



ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E AMBULATÓRIOS DE REFERÊNCIA

ACCESS TO THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN BASIC HEALTH UNITS AND REFERENCE AMBULATORIES

ACESSO AL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD Y AMBULATORIOS DE REFERENCIA

Mara Cristina Ribeiro Furlan¹, Mayckel da Silva Barreto², Sonia Silva Marcon³.

RESUMO

Objetivo: analisar, sob a perspectiva dos usuários, o acesso ao diagnóstico de tuberculose em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Referência. **Método:** estudo descritivo, avaliativo, com abordagem quantitativa, realizado com 89 pacientes em tratamento no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Os dados foram submetidos à análise de variância, com o uso do teste F. Para as análises que violaram os critérios para o uso da Anova, foi usado o teste de Kruskal-Wallis. Os dados foram apresentados por meio de tabelas. **Resultados:** a maioria teve acesso à consulta médica em até 24 horas após a percepção de sintomas. Mas, o diagnóstico ocorreu somente após três semanas da primeira consulta e após cinco ou mais visitas à unidade. **Conclusão:** mesmo sem diferença significativa, o diagnóstico nas unidades especializadas foi em menor tempo. Em ambos os serviços é necessário abreviar o diagnóstico da tuberculose. **Descritores:** Tuberculose; Diagnóstico; Avaliação de Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze, from the perspective of the patients, the access to the diagnosis of tuberculosis in Basic Health Units and Reference Outpatient Clinics. **Method:** this is a descriptive and evaluative study with a quantitative approach, performed with 89 patients under treatment in the scope of the 15th Regional of Health of Paraná. Data were submitted to analysis of variance using the F test. For the analyses that violated the criteria for the use of ANOVA, the Kruskal-Wallis test was used. Data were presented in tables. **Results:** most patients had access to the medical consultation within 24 hours after the perception of symptoms. However, the diagnosis occurred only after three weeks of the first visit and after five or more visits to the unit. **Conclusion:** Even without significant difference, the diagnosis in specialized units was shorter. In both services, it is necessary to shorten the diagnosis of tuberculosis. **Descriptors:** Tuberculosis; Diagnosis; Evaluation of Health Services; Access to Health Services; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar, sobre la perspectiva de los usuarios, el acceso al diagnóstico de tuberculosis en Unidades Básicas de Salud y Ambulatorios de Referencia. **Método:** estudio descriptivo, evaluativo, con enfoque cuantitativo, realizado junto a 89 pacientes en tratamiento en el ámbito de la 15ª Regional de Salud de Paraná. Los datos fueron sometidos al análisis de variancia, con el uso del teste F. Para los análisis que violaron los criterios para el uso de la Anova, fue usado el test de Kruskal-Wallis. Los datos fueron presentados por medio de cuadros. **Resultados:** la mayoría tuvo acceso a la consulta médica en 24 horas después de la percepción de síntomas. Pero, el diagnóstico se dio solamente después de tres semanas de la primera consulta y después de cinco o más visitas a la unidad. **Conclusión:** mismo sin diferencia significativa, el diagnóstico en las unidades especializadas fue en menor tiempo. En ambos servicios es necesario abreviar el diagnóstico de la tuberculosis. **Descriptores:** Tuberculosis; Diagnóstico; Evaluación de Servicios de Salud; Acceso a los Servicios de Salud; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Professor, Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Câmpus de Coxim/CPCX. Coxim (MS), Brasil. E-mail: maracristina.mga@gmail.com; ²Enfermeiro, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Professor, Departamento de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN), Coordenador do Curso de Enfermagem, Faculdade Intermunicipal do Noroeste do Paraná (FACINOR). Maringá (PR), Brasil. E-mail: mayckelbar@gmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Filosofia, Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Brasil faz parte de um rol constituído por 22 países responsáveis por 80% dos casos de Tuberculose (TB) em todo o mundo e alberga 35% das notificações na região das Américas.¹ Apesar da queda paulatina no número de casos novos no país a cada ano, em 2013 este índice foi de 35,4 a cada 100 mil habitantes.¹ E, para que se mantenha a diminuição dos casos de TB, é fundamental, entre outros aspectos, o pronto diagnóstico e o início precoce do tratamento dos indivíduos infectados, interrompendo-se, assim, a cadeia de transmissão da doença.²

