sintomaticos respiratorios que consultan por primera vez en los establecimientos de Salud del Departamento de Risaralda, Colombia. **Bole. Ofic. Sanit. Panam.**, v. 87, n. 6, p. 512- 521, 1979.

ARMENGOL, A.R.; MACHADO, C.B., QUIÑONES, L.R. Encuesta de sintomáticos respiratórios en establecimientos de salud de la zona metropolitana. Caracas. **Gac. Méd. Caracas**, v. 100, n. 2, p. 121-127, 1992.

BARBOSA, L.M.M. **Epidemiologia da Tuberculose. Morbidade e Mortalidade no Ceará no período de 1992 a 1996.** 1997 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Tuberculose.** Fortaleza, v. 3, n. 3, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, 1999. 184p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Bloco de dados:** avaliação das ações - Ceará. Fortaleza, 1992/2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Bloco de dados. **Bloco de dados:** avaliação das ações - Região Nordeste. Fortaleza, 1992/2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde/CENEPI. **Diretrizes para elaboração do plano de ação emergencial.** Brasília, 1994b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reunião de avaliação operacional e epidemiológica do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na década de 80. Documento básico.** Rio de Janeiro, 1993. 90p. Número Especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. SPS/DAB. **Manual técnico para o controle da tuberculose.** Brasília, 2001. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde/SNEPS/DPS/CNCT/NUTES. **Controle da Tuberculose:** uma proposta de integração ensino-serviço. 4. ed. Brasília, 1994a. 174p.

CAPRARA, A. **A antropologia como instrumento de desenvolvimento da saúde coletiva. Seminário:** saúde coletiva. Uma Visão Interdisciplinar. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 1994.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde/CEVIG/SINAN. **Boletim epidemiológico e operacional de tuberculose**. Fortaleza, 2001.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996. **Bol. Pneum. Sanit.**, v.4, n.1, 1996. Edição Especial.

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1.,1997. **J. Pneumol.**, v. 23, n. 6, p. 281- 301, nov./dez, 1997.

CORNEJO,A.L.; FIGUEROA, A.P.; ROMERO, F.P.; CHAPARRON, N.L.; CORTES, P.L.; SILVA, E.; LOPEZ, B.I.M.; MENA, G. Presencia de Sintomaticos Respiratorios adultos en la consulta por morbilidad general.Consultorio Renca. **Bol. Hosp. S. J. de Dios**, v. 32, p. 387, 1985.

COSTA, D.C. Comentários sobre a tendência secular da tuberculose. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 398 – 406, out./dez. 1988.

EMILI, F.; NORMAN, G.R.; UPSHUR, R.E.G.; SCOTT, F.; FOHN, K,R.; SCHMUCK, M.L. Knowledge and practices regarding tuberculosis: a survey of final- year medical students from Canadá,India and Uganda. **Medical Education**, v. 35, p. 530-536, 2001.

ENARSON, D.A.; MURRAY, J. F. **Global epidemiology of tuberculosis**. Cidade: Lippincott Raven Publishers, 1994.

FARGA, V. Tuberculosis, presente y fututo. **Rev. Méd. Chile**, v. 22, p. 1332-1334, 1994.

FARGA, V. **Tuberculosis**. 2. ed. Cidade: Editora, 1992. 319p.

GATTINARA, B.C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C.T.; GIACONI, J.; CAPRARA, A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolívia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1- 14, jul./set. 1995.

GERHARDT, G.; HIJJAR, M.A. Aspectos epidemiológicos da tuberculose no Brasil. **J. Pneumol.**, v. 19, n. 1, p. 4–10, mar. 1993.

HIJJAR, M.A. Controle da tuberculose no Brasil: a estratégia do Plano Emergencial. **Bol. Pneum. Sanit.**, v. 98, n. 5, p. 78-79, 1997.

HIJJAR, M.A. Tuberculose: problema atual. **J. Bras. Med.**, v. 66, n. 3, p. 123, 1994.

KERR-PONTES, L.R.S.; OLIVEIRA, F. A S.; FREIRE, C.A.M. Tuberculose associada à AIDS: situação de Região do Nordeste Brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 323-329, 1997.

LIMA, M.T. **A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas.** 2000. 231p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

MARÍN, M.A.; CHOLULA, C.T.; CASTILLO, R.O. Tuberculosis pulmonar entre sintomáticos respiratórios detectados en las unidades de salud de la SSA, en estado de Tlaxcala, México. **Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.**, v. 12, p.29-34, 1999.

MOGUEL, J.J.S., CUEVAS, M.E.A. Atención del enfermo tuberculoso a nivel comunitario en el estado de Chiapas, México. **Bol. Oficín. Sant. Panam.**, 111,n.5, p.432 – 438, 1991.

MONTANER, L.J.G. Tuberculosis: pasado, presente y futuro. **Bol. Acad. Nac. Med. B. Aires**, v. 75, n. 2, p. 729–739, 1997.

OMS. Estratégias de control e investigación de la tuberculosis en el decenio de 1990: memorandum de una reunión de la OMS. **Bol. Oficín. Sanit. Panam.**, v. 114, n. 6, p. 429–436, Mayo 1993.

OMS. Programa de la OMS de Control de la Tuberculosis. **Bol. Sanit. Panam.**, v. 111, n. 5), **p. 10-15**, 1991.

OMS/OPS. **Guia de enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES.** Washington, 1999a. 31p.

OMS/OPS. **Qué es la estrategia DOTS/TAES?** Ginebra, 1999b. 35 p.

OPAS. El control de la tuberculosis en las Américas. **Boletín Epidemiológico**, v. 19, n.2, p. 1, 1998.

OPAS. La situación de salud en las Américas. **Boletín Epidemiológico**, v. 14, p. 1-16, 1992.

OPS/OMS. **Reunión Regional de Directores Nacionales de Programas de Control de la Tuberculosis:** informe final. Ecuador, 1997.

PERINI, E. **O abandono do tratamento da tuberculose:** transgredindo regras, banalizando conceitos. 1998. 218p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

PIÑATE, F.M.; IRIARTE, T.M. La tuberculosis de hoy. **Gac. Med.Caracas**, v. 104, n. 1, p. 26-31, Marzo 1996.

