

Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica*

Accessibility to tuberculosis diagnosis in a municipality in Northeast Brazil: a challenge for basic health care

Accesibilidad al diagnóstico de tuberculosis en municipio del noreste brasileño: desafío de la atención básica

Rosa Camila Gomes Paiva¹, Jordana de Almeida Nogueira², Lenilde Duarte de Sá³, Rafaela Gerbasi Nóbrega⁴,
Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶

* Artigo baseado na Dissertação de Mestrado intitulada "Desempenho dos serviços de saúde na viabilização do diagnóstico da tuberculose", defendida em 2011 na Universidade Federal da Paraíba. Edital MCT/CNPq/CT-Saúde /MS/SCTIE/DECIT nº 67/2009 – REBRATS, processo 558835/2009-0.

¹ Fisioterapeuta, Mestre em Enfermagem. Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: rosac12@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: jalnoqueira31@gmail.com.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: sa.lenilde@gmail.com.

⁴ Fisioterapeuta, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF.), nível Doutorado, da UFPB. Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: rafaelagerbasi@yahoo.com.br.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do PPGENF/UFPB, nível Doutorado. Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: deborasgt@hotmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

RESUMO

Estudo seccional que objetivou analisar o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose. Foram entrevistados 101 usuários com tuberculose, residentes em município da região Nordeste - Brasil. Empregou-se análise bivariada e teste de associação do qui-quadrado para tratamento dos dados. Evidenciou-se significância estatística $p < 0,05$ entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário e o local do diagnóstico. Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) foram eleitos como porta de entrada por 46,5% dos usuários, entretanto o Programa de Controle da Tuberculose foi responsável por 54,4% dos casos diagnosticados. Quanto ao tempo para o diagnóstico, 83,2% foram diagnosticados no intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias. Os serviços da APS ainda não se tornaram eficientes no que diz respeito à garantia do acesso ao diagnóstico da doença, cabendo ao Ambulatório de Referência a oferta de ações de detecção de casos e tratamento.

Descritores: Tuberculose; Serviços de Saúde; Diagnóstico Tardio; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

A cross-sectional study with the aim to analyze the performance of healthcare services with respect to diagnosing tuberculosis. We interviewed 101 users with tuberculosis, residents of a municipality in the Northeast region of Brazil. Bivariate analysis and the chi-squared test were applied for data treatment. We found a $p < 0.05$ statistical significance between the first health service sought by user and the locale of diagnosis. Primary Health Care services (PHC) were chosen as the entryway by 46.5% of users. However, the Tuberculosis Control Program was responsible for 54.4% of diagnosed cases. Regarding time of diagnosis