O diagnóstico e o tratamento da TB ainda são tardios no Brasil,³ e vários aspectos têm sido associados à sua ocorrência, entre os quais a oferta de atendimento em horário incompatível com o do usuário, presença de profissionais pouco qualificados nos serviços e falta de acolhimento (acessibilidade organizacional).⁴ Também estão relacionados às condições do usuário, como aquelas relativas ao local que reside (acessibilidade geográfica), sua disponibilidade de tempo e poder aquisitivo (acessibilidade econômica), bem como os hábitos, costumes e a relação entre eles (acessibilidade sociocultural).⁴ Somam-se, ainda, as dificuldades para a rápida realização do diagnóstico em decorrência de uma baixa solicitação de baciloscopia nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).³

A partir de 2002, no intuito de melhorar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB, o seu controle foi direcionado à APS, articulando-se, inicialmente, à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, posteriormente, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesta lógica, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ESF foram indispensáveis para a descentralização do Programa de Controle da Tuberculose (PCT).⁵

Estudos têm demonstrado que, mesmo em serviços de saúde em que houve a descentralização das ações de TB, há aspectos a serem melhorados e que a forma de organização da atenção à TB não constitui fator determinante para a garantia de acesso ao diagnóstico precoce.⁶⁻⁷ Além disso, grande parte dos casos de TB ainda é diagnosticada em hospitais e ambulatórios de referência, justificado entre outros pela insuficiente busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) nos serviços de controle da tuberculose.²

OBJETIVO

Analisar, sob a perspectiva dos usuários, o acesso ao diagnóstico de tuberculose em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Referência.

MÉTODO

Estudo descritivo, avaliativo, com abordagem quantitativa, realizado no âmbito da 15ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, conformada por 30 municípios, tendo como sede Maringá. Por ocasião da coleta dos dados, 22 municípios tinham pacientes com diagnóstico de TB em tratamento. Destes municípios, oito possuíam o serviço centralizado em ambulatório de referência para diagnóstico e tratamento e os demais, serviço descentralizado para as UBS.

A partir de 2008, na 15ª RS, o diagnóstico e tratamento da tuberculose foram descentralizados, tornando-se responsabilidade do município de residência do doente. Porém, ainda existe o serviço de referência com especialistas do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP), localizado no município sede da RS, para casos de difícil diagnóstico, infecção multirresistente, entre outros.

Os dados referentes aos pacientes em tratamento de TB foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) com a coordenação de TB da 15ª RS do Paraná. No período de janeiro a março de 2012 foram notificados 151 casos da doença e 133 atenderam aos critérios de inclusão propostos neste estudo, que consistiram em: ser pacientes maiores de 18 anos de idade, notificados com TB entre janeiro e março de 2012 e que realizaram, pelo menos, um mês de tratamento de TB.

Por sua vez, os critérios de exclusão foram: possuir diagnóstico de doença mental relatada na ficha de notificação (03 casos), ter abandonado o tratamento antes de 30 dias (03 casos) e ser paciente acompanhado no sistema prisional (12 casos).

Do total de indivíduos elegíveis foi calculado o número de participantes no estudo utilizando-se a fórmula de amostragem aleatória simples cuja prevalência foi de 50%, nível de confiança de 90% e margem de erro de 5%, resultando em uma amostra de 89 pessoas. Os indivíduos estudados foram determinados aleatoriamente, por técnica de amostragem estratificada proporcional, segundo o tipo de serviço em que realizavam

Furlan MCR, Barreto MS, Marcon SS et al.

Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas...

o tratamento de TB (centralizado ou descentralizado).

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2012, no domicílio dos doentes, após contato telefônico inicial com os participantes sorteados, ocasião em que foram explicitados os objetivos do estudo, solicitada a participação e agendados dia e horário mais apropriados para a realização da entrevista. Após o insucesso de três tentativas de contato telefônico com o sujeito sorteado ou no caso em que o sujeito não tinha número telefônico cadastrado no SINAN, foi realizada visita domiciliar e solicitada autorização para agendar a entrevista.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), o qual avalia cada uma das oito dimensões da APS, adaptado e validado para o Brasil, em 2006⁸, e posteriormente adaptado para a atenção à tuberculose.⁹ O questionário incluiu perguntas sobre o perfil socioeconômico do doente, informações clínico-epidemiológicas e estado atual de saúde.