PIO, A. El futuro de la lucha antituberculosa: problemas e perspectivas. **Boletim de la Unión Internacional Contra a Tuberculosis**, v. 58, p. 192 - 197, 1983.

ROSEMBERG, J. Tuberculose atual no mundo e no Brasil. *Pneumologia Paulista*. **Bol. Soc. Paul. Pneumol. Tisiol.**, v. 3., n. 4, p. 1- 5, ago. 1995.

ROSEMBERG, J. **Tuberculose:** panorama global. *Ôbices para o seu Controle.* Fortaleza, 1999. 123p. Mimeografado.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil. Atividades implementadas em 1999. **Bol. Pneum. Sanit.**, v. 7, n. 2, p. 58–66, jul./dez. 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Bol. Pneum. Sanit**, v. 7, n. 1, p. 7-18, jan./jun. 1999.

RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose**. São Paulo, 1987. Mimeografado.

RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J.C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida;o caso do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Debate**, v. 12, p. 27-34, 1981.

RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J.C. O Processo saúde-doença e suas interpretações. **Medicina**, v. 15, n. 1/2, p. 1-4, 1982.

SILVA, F.C.; OLIVEIRA, S.M.; BOTELHO, L.J. Epidemiologia da tuberculose no Estado de Santa Catarina. **Arq. Catarinenses Med.**, v. 19, n. 2, p. 113-120, abr./Jun. 1990.

STOTT, H.; PIO, A.; LEOWSKI, J.; DAM, H.G. **Control de la tuberculosis**: situacion atctual. Resumen de las opiniones de agentes participantes en programas de control de la tuberculosis en el mundo. Washington: OMS/TB, 1982.

STYBLO, K. **Epidemiologia de la tuberculosis**. Washington: OPS/OMS, 1984.

TANIMOWO, M.O. Knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis among senior secondary school students. **East African Med. J.**, v. XX, p. 47- 50, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION TB - World Health, 94; 177.

YAÑEZ, A.; VARGAS, M. La tuberculosis en el mundo, história antigua, problema actual. **Salud Publica Méx.**, v. 6, n. 3, p. 261- 267, Mayo/Jun. 1982.

ZULUAGA, L.; BETANCUR, C.; ABAUNZA, M.; LONDOÑO, J. Prevalencia de Tuberculosis y enfermedad respiratoria en personas mayores de 15 años de la comuna Nororiental de Medellín, Colombia.. **Bol. Oficín. Sant. Panam.**, v. 111, n. 5, p. 406- 412, 1991.

ANEXOS

ANEXO 1 - FICHA DE DETECÇÃO DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (FDSR)

INVESTIGAÇÃO PARA ESTIMAR A PROPORÇÃO DE
SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NA DEMANDA
QUE BUSCAM ATENDIMENTO NOS S.SAÚDE.

Entrevistador, antes de iniciar as perguntas, faz-se necessário:

- ◆ Apresentar-se, dizendo a instituição a qual está vinculada, à fim de favorecer a aceitação e credibilidade do entrevistado.
- ◆ Explicar quais são os objetivos da pesquisa de forma clara e precisa.
- ◆ Ressaltar a importância da sua escolha e participação para a pesquisa.
- ◆ Garantir a anonicidade e o sigilo sobre a autoria e o conteúdo das respostas.
- ◆ Adotar o vocabulário ao nível de instrução do entrevistado, utilizando palavras mais usuais até conseguir ter compreensão completa da pergunta.

- ◆ Dê instrução depois de cada pergunta. Ao final da entrevista retire dúvidas.
- ◆ Resumir a resposta do entrevistado e classifique na opção adequada.

ANEXO 2 - FICHA DE DETECÇÃO DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (FDSR)

INVESTIGAÇÃO PARA ESTIMAR A PROPORÇÃO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NA DEMANDA DE QUE BUSCAM ATENDIMENTO NOS S.SAÚDE.

I. DADOS PESSOAIS :

DP.1. Nº FICHA _____ DP.2. DATA ___/___/___
 DP.3. ENTREVISTADOR _____ DP.4. SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL _____
 DP.5. UNIDADE SAÚDE _____

DP1 _____
 DP2 ___/___/___
 DP4 _____
 DP5 _____

II. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS :

DD.1. NOME _____
 DD.2. ENDEREÇO _____ Nº _____
 BAIRRO _____ CIDADE _____
 REFERÊNCIA _____
 TELEFONE _____
 DD.3. DATA DO NASCIMENTO ___/___/___ DD.4. IDADE _____
 DD.5. SEXO 1-M () 2-F ()

BAIRRO: _____
 DD3: ___/___/___
 IDADE: _____
 SEXO _____

DD.6. Você já frequentou a escola?
 0 () Não
 1 () Sim → DD61. Você estudou até que série? _____ Série do _____
 alfabetização () primário () ginásio () científico ()

DD6 _____
 SERIE _____
 GRAU _____
 ESCOLA _____

DD7. RENDA FAMILIAR:

DD7.1. Quantas pessoas trabalham em casa? (Colocar só o primeiro nome incluindo o do entrevistado)	Grau de parentesco	DD7.2. Qual a renda mensal de cada?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

DD72.1 _____
 DD72.2 _____
 DD72.3 _____
 DD72.4 _____
 DD72.5 _____
 DD7T _____
 DD8 _____
 DD9I _____
 DD9T _____
 DD9QDS _____

DD7.TOTAL: _____
 DD.8. O sr./sra trabalha em que? _____
 DD.9. Horas trabalhadas:
 Dia: início _____ término _____
 Quantos dias na semana _____

DD.10. Quantos compartimentos tem a sua casa? _____
DD.11. Quantas pessoas moram em sua casa? _____

DD10 _____
DD11 _____

III. MOTIVO DA CONSULTA:

MC1. Eu gostaria de saber se quando o sr./sra. Começa a sentir alguma coisa de errado com a sua saúde o sr. / sra. costuma tentar resolver seu problema **antes** de procurar o posto de saúde ou o médico?

MC1 _____

0 () NÃO

1 () SIM → MC1A. Porque? _____

MC1A _____

MC2. Porque o sr / sra. veio ao Posto de Saúde para se consultar?

MC2 _____

MC2: _____

MC3. Faz quanto tempo que o sr./ sra. vem sentindo este problema de _____ ?
(motivo que foi se consultar).

MC3 _____

Faz _____ dias / semanas / mês.

MC3DSM _____

MC4. Agora eu gostaria de saber se o sr./ sra. já procurou ajuda antes de vir a este posto de saúde devido estar com _____? (motivo da consulta).

MC4 _____

0 () NÃO

1 () SIM → Se SIM

SIM

SIM

1. () Hospital
2. () Em outro posto de saúde
3. () Associação Comunitária

6. () Rezadeira
7. () Médico
8. () Agente de saúde

MC41 _____

MC42 _____

MC43 _____

MC44 _____

4. () Farmácia

9. () Familiares

MC45 _____

5. () Posto do PSF

10. () Amigos

MC46 _____

MC47 _____

MC48 _____

MC49 _____

MC410 _____

MC5. O sr./ sra. tem algum outro tipo de doença que faz acompanhamento com o médico?

MC5 _____

0 () NÃO

1 () SIM → MC5A. Qual? _____

MC5A _____

MC6. O sr./sra. usa algum remédio para esta doença?

MC6 _____

0 () NÃO

1 () SIM → MC6A. Qual o remédio que o sr. / sra. Toma? _____

MC6A _____

MC7. Agora por último, o sr./ sra. tem apresentado tosse?

MC7 _____

0 () NÃO

1 () SIM → MC7A. Faz quanto tempo que o sr. / sra. vem apresentando tosse?

MC7A.DSM _____

Faz _____ dias / semanas / mês.

MC8. Agora por último, o sr. / sra. tem apresentado catarro no peito?

MC8 _____

0 () NÃO

1 () SIM → MC8A. Faz quanto tempo que o sr. / sra. vem apresentando catarro no peito? Faz _____ dias / semanas / mês

MC8A.DSM _____

MC9. Agora por último, o sr. / sra. tem apresentado escarro com sangue?

MC9 _____

0 () NÃO

1 () SIM → MC9A. Faz quanto tempo que o sr. / sra. vem apresentando escarro com sangue? Faz _____ dias / semanas / mês.

MC9A.DSM _____

Se tiver **tosse e catarro** classifique o entrevistado em :

MC10. SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR) : SIM () NÃO ()

MC10 _____

IV. CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA :

CD1. O sr./sra. já ouviu falar sobre tuberculose?

CD1 _____

0 () NÃO

1 () SIM

CD2. Como o sr./sra. ficou sabendo alguma coisa sobre a tuberculose? _____

CD2 _____

CD3. O sr./sra já recebeu alguma informação sobre tuberculose aqui neste posto de saúde?

CD3 _____

0 () NÃO

1 () SIM

CD4. Na sua opinião como é que a gente pega tuberculose? CD4. _____ CD4. _____	CD4_____
CD5.O sr. / sra. sabe o que uma pessoa sente quando está com tuberculose? 0 () NÃO 1 () SIM → CD5A _____ CD5A _____	CD5_____
CD6. O sr. / sra. tem entendimento ou não, que toda pessoa que tem tosse e catarro há mais de 03 semanas deve fazer o exame para tuberculose? 0 () NÃO 1 () SIM → Qual é o exame que deve fazer? CD6A. _____ Aonde deve fazer este exame? CD6B. _____	CD6_____
CD7. Alguma vez o sr./ sra. já teve tosse e catarro há mais de 3 semanas? 0 () NÃO 1 () SIM → CD7A. Quantas vezes? _____	CD7_____
CD8. Na sua opinião se o sr. / sra. vier a apresentar tosse e catarro há mais de tres semanas, o sr./sra. procuraria algum posto de saúde para fazer o exame de tuberculose? 0 () NÃO→ Porque?CD8A _____ CD8A _____ 1 () SIM	CD8_____
CD9. O sr. / sra. tem medo de pegar tuberculose? 0 () NÃO 1 () SIM →CD9A.Porque?_____	CD9_____
CD10. O sr. / sra. acha ou não que a tuberculose tem cura? 0 () NÃO 1 () SIM → CD10A . Como cura? _____	CD10_____
CD11. O sr./sra costuma seguir à risca o que é determinado pelo médico? 0 () NÃO→ CD11A.Porque?_____	CD11_____
1 () SIM	CD11A_____
CD12. O sr./sra. saberia dizer como se faz para tratar uma pessoa com tuberculose? 0 () NÃO 1 () SIM → CD12A . Como é? _____	CD12_____
CD13. O sr./ sra. saberia dizer ou não quanto tempo dura o tratamento para tuberculose? 0 () NÃO 1 () SIM → CD13A.Dura _____ dias /semanas /meses /anos.	CD13_____
CD14. O sr./sra. saberia dizer o que pode acontecer com uma pessoa que abandona o tratamento para tuberculose? 0 () NÃO 1 () SIM →CD14A. O que acontece?_____	CD14_____
CD15. Na sua opinião o sr./sra acha ou não que as pessoas costumam parar de tomar os remédios antes do tempo estabelecido pelos médicos? 0 () NÃO 1 () SIM →CD15A.Porque?_____	CD15_____
CD16. O sr./sra. acha que tomar remédio todo dia durante 06 meses atrapalha muito o dia a dia da pessoa ? 0 () NÃO. 1 () SIM.CD16A Porque? _____	CD16_____
CD17. O sr./sra faria um tratamento que precisasse tomar mais de 01 comprimido todos os dias durante 06 meses? 0 () NÃO.CD17A. Porque? _____ 1 () SIM	CD17_____
CD18. Alguém da sua família já teve tuberculose? 0 () NÃO 1 () SIM → CD18A. Quem? _____ CD18B. Há quanto tempo?_____	CD18_____
CD19. Esta pessoa mora / morou com o sr? 0 () NÃO 1 () SIM→CD19A. Quais os cuidados que o sr. / sra. teve para não pegar a doença?	CD19_____
	CD19A_____

CD19A. _____
CD19A. _____

CD20. O sr. / sra. já teve tuberculose antes?