Neste estudo foram utilizados os resultados referentes às características socioeconômicas dos pacientes e as questões sobre o acesso ao diagnóstico de tuberculose. O entrevistado respondeu a cada item do questionário segundo escala do tipo Likert de seis pontos.

Para cada questão foi determinado um escore médio correspondente à soma de todas as respostas de todos os pacientes entrevistados, dividida pelo total de respondentes. O escore obtido foi classificado em: insatisfatório quando < 3; regular quando ≥ 3 e < 4; e satisfatório quando ≥ 4, conforme já utilizado em outro estudo.¹⁰

Posteriormente, os dados foram submetidos à análise de variância, com o uso do teste F. A análise de variância foi aplicada às questões que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade, sendo investigadas por meio dos testes de *Levene*, *Shapiro-Wilk* e *Lilliefors*. Para as análises que violaram os critérios para o uso da Anova, foi usada a análise de variância não paramétrica, ou seja, o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas com o programa *Statistica 8.0* (StatSoft)®. Os resultados foram apresetados por meio de tabelas.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época, e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Parecer nº 423/2011).

RESULTADOS

Dos participantes do estudo, 73 (82,0%) possuíam TB da forma pulmonar; 46 (51,1%) estavam entre o terceiro e sexto mês de tratamento; 45 (50,6%) eram do sexo masculino; 50 (56,2%) referiram ter companheiro; 46 (51,7%) possuíam entre 30 e 49 anos; 56 (62,9%) tinham renda familiar entre um e cinco salários mínimos; 59 (66,3) possuíam até oito anos de estudo; 52 (58,4%) moravam com uma a três pessoas; 70 (78,7%) trabalhavam antes de possuir TB, com declínio para 37 (41,6%) após a infecção (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características clínicas e socioeconômicas dos pacientes acometidos por tuberculose da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Paraná (PR), Brasil, 2012.

Variáveis	Tratamento				Total	
	UBS		Ambulatório de referência		n	%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	30	46,9	15	60,0	45	50,6
Feminino	34	53,1	10	40,0	44	49,4
Idade						
18-29 anos	08	12,5	04	16,0	12	13,5
30-49 anos	35	54,7	11	44,0	46	51,7
50-59 anos	14	21,9	09	36,0	23	25,8
60 anos ou mais	07	10,9	01	4,0	08	9,0
Estado civil						
Sem companheiro	31	48,5	08	32,0	39	43,8
Com companheiro	33	51,5	17	68,0	50	56,2
Escolaridade						
≤ 08 anos de estudo	45	70,4	18	72,0	59	66,3
> 08 anos de estudo	19	29,6	07	28,0	26	33,7
Número de pessoas que moram na casa						
1 a 3	34	53,1	18	72,0	52	58,4
4 ou mais	30	46,9	07	28,0	37	41,6
Forma clínica da tuberculose						
Pulmonar	50	78,1	23	92,0	73	82,0

Extrapulmonar	14	21,9	02	8,0	16	18,0
Tempo de tratamento medicamentoso						
> 1 mês até 3 meses	14	21,9	-	-	14	15,7
> 3 meses até 6 meses	31	48,4	15	60,0	46	51,7
> 6 até 9 meses	04	6,3	03	12,0	07	7,9
Concluído	15	23,4	07	28,0	22	24,7
Trabalhava antes da tuberculose						
Sim	48	75,0	22	88,0	70	78,7
Não	16	25,0	03	12,0	19	21,3
Continuou trabalhando depois da tuberculose						
Sim	26	40,6	11	44,0	37	41,6
Não	38	59,4	14	56,0	52	58,4
Renda familiar						
Sem renda	03	4,7	01	4,0	04	4,5
Até 1 salário mínimo	15	23,4	04	16,0	19	21,3
> 1 a até 5 salários mínimos	38	59,4	18	72,0	56	62,9
> 5 salários mínimos	08	12,5	02	8,0	10	11,2

Os resultados que dizem respeito ao acesso ao diagnóstico de TB mostram que o tempo para conseguir consulta médica foi o único indicador que obteve avaliação satisfatória por parte dos pacientes que realizavam o tratamento nas UBS (Tabela 2), pois 44

(74,6%) deles relataram conseguir consulta médica no prazo de até 24 horas após o aparecimento dos sintomas da doença, contra 16 (66,7%) dos que realizavam o tratamento em ambulatório de referência (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos indicadores de acesso ao diagnóstico de tuberculose na 15ª Regional de Saúde do Paraná. Paraná (PR), Brasil, 2012.