0 () NÃO

1 () SIM → CD20.A. Há quanto tempo? Faz _____ dia/ semana / mês / ano

CD20 _____

CD20A.DSMA ____

CD21. No caso do sr. / sra adoecer de tuberculose teria ou não coragem de contar a alguém que estaria com a doença?

0 () NÃO

1 () SIM → CD21A. A Quem? _____

CD21 _____

1.familiares (pai,mãe,irmão,filhos) ()

2.parente ()

3.amigos ()

4.colegas de trabalho ()

5.vizinhos ()

6.médico/enfermeiro ()

CD21A1

CD21A2

CD21A3

CD21A4

CD21A5

CD21A6

VIII. LEVANTAMENTO DE ATITUDES:

LA1. Na sua opinião, é importante uma pessoa que tem tosse e catarro há mais de 03 semanas procurar o posto de saúde para fazer o exame para tuberculose?

0 () NÃO

1 () SIM → LA1A.

1. Muito importante () 2. Pouco importante () 3. Sem importancia ()

LA1 _____

LA1A _____

LA2. O sr./sra. gosta de ir ao médico?

1. Gosta () 2. Não gosta () 3. Nem gosta nem desgosta

LA2 _____

LA3. O que o sr./sra. acha da consulta com o médico?

1. Boa () 2. Ruim () 3. Nem boa nem ruim ()

LA3 _____

LA4. O que o sr./sra. acha dos conselhos dados pelo médico?

1. Bom () 2. Ruim () 3. Nem bom nem ruim ()

LA4 _____

LA5. Como o sr./sra. se sente quando vai ao médico?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA5 _____

LA6. Como o sr./sra. se sentiria tendo que ir ao médico 01 vez no mes durante 06 meses para se consultar ?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA6 _____

LA7. Como o sr./sra. se sentiria tendo que ir ao médico de 02 em 02 meses durante 06 meses para fazer exame de escarro?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA7 _____

LA8. O sr./sra. gosta de tomar remédio?

1. Gosto () 2. Não gosto () 3. Nem gosto nem desgosto ()

LA8 _____

LA9. Como se sente quando tem que tomar um remédio passado pelo médico?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA9 _____

LA10. Como o sr./sra. se sentiria na possibilidade de ter que parar de beber bebida alcóolica, para poder tomar um remédio passado pelo médico?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA10 _____

LA11. Como o sr./sra. se sentiria diante da possibilidade de tomar mais de 01 remédio todo dia durante 06 meses de tratamento?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA11 _____

LA12. Na sua opinião a tuberculose é uma doença:

1. Muito séria () 2. Séria () 3. Não é tão séria ()

LA12 _____

LA13. Como o sr./ sra. se sentiria se soubesse que estava com tuberculose?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA13 _____

LA14. Como o sr./ sra. se sentiria, sabendo que um familiar seu está com tuberculose?

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

LA14 _____

LA15. Como o sr. / sra. se sentiria se estivesse perto de uma pessoa que está com tuberculose?

LA15 _____

1. Bem () 2. Mal () 3. Nem bem nem mal ()

IX. PERCEPÇÃO DO DOENTE ACERCA DO ATENDIMENTO NA U.S.:

PA.1. Quantas vezes nos últimos dois meses o sr. / sra. procurou o Serviço de Saúde?
PA.1 _____ vezes.

PA1 _____

PA.2. Quanto tempo você espera cada vez que foi atendido nesta Unidade desde a hora que pega a ficha até ser consultado?

1º vez _____ minutos / horas.

2º vez _____ minutos / horas.

3º vez _____ minutos / horas.

PA2.1º _____

PA2.2º _____

PA2.3º _____

PA.3. Quanto tempo você leva para vir de sua casa até esta Unidade? _____ minuto/hora

PA3M _____

PA3H _____

PA4 _____

PA.4. De que forma você vem de casa até a Unidade de Saúde? _____

PA.5. O Sr. já foi atendido por alguém neste posto?

0 () NÃO

1 () SIM → PA5A . Por quem? _____

PA5 _____

PA5A _____

PA6. O que o sr./ sra. Achou do atendimento?

1. Bom () 2. Ruim () 3. Nem bom nem ruim ()

PA6 _____

PA.7. Porque o sr./ sra. Acha que **não** foi bem atendido? _____

PA7 _____

PA.8. Porque o sr./ sra acha que **foi** bem atendido? _____

PA8 _____

PA.9. Quanto tempo o sr. Demorou no atendimento? _____ minutos / horas.

PA9M _____

PA9H _____

PA10. Foi suficiente?

0 () NÃO → PA10A . Porque? _____

1 () SIM → PA10B . Porque? _____

PA10 _____

PA10A _____

PA10B _____

PA11. As explicações que lhe foi dada sobre a :

	1. Difícil	2. Fácil	3. Nem difícil nem fácil
Doença			
Como faz o tratamento			
Como tomar o remédio			

PA11D _____

PA11CFT _____

PA11CTR _____

PA.12. Se o sr./sra. tiver algum outro tipo de doença que esta unidade resolva o seu problema, o sr. procuraria novamente este posto de saúde para se consultar?

0 () NÃO → PA12A . Porque? _____

1 () SIM → PA12B . Porque? _____

PA12 _____

PA12A _____

PA12B _____

ARTIGO

PREVALÊNCIA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NOS CONSULTANTES DE PRIMEIRA VEZ NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.

RESUMO

A tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública. A morbidade e mortalidade por todas as formas de apresentação da doença tem aumentado nos últimos anos.

Os Sintomáticos Respiratórios (SR's) têm papel importante como indicadores de programação das ações de controle. No presente trabalho, foi efetuado um estudo transversal, com o objetivo de conhecer o percentual de SR na população maior de 14 anos, que demanda os Serviços de Saúde em Fortaleza. Os resultados mostram que, do total de 1200 consultantes, 23,58% são SR's com qualquer tempo de duração dos sintomas e 6,50% com o tempo de 3 semanas e mais. O percentual de SR's variou de 4,5% a 9,5% nas diferentes regiões de Fortaleza, bem como variou de 5,1% a 20,5% em diferentes grupos etários. Dos SR's detectados com sintomas de 3 semanas e mais, 70,5% procuraram o centro de saúde por outras razões que não os sintomas respiratórios.

Descritores: Doenças respiratórias / Epidemiologia, Tuberculose, Prevalência.