Indicadores	Tratamento				Total	
	UBS		Ambulatório de referência			
	N	%	N	%	N	%
Tempo para conseguir consulta médica após sintomas (N=83)						
Cinco dias ou mais	10	16,9	04	16,7	14	16,9
Três ou quatro dias	03	5,1	02	8,3	05	6,0
Dois dias	02	3,4	02	8,3	04	4,8
Um dia/24 horas	44	74,6	16	66,7	60	72,3
Procura de serviço de saúde mais próximo da residência (N=85)						
Sempre/quase sempre	31	50,8	04	16,7	35	41,2
Às vezes	-	-	03	12,5	03	3,5
Quase nunca/nunca	30	49,2	17	70,8	47	55,3
Quantidade de vezes que procurou o serviço de saúde para atendimento após sintomas (N=84)						
Cinco ou mais vezes	15	25,0	08	33,3	23	27,4
Três ou quatro vezes	01	1,7	-	-	01	1,2
Duas vezes	03	5,0	01	4,2	04	4,8
Uma vez	41	68,3	15	62,5	56	66,7
Quantidade de vezes que procurou o serviço até o diagnóstico de TB (N=86)						
Cinco ou mais vezes	27	43,5	09	37,5	36	41,9
Três ou quatro vezes	14	22,6	09	37,5	23	26,8
Duas vezes	11	17,7	05	20,8	16	18,6
Uma vez	10	16,1	01	4,2	11	12,8
Tempo para diagnóstico (N=86)						
Cinco ou mais semanas	23	37,1	13	54,2	36	41,9
Três ou quatro semanas	12	19,4	06	24,9	16	18,6
Duas semanas	09	14,5	01	4,2	10	11,6
Uma semana	18	29,0	06	25,0	24	27,9
Espera média maior que 60 minutos para ser atendido nos serviços de saúde (N=85)						
Sempre/quase sempre	23	37,7	11	45,8	34	40,0

Furlan MCR, Barreto MS, Marcon SS et al.		Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas...				
Dificuldade para conseguir informações por telefone na Unidade de Saúde (N=37)	Às vezes	04	6,6	02	8,3	7,1
	Quase nunca/nunca	34	55,7	11	45,8	52,9
	Sempre/quase sempre	14	50,0	01	11,1	40,5
Dificuldade para marcar consulta por telefone na Unidade de Saúde (N=40)	Às vezes	-	-	02	22,2	5,4
	Quase nunca/nunca	14	50,0	06	66,7	54,1
	Sempre/quase sempre	16	51,6	01	11,1	42,5
Dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde (n=85)	Às vezes	-	-	02	22,2	5,0
	Quase nunca/nunca	15	48,4	06	66,7	52,5
	Sempre/quase sempre	16	26,2	02	8,3	21,2
Utilização de transporte motorizado no deslocamento até à unidade de saúde (N=85)	Às vezes	06	9,8	03	12,5	10,6
	Quase nunca/nunca	39	63,9	19	79,2	68,2
	Sempre/quase sempre	16	26,2	02	8,3	21,2
Despesa com transporte até a unidade de saúde (n=86)	Às vezes	08	13,1	02	8,3	11,8
	Quase nunca/nunca	17	27,9	08	33,3	29,4
	Sempre/quase sempre	36	59	14	58,3	58,8
	Às vezes	04	6,5	-	-	4,7
	Quase nunca/nunca	30	48,4	07	29,2	43
	Sempre/quase sempre	28	45,2	17	70,8	52,3

Mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa, os indicadores “dificuldade para conseguir informações por telefone na Unidade de Saúde” e “dificuldade para marcar consulta por telefone na Unidade de Saúde” foram os indicadores mais bem avaliados pelos pacientes que realizavam tratamento em ambulatórios de referência.