ABSTRACT

The Tuberculosis is still a serious Public Health problem. The Morbidity and Mortality for all the forms of the diseases has been increasing in the last years.

The Respiratory Symptomatic (RS) have an important role as indicators of the programmatic control actions. In the present work a transversal study was carried out. study, aiming to determine the percentage of SR in the population older than 14 years old that seek the Public Health Services in Fortaleza. The results demonstrate that a total of 1200 patients, 23,58% were RS with any time of duration of the symptoms and 6,50% with the time of 3 weeks or more. The percentage of RS ranged from 4,5% to 9,5% in the different regions of the Fortaleza City, as well as from 5,1% to 20,5% in different age groups. From the detected RS with symptoms of 3 weeks of duration time or more, 70,5% went to the Health Center for reasons other than respiratory symptoms.

Key words: Respiratory diseases / epidemiology, Tuberculosis, Prevalence.

1 INTRODUÇÃO

A soma de conhecimentos de natureza clínica e epidemiológica sobre tuberculose é bastante grande. Contudo a magnitude do problema continua alta no Brasil e no mundo. Isto implica novos estudos operacionais, na tentativa de aumentar o impacto dos Programas de Controle da Tuberculose - PCT.

A descoberta de casos e seu tratamento deve ser a primeira prioridade dos programas de controle da tuberculose em países em desenvolvimento. O Programa Nacional de Tuberculose, tem como uma das estratégias para descoberta de casos, identificar Sintomáticos Respiratórios (SR's) com 3 semanas e mais de duração dos sintomas. O percentual de SR's em consultantes dos serviços de saúde, constitui indicador operacional fundamental para as avaliações e a programação de atividades de controle da tuberculose.

No município de Fortaleza, assim como no resto do país, para programar as atividades de descoberta de casos de tuberculose, se utilizam parâmetros de programação com base na estimativa de SR's nos consultantes. Apesar da recomendação do Programa Nacional, pouquíssimas investigações foram realizadas no Brasil com o propósito de conhecer a proporção de SR's em consultantes de serviços de saúde.

Em virtude de não se dispor, de nenhum estudo nesta temática compreendendo o Município de Fortaleza e em razão da escassa produção em literatura nacional, esta pesquisa propõe contribuir para a Coordenação Nacional do Programa de Controle da Tuberculose, fornecendo-lhe a proporção de SR's, na tentativa de definir indicadores mais adequados, seguros e específicos para o planejamento, avaliação dos programas e para a vigilância da endemia.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, do tipo inquérito populacional, para determinar a proporção de Sintomáticos Respiratórios (SR's) na população de Fortaleza, os consultantes, maiores de 14 anos que demandam atendimento em 12 serviços de saúde. Foi aplicado um questionário que continha os dados pessoais, características sociodemográficos, motivo da consulta, conhecimento sobre a tuberculose, atitudes acerca da tuberculose e percepção do paciente acerca do atendimento na unidade de saúde. A aplicação do questionário foi realizada durante o horário de atendimento dos serviços que realizam atendimento nas especialidades básicas de saúde, tendo como entrevistadora a pesquisadora e duas auxiliares técnicas durante o período de 06 meses, de 21 de junho a 29 de novembro de 2001.

Se definiu como SR o indivíduo maior de 14 anos que apresentasse tosse e expectoração com 3 semanas e mais de duração.

O município de Fortaleza é administrativamente dividido em seis Secretarias Executivas Regionais – SER's, as quais foram tomadas como marco amostral e dentro delas, se considerou os serviços com atendimento nas especialidades básicas de saúde. Dentre os 78 centros de saúde, foi realizado um sorteio casual de duas unidades de saúde para cada SER. Em uma estimativa preliminar, obteve-se uma prevalência de 7% de SR's, de forma que esta foi a proporção antecipada para

efeito do cálculo da amostra deste estudo. Para estimar uma prevalência de 7%, com um intervalo de confiança variando de 5,62 a 8,55, o tamanho amostral foi de 1200 consultantes. Este intervalo de confiança corresponde a um erro relativo de aproximadamente 20%.

Se excluíram da pesquisa as unidades básicas do Programa de Saúde da Família – PSF; a demanda de hospitais; o C.S.D. Libania pelo fato de este serviço ser Referência para o Atendimento ao Programa da Tuberculose; e pacientes em tratamento de tuberculose e hanseníase. Os dados foram registrados em um banco de dados informatizado (Epi-Info Versão 6.04). A prevalência de SR's foi calculada como sendo o número de indivíduos com sintomas respiratórios, dividido pelo total de indivíduos investigados. O intervalo de confiança foi calculado, usando-se a aproximação da distribuição da binomial pela distribuição normal.

3 RESULTADOS

Inicialmente, calculamos a prevalência de Sintomáticos Respiratórios entre os consultantes (Tabela 1). De um total de 1200 consultantes maiores de 14 anos, foi observado que 23,58% (IC 95%: 21,24 – 26,04) eram Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas. Outrossim 6,5% (IC 95%: 5,21 – 8,0) eram Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais.

Tabela 1. Prevalência de Sintomáticos Respiratórios numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001.

Sintomático Respiratório, segundo a duração dos sintomas	Total de consultantes	Sintomáticos Respiratórios		
		N	%	I.C. 95%
Com qualquer duração	1200	283	23,58	21,24 – 26,04
Com 3 semanas ou mais	1200	78	6,50	5,21 – 8,00

Estimamos o percentual de Sintomáticos Respiratórios, com 3 semanas ou mais, que procuraram o centro de saúde por causa de sintomas respiratórios

(Tabela 2). Apenas 29,5% do referido grupo procuraram o centro de saúde com queixas de sintomas respiratórios, por outro lado, 70,5%, procuraram o centro de saúde por outros motivos que não sintomas respiratórios.

Tabela 2 . Prevalência de Sintomáticos Respiratórios com pelo menos 3 semanas ou mais de duração, segundo o motivo da consulta, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza – Ceará, 2001.

Motivo da Consulta	Sintomático Respiratório com 3 semanas e mais				Total de Consultantes	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Sintomas Respiratórios	23	29.5	105	9.4	128	10.7
Outros Motivos	55	70.5	1017	90.6	1072	89.3
Total	78	100.00	1122	100.00	1200	100.00

Apresentamos a proporção de Sintomáticos Respiratórios segundo idade (Tabela 3). Observamos que a proporção de Sintomáticos Respiratórios diminuiu conforme maior idade, predominantemente nos idosos de 64 anos e mais. Adicionalmente, os dados sugerem que a proporção de Sintomáticos Respiratórios

com qualquer duração dos sintomas foi maior na faixa etária de 14 a 33 anos, todavia, nos Sintomáticos Respiratórios de 3 semanas e mais, a maior proporção foi no estrato etário de 44 a 53 anos.

Tabela 3. Distribuição de Sintomáticos Respiratórios (S.R's), segundo idade, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

Faixa Etária	Sintomáticos Respiratórios			
	Sintomático Respiratório com qualquer duração dos sintomas		Sintomático Respiratório com 3 semanas e mais	
	Nº	%	Nº	%
14 — 24	66	23.3	12	15.4
24 — 34	65	23.0	12	15.4
34 — 44	45	15.9	14	18.0
44 — 54	41	14.5	16	20.5
54 — 64	34	12.0	14	18.0

64 — 74	26	9.2	6	7.7
74 e mais	6	2.1	4	5.1
TOTAL	283	100.00	78	100.00

Estimamos a distribuição dos consultantes, segundo a ocorrência de sintomas respiratórios e sua duração (Tabela 4). Observou-se que, entre os 1200 consultantes, 23,6% foram classificados como Sintomáticos Respiratórios (SR's). Notamos que os SR's com 3 semanas e mais e os SR's com menos de 1 semana estavam distribuídos em proporções semelhantes; entretanto, entre estes grupos, a frequência foi maior do que para os SR's com 2 semanas de sintomas. Todavia, este resultado sugere que os sujeitos que identificaram os sintomas respiratórios com menos de 1 semana buscaram consulta mais precocemente do que os que perceberam os sintomas com 3 semanas e mais.

Tabela 4. Distribuição de consultantes, segundo a ocorrência de sintomas respiratórios e sua duração, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

SR	Duração dos sintomas	N	%
SIM	<1 semana	77	6.4
	1- 2	67	5.6
	2- 3	61	5.1
	>= 3	78	6.5

NÃO	917	76.4
TOTAL	1200	

Investigamos a distribuição de Sintomáticos Respiratórios por sexo (Tabela 5). Entre os Sintomáticos Respiratórios, verificamos maior proporção entre as mulheres. Adicionalmente, os dados sugerem que o tempo de duração dos sintomas respiratórios entre os homens foi maior entre os que apresentaram sintomas em menos de 1 semana. Por outro lado, entre as mulheres a maior frequência de sintomas respiratórios foi entre as que manifestaram sintomas com 3 semanas e mais.

Tabela 5. Distribuição dos Sintomáticos Respiratórios segundo o gênero, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

S.R	Sexo			
	Homens		Mulheres	
	Nº	%	Nº	%
<1 semana	17	34.7	60	25.6
1 semana	11	22.5	56	23.9
2	6	12.2	55	23.5
>= 3	15	30.6	63	26.9

TOTAL	49	100.00	234	100.00
--------------	-----------	---------------	------------	---------------

Igualmente, estimamos a proporção de Sintomáticos Respiratórios entre as 6 SER's (Tabela 6). Entre os consultantes Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais, observamos que a maior proporção do referido grupo foi na SER I. Enquanto isso, a menor proporção de Sintomáticos Respiratórios foi na SER V; adicionalmente, entre os Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas, a maior proporção foi observada na SER VI; por outro lado, a menor proporção de Sintomáticos Respiratórios foi observada na SER III.

Tabela 6. Distribuição de Sintomáticos Respiratórios, segundo Secretarias Executivas Regionais–SER's, numa amostra aleatória de consultantes da Rede Básica de Saúde, do Município de Fortaleza- Ceará, 2001.

SER	Nº de consultantes	Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais		Sintomáticos Respiratórios com qualquer duração dos sintomas	
		Nº	%	Nº	%
SER I	200	19	9.5	50	25.0

SERII	200	12	6.0	52	25.9
SERIII	200	12	6.0	38	19.1
SER IV	200	11	5.5	47	23.5
SER V	200	9	4.5	44	22.0
SER VI	200	15	7.5	52	26.0
TOTAL	1200	78	6.5	283	23.6

4 DISCUSSÃO

Neste estudo, identificamos numa amostra aleatória de 1200 consultantes, com 14 anos ou mais de idade, que buscaram os serviços de saúde, a proporção de 6,5% de Sintomáticos Respiratórios com 3 semanas e mais (SR2), apresentando-se maior do que a proporção estimada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (5%).

Entre os inquéritos nacionais, a proporção de Sintomáticos Respiratórios obtida neste estudo não foi compatível com a proporção encontrada por Arantes & Ruffino – Netto (1980) 4,3% e por Amarante et al., 1992 (2,9%).

Considerando os estudos realizados na América Latina, ressaltamos que a proporção encontrada em nosso estudo apresentou-se maior do que a encontrada por Marín et al.,(1999) 3,6% e por Armengol et al., (1992) 4,5%. Por outro lado, a proporção que constitui nosso estudo mostrou ser bem menor do que a encontrada por Cornejo et al., (1985) 16% e também por Arciniegas et al., (1979) 12,6%.

Um achado que consideramos importante ressaltar foi a grande variação da proporção de sintomáticos respiratórios entre as 6 SER's, onde verificamos 4,5% na SER V, enquanto observamos 9,5% na SER I. De acordo com estes dados, evidenciamos que as diferentes proporções de Sintomáticos Respiratórios obtidas nas unidades de saúde localizadas nessas SER's, contribuiu para estes achados, devendo, portanto, ser feitas algumas considerações com relação as estas unidades, pois pode-se observar que, na SER I, a proporção entre as duas unidades foi de 6,0% e 13,0% e, na SER VI, a proporção foi de 6,0% e 9,0% respectivamente . Também constatamos que, nas demais regionais e unidades selecionadas, a proporção mostrou variação de 5 a 7%. Estes achados se aproximaram da proporção (5%) estimada pelo PCT .