Já os indicadores “procura do serviço de saúde mais próximo da residência” e “despesa

com transporte até a Unidade de Saúde” foram avaliados como regulares pelos pacientes residentes em municípios onde o tratamento é descentralizado e como insatisfatórios pelos residentes em municípios em que esse serviço é centralizado, com diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3. Valor médio, desvio padrão e análise de variância dos indicadores de acesso ao diagnóstico de TB nas UBS e em ambulatórios de referência da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Paraná (PR), Brasil, 2012.

Variáveis	Tratamento				p
	UBS (n=64)		Ambulatório de referência (n=25)		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Tempo para conseguir consulta médica após sintomas [*]	4,14	1,55	3,88	1,69	0,4893
Procura de serviço de saúde mais próximo da residência [†]	3,14	1,96	1,88	1,53	0,0022 [¶]
Quantidade de vezes que procurou o serviço de saúde para atendimento após sintomas [‡]	3,81	1,78	3,52	1,93	0,5002
Quantidade de vezes que procurou o serviço até o diagnóstico de TB [‡]	2,59	1,61	2,40	1,32	0,5942
Tempo para diagnóstico [§]	2,90	1,73	2,32	1,72	0,1547
Espera média maior que 60 minutos para ser atendido nos serviços de saúde	3,29	1,90	3,16	1,88	0,7726
Dificuldade para conseguir informações por telefone na unidade de saúde	3,00	2,03	4,11	1,45	0,0849
Dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde	2,93	2,03	4,11	1,45	0,0667
Dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde	3,68	1,78	4,28	1,40	0,1038
Utilização de transporte motorizado no	2,34	1,73	2,44	1,87	0,8188

deslocamento até à unidade de saúde					
Despesa com transporte até a unidade de saúde	3,09	1,94	2,12	1,83	0,0343 [¶]
Perda de turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde	3,19	3,48	3,48	1,82	0,5112

Legenda: * Categoria das respostas: 1 = 5 ou mais dias; 2 = 4 dias; 3 = 3 dias; 4 = 2 dias; 5 = 1 dia. † Categoria das respostas: 1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre. ‡ Categoria das respostas: 1 = 5 ou mais vezes; 2 = 4 vezes; 3 = 3 vezes; 4 = 2 vezes; 5 = 1 vez. § Categoria das respostas: 1 = 5 ou mais semanas; 2 = 4 semanas; 3 = 3 semanas; 2 = 4 semanas; 5 = 1 semana. || Categoria das respostas: 1= sempre; 2= quase sempre; 3= às vezes; 4= quase nunca; 5= nunca. ¶ Estatisticamente significativo

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que a TB continua merecendo atenção dos gestores e profissionais de saúde, uma vez que a maior parte dos indicadores relacionados ao acesso ao diagnóstico de TB foi avaliada como insatisfatória ou regular pelos participantes. O indicador melhor avaliado diz respeito aos usuários terem acesso aos serviços de saúde rapidamente, em média dois dias após o início dos sintomas. No entanto, esse resultado não determinou o diagnóstico precoce de TB, já que 36 (41,9%) indivíduos tiveram o diagnóstico em cinco ou mais semanas após o aparecimento dos sintomas.

Embora o tempo ideal para que ocorra o diagnóstico da tuberculose não esteja descrito nos manuais técnicos, verificou-se que, no Brasil e em vários países, como Síria, Ucrânia, Tailândia e países da América do Sul, o tempo médio para o diagnóstico tem sido de 30 dias, e em Bangladesh e no Nepal, de 50 dias.¹⁰

Estudo realizado em município da região oeste do Paraná demonstrou que quando o profissional de saúde suspeitou de TB na primeira consulta e já solicitou o exame de baciloscopia ou encaminhou o doente para realizá-lo em outro serviço, o tempo para o diagnóstico foi sensivelmente reduzido.¹¹

Contudo, além dos aspectos organizacionais dos serviços de saúde, estudos realizados em países economicamente semelhantes como Brasil,¹² Índia¹³ e México¹⁴ mostraram forte relação entre o retardo na busca por serviços de saúde por parte do usuário e suas precárias condições de vida — desemprego, pouca escolaridade e baixos salários, deduzindo-se, portanto, que são necessários horários mais flexíveis para o atendimento desses doentes, além de reduzir o tempo de espera para obter consulta médica e facilitar a obtenção de informações por telefone nos serviços de saúde.

Também é necessário que o diagnóstico seja realizado de maneira rápida, sem necessidade de muitos retornos aos serviços de saúde, pois muitos desses doentes trabalham e dependem da renda para o sustento da família, o que faz com que tenham receio de faltar ao trabalho, pois as

reincidências de faltas podem provocar sua dispensa do emprego. A preocupação com essa questão foi um dos determinantes para a proposição do tratamento diretamente observado como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento da TB.¹⁵

Com a finalidade de ampliar o acesso às ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da TB, a partir do ano 2000, o Brasil iniciou o processo de descentralização das ações de monitoramento e manejo dos casos, contribuindo para que os municípios se responsabilizassem pela organização da assistência ao doente com TB como uma das ações prioritárias da APS.¹⁶⁻¹⁷ Contudo, embora os municípios reconheçam as ações do PCT como competência da APS, a efetiva incorporação dessas ações nesse âmbito da assistência ainda não ocorreu de forma sustentável, o que pode estar favorecendo o diagnóstico tardio de TB.

O processo de expansão da ESF encontra-se em um momento de transição. O avanço dessa estratégia, principalmente, tem sido obstaculizado pelos desafios relacionados à complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos, nos quais estão inseridas as famílias a serem assistidas. Por esse motivo, sua consolidação como estratégia de organização do SUS requer a continuidade dos esforços de ampliação da cobertura assistencial, somada à melhoria da qualidade desse modelo de APS, o compromisso político dos gestores e a participação popular para que de fato seja possível uma mudança paradigmática no sistema de serviços de saúde.¹⁸

Os resultados deste estudo demonstraram que o modelo de descentralização das ações em relação à TB foi mais bem avaliado pelos participantes somente em dois indicadores geográficos: “procura de serviço de saúde mais próximo da residência e despesa com transporte até a Unidade de Saúde”, porém o desempenho apresentado em ambos os modelos de assistência não foi satisfatório. Esse resultado corrobora o que foi identificado em estudo realizado em cinco cidades do Brasil, em que a descentralização das ações de TB para o PSF não apresentou desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico e a

Furlan MCR, Barreto MS, Marcon SS et al.

forma de organização da atenção ao doente com TB não constitui fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce.¹⁹ Embora algumas políticas públicas tenham buscado a ampliação do acesso e descentralização das ações com um atendimento humanizado.²⁰

Além disso, estudo realizado no Rio de Janeiro/RJ, com o objetivo de avaliar a descentralização do controle de TB para a ESF, apontou vários aspectos a serem melhorados, entre eles o baixo número de SR examinados, dificuldades de operacionalização das ações planejadas e a alta rotatividade de profissionais.⁷ Portanto, ainda há grandes desafios para que a descentralização das ações de controle da TB seja considerada um bom preditor de diagnóstico.

Nesse contexto de implantação da descentralização dos serviços de controle da tuberculose, a maioria dos municípios brasileiros encontra dificuldades para organizar a rede de atenção básica. Assim, qualquer sucesso na melhoria dessa rede de serviços constitui um passo fundamental para a melhoria do diagnóstico e tratamento de tuberculose.⁶

As limitações do estudo referem-se ao desenho transversal adotado, o qual não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito e a possibilidade de viés de aferição, pois a utilização de entrevista como instrumento de coleta de dados fica sujeita à memória, à confusão ou mesmo ao constrangimento dos entrevistados. Além disso, as entrevistas foram realizadas com indivíduos em diferentes estágios de tratamento, o que pode ter produzido dados subestimados em relação a algumas variáveis. Por fim, o fato de o estudo ter avaliado serviços de controle da TB de várias cidades, em que cada uma delas se insere em um tipo de contexto que possui suas singularidades, também pode constituir uma limitação, contudo isto foi minimizado com o agrupamento dos municípios em UBS e ambulatorios de referência, já que esta é uma característica importante desses serviços.

CONCLUSÃO

Por intermédio deste estudo, analisou-se o acesso ao diagnóstico de TB nos serviços vinculados às UBS e em ambulatorio de referência no âmbito da 15ª RS do Paraná. Evidenciou-se que tanto os serviços cujo tratamento de TB é centralizado quanto nos descentralizados, os indicadores geográficos de acesso ao diagnóstico foram insatisfatórios ou regulares, embora maiores médias tenham

Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas...

sido observadas nos serviços descentralizados. Os demais indicadores apresentaram desempenho similar em ambos os tipos de serviços.

As barreiras organizacionais são passíveis de mudanças com os serviços vinculados às UBS. Porém, para isto, é fundamental o envolvimento do enfermeiro, não só como gestor do cuidado, mas como o profissional mais habilitado, na maioria dos casos, para realizar esse processo de mudança nos serviços de saúde.

Como o diagnóstico tardio de TB pode estar relacionado a diversos fatores, estudos qualitativos devem ser realizados para captar as vivências, os sentimentos das pessoas em tratamento de TB e os fatores intrínsecos que possam influenciar a ocorrência dessa demora.

REFERÊNCIAS

1. (BR) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [cited 2017 Feb 10];45(2):13p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_2_2014.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 284 p.
3. Loureiro RB, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Peres RL, Braga JU, Zandonade E, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 10];19(4):1233-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01233.pdf>.
4. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 10];19(2):387-95. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4331/5583>.
5. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, Araújo VLA, Cruz DMO, Pessanha GF, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 10];19(53):251-64. Available

Furlan MCR, Barreto MS, Marcon SS et al.

from:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140083.pdf>.

6. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnosis in Brazilian municipalities. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 10]; 43(3):389-97. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_248.pdf.

7. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina - São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 10];20(2):177-87. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_177-187.pdf.

8. Macinko J, Almeida C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006 [cited 2017 Feb 10]. Available from: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Sala55641.pdf>.

9. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Performance assessment questionnaire regarding TB control for use in primary health care clinics in Brazil. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 10];35(6):610-2. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n6/en_v35n6a14.pdf.

10. Lawn SD, Mwaba P, Bates M, Piatek A, Alexander H, Marais BJ, et al. Advances in tuberculosis diagnostics: the Xpert MTB/RIF assay and future prospects for a point-of-care test. *Lancet Inf Dis* [Internet]. 2013 Apr [cited 2017 Feb 10];13(4):349-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4844338/pdf/nihms-748149.pdf>.

11. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 10];31(6):461-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n6/v31n6a03.pdf>.

12. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Early diagnosis of tuberculosis in the health

Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas...

services in different regions of Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 10]; 21(spe):190-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/24.pdf>.

13. Dowdy DW, Steingart KR, Pai M. Serological testing versus other strategies for diagnosis of active tuberculosis in India: a cost-effectiveness analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 10]; 8(8):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153451/pdf/pmed.1001074.pdf>.

14. Salinas J, Calvillo S, Caylà J, Nedel FB, Martín M, Navarro A. Delays in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Coahuila, Mexico. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 10]; 16(9):1193-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22747983>.

15. Sagbakken M, Frich JC, Bjune GA, Porter JDH. Ethical aspects of directly observed treatment for tuberculosis: a cross-cultural comparison. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 10]; 14(25):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702392/pdf/1472-6939-14-25.pdf>.

16. Sá LD, Andrade MN, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo TMRM, Queiroga RPF, et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 10];16(9):3917-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>.

17. Pinto ESG, Scatolin BE, Beralto AA, Andrade RLP, Silva-Sobrinho RAS, Villa TCS. The community health agent in the detection of tuberculosis cases. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 10]; 13(3):519-26. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/20926/pdf_336.

18. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 10]; 44(4):904-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_07.pdf.

19. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LE. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and

Furlan MCR, Barreto MS, Marcon SS et al.

Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas...

environmental context, policies, interventions, and research needs. Lancet [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 10]; 377(9780):1877-89. Available from: http://ac.els-cdn.com/S014067361160202X/1-s2.0-S014067361160202X-main.pdf?_tid=bc0467e8-0dad-11e7-b1c8-00000aabb0f27&acdnat=1490042729_eaa231448ee9dd05a04ee82fe3986a8b.

20. Almeida AA de, Barros HJM de, Silva TC da, Medeiros RLSFM de, Nascimento MMP do, Temoteo RCA. Clinical-epidemiological profile of tuberculosis cases. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 Feb 10];9(Suppl 9):1007-17. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9133/pdf_8964.

Submissão: 08/04/2017

Aceito: 03/07/2017

Publicado: 01/10/2017

Correspondência

Mara Cristina Ribeiro Furlan
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Avenida Marcio Lima Nantes, s/n
Bairro Vila da Barra
CEP: 79400-000 - Coxim (MS), Brasil