Na SER I, entre as duas unidades de saúde, notamos diferenças importantes, referentes à organização dos serviços e nas estratégias para a identificação de Sintomáticos Respiratórios, que possivelmente vêm a influenciar consideravelmente na implementação das ações para a identificação destes sujeitos.

A unidade de saúde que teve uma proporção de Sintomáticos Respiratórios de 6,0% atende ao modelo tradicional e tem na sua estrutura administrativa uma equipe multiprofissional grande, composta de 24 profissionais, incluindo os agentes de saúde.

Nesta unidade, o PCT está implantado, a baciloscopia é realizada no laboratório local, que também é referência laboratorial para a SER I. Chamou-nos atenção o fato de que, sendo esta uma unidade de referência, para a realização da baciloscopia para todas as unidades da Regional, verificamos que, no período de

janeiro a agosto de 2001, foram examinados e registrados, em média, somente 170 Sintomáticos Respiratórios.

Isto evidencia, sem dúvida, que não está se dando uma efetiva busca de sintomáticos, na forma ativa e/ou na forma passiva, visto que, quando fizemos uma projeção de programação quanto à meta de examinar Sintomáticos Respiratórios para a população de 368.674 habitantes desta regional, a estimativa seria examinar 3 687 Sintomáticos Respiratórios.

Por conseguinte, a segunda unidade selecionada da SER I mostrou uma proporção de 13,0%. Nesta, o Programa Saúde da Família (PSF) está implantado e desenvolve ações do PCT há três meses, tendo sido as equipes recém - treinadas. Outra peculiaridade importante, só observada nesta unidade, é que os agentes de saúde, ao identificarem os Sintomáticos Respiratórios em suas visitas domiciliares, já entregam o pote de coleta para o escarro, orientando como fazer a coleta da amostra, indicando-lhes à procura pela unidade básica do Programa de Saúde da Família a fim serem examinados.

Algumas considerações devem ser assinaladas também para a SER VI, onde verificamos, também, proporções diferentes. Uma unidade mostrou 6,0%, enquanto na segunda unidade a proporção foi maior – 9,0%.

Ambas as unidades de saúde desta Regional tem localizações distintas. Uma está localizada em área mais central e a outra situada em área periférica. Apesar de que ambas não têm PSF implantados, diferem bastante na composição da equipe, visto que a mais próxima do centro urbano tem 30 profissionais e mais 17 agentes de saúde. A outra, localizada mais na periferia, tem no seu quadro somente 08 profissionais e mais 04 agentes de saúde. Neste estudo, ficou mostrado que, quanto mais a unidade de saúde se distancia do centro da Cidade, observa-se, claramente, uma grande demanda reprimida. Esta observação se faz pertinente, para todas as seis regionais de saúde, sendo corroborada pelos gerentes de serviços. Quando em conversas informais acerca desta situação, estes profissionais apontavam ser esta uma das dificuldades na administração do serviço.

Na abordagem dos agentes de saúde na identificação dos Sintomáticos Respiratórios na comunidade, observam-se também diferentes condutas. Em um dos centros de saúde, os agentes de saúde não foram treinados, conseqüentemente, é possível que estejam emitindo informações inadequadas, como relatado em conversa informal, em que alguns destes profissionais consideram Sintomático Respiratório o indivíduo que apresenta tosse e febre há um mês.

A partir dessas observações, podemos perceber que na unidade localizada em área mais periférica e com a abordagem inadequada para identificar os Sintomáticos Respiratórios, a proporção de Sintomáticos Respiratórios se mostrou menor : 6%.

Considerando ser indispensável identificar o Sintomático Respiratório através do motivo da consulta que o levou a buscar atendimento, observamos que a doença respiratória representou em maiores de 14 anos um importante motivo de consulta (10,7%). Além do mais, 89,3% foram à consulta referindo outros motivos. A proporção encontrada neste estudo foi maior do que aquelas encontradas por Arciniegas et al., (1979) 7,4%, naqueles que manifestaram haver buscado consulta por ter sintomas respiratórios, e 89,6% nos que buscaram atendimento por outros motivos; e por Marín et al., (1999) 4,8%, para os sujeitos que buscaram atendimento por motivos respiratórios e 95,2% para os que recorreram ao atendimento por outros motivos. Bem assim, a proporção de Sintomáticos Respiratórios, em nosso estudo, apresentou-se bem menor do que a encontrada por Armengol et al., (1992) em consultantes das emergências e triagem de 06 grandes hospitais, onde 18,4% consultaram-se por sintomas respiratórios e 81,6% manifestaram doenças não respiratórias, sugerindo que, quando o atendimento ocorre em hospitais de emergência, esta proporção já se mostra bem mais elevada.

Em nosso estudo, constatamos que, entre os 78 Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais, foi verificada alta proporção 29,5% dos que, de fato, buscaram consulta, em virtude de queixas de sintomas respiratórios; entretanto 70,5% procuraram o atendimento, tendo como motivo principal da consulta não os sintomas respiratórios e sim por outros motivos de queixas.

Foi verificada, também, uma proporção alta de Sintomáticos Respiratórios 23,6% entre consultantes dos serviços de saúde, quando não consideramos o tempo de duração dos sintomas.

Nesta pesquisa, por conseguinte, os dados apontam que, entre os consultantes, foram constatadas diferenças no tempo de evolução dos sintomas de tosse e expectoração. Foram entrevistados 1200 consultantes, encontrando-se: 77 (6,4%) que perceberam os sintomas com menos de 1 semana; 67 (5,6%) com o tempo de 1 a 2 semanas; 61 (5,1%) com sintomas de 2 a 3 semanas; 78 (6,5%) com três semanas e mais de evolução. Este achado não foi compatível com a encontrada por Marín et al., (1999), que encontraram entre SR's 56,3% em menos de uma semana e 20,4% no período maior de três semanas; e por Arciniegas et al., (1979), que apresentaram 10,8% no período de menos de uma semana, e 47,5% no tempo de 3 semanas e mais.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de uma reflexão quanto à definição de Sintomático Respiratório adotada pelo Programa Nacional, que define ser qualquer indivíduo que apresente tosse e expectoração há tres semanas e mais. Na prática, se torna difícil limitar este tempo, conforme comprovamos neste estudo, em que seria excluída uma proporção tão elevada de sujeitos que certamente não seriam identificados como Sintomáticos Respiratórios na busca de localização de casos de tuberculose.

Observamos, também que, entre os Sintomáticos Respiratórios com três semanas e mais, a proporção mais predominante (20,5%) está no estrato etário de 44 a 53, tendo significativa diminuição (5.1%) entre os sujeitos com maior idade.

De acordo com os nossos achados, entre o total de Sintomáticos Respiratórios, evidenciamos uma proporção maior (82,3%) nas mulheres do que nos homens (17.3%). Este resultado é compatível com o encontrado por Cornejo et al.,(1985) – 58,7%, nas mulheres, e 41,3% para os homens - embora não coincidindo com Arciniegas et al., (1979), que, contrariamente encontraram maior proporção (14,7%) nos homens do que nas mulheres (11,4%).

A localização de casos é parte crucial no Programa de Controle. Como já citamos, em sua grande maioria, os casos são identificados nas visitas espontâneas aos serviços de saúde. Uma debilidade inerente a este método passivo de localização de casos, é que depende completamente de que os pacientes sejam conscientes de que estão doentes e se sintam suficientemente motivados a procurarem ajuda nos serviços de saúde. Além disso, dada a opinião geral de que os doentes de tuberculose não recorrem aos serviços de saúde, traçamos como estratégia recorrer cada vez mais à busca ativa na comunidade.

Stott et al. (1982) citam, que no Kenya, se ensaiaram diversos métodos de identificação de casos suspeitos de tuberculose na comunidade, todo sido o método mais eficaz o procedimento de interrogar os chefes de família acerca dos suspeitos SR's, através de visitas casa a casa. O autor supõe que este, é um sistema pouco prático para adotar em grande escala, mas que já é adotado na Coréia. Para assegurar a efetividade na localização ativa dos casos, o problema consiste em garantir que os Sintomáticos Respiratórios que visitam estas unidades sejam examinados adequadamente. Também se atribui que as deficiências do pessoal de saúde são correntes e se pode dizer que, dentre outros motivos, é inerente a falta de formação ou motivação adequada.

Cabe dizer que parece que as ações de localização de casos suspeitos na população de Fortaleza não tem sido satisfatórias, revelando que as metas de examinar Sintomáticos Respiratórios não estão sendo atingidas na sua totalidade. Deve-se prestar mais atenção na identificação de casos sintomáticos na comunidade e a realização do exame de expectoração. Tem-se demonstrado que, mediante uma política ativa na comunidade, realizada sistematicamente, é possível identificar maior número de casos com baciloscopia positiva na população.

Uma das principais debilidades do PCT é a baixa detecção de casos de tuberculose. Para isto, é necessária a presença de um programa intensivo de descoberta de casos, e o paciente Sintomático Respiratório é o ponto focal por onde deve começar esta atividade. Sem dúvida, persistem enormes obstáculos para encontrar a maioria dos Sintomáticos Respiratórios, tais como: difícil acessibilidade aos serviços de saúde; inexistência de uma estrutura dos serviços de saúde onde as

ações de tuberculose devem integrar-se; as pobres condições econômicas e as experiências culturais prévias, que têm como conseqüência uma alta proporção de Sintomáticos Respiratórios que permanecem sem que sejam examinados. A taxa de incidência da tuberculose está estreitamente relacionada também com a qualidade da localização de casos e dos exames bacteriológicos.

Sem dúvida, com propósitos epidemiológicos, a baciloscopia é uma ferramenta muito importante para efetuar o método de *screening* dos Sintomáticos Respiratórios e, entre eles, a prevalência de casos de tuberculose pulmonar que são os mais infecciosos. A bacteriologia desempenha uma função - chave no diagnóstico de casos novos de tuberculose, pelo fato de ser um exame estandardizado, relativamente barato e proporciona bastante confiabilidade do resultado.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, J. M.; ASSIS, A. L. **Busca ativa de casos de tuberculose**. Vila Paranoá-DF, 1992. Mimeografado.

ARANTES, G. R.; RUFFINO-NETTO, A. Busca de casos de tuberculose pulmonar. Abreugrafia em sintomáticos respiratórios, seguida de exames bacteriológicos nos suspeitos. **Rev. Saúde Pública São Paulo**, v. 14, p. 185-193, 1980.

ARCINIEGAS, A.; BARERA, M.T.; GUERRERO, E. Prevalencia de Tuberculosis entre los sintomaticos respiratorios que consultan por primera vez en los establecimientos de Salud del Departamento de Risaralda, Colombia. **Bole.Oficin. Sanit. Panam.**, v. 87, n. 6, p. 512- 521, 1979.

ARMENGOL, A.R.; MACHADO, C.B., QUIÑONES, L.R. Encuesta de sintomáticos respiratorios en establecimientos de salud de la zona metropolitana. Caracas. **Gac. Méd. Caracas**, v. 100, n. 2, p. 121-127, 1992.

CORNEJO, A.L.; FIGUEROA, A.P.; ROMERO, F.P.; CHAPARRON, N.L.; CORTES, P.L.; SILVA, E.; LOPEZ, B.I.M.; MENA, G. Presencia de Sintomaticos Respiratorios adultos en la consulta por morbilidad general. Consultorio Renca. **Bol. Hosp. S. J. de Dios**, v. 32, p. 387, 1985.

MARÍN, M.A.; CHOLULA, C.T.; CASTILLO, R.O. Tuberculosis pulmonar entre sintomáticos respiratorios detectados en las unidades de salud de la SSA, en estado de Tlaxcala, México. **Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.**, v. 12, p.29-34, 1999.

MOGUEL, J.J.S., CUEVAS, M.E.A. Atención del enfermo tuberculoso a nivel comunitario en el estado de Chiapas, México. **Bol. Oficín. Sant. Panam.**, 111, n.5, p.432 – 438, 1991.

STOTT, H.; PIO, A.; LEOWSKI, J.; DAM, H.G. **Control de la tuberculosis**: situación actual. Resumen de las opiniones de agentes participantes en programas de control de la tuberculosis en el mundo. Washington: OMS/TB, 1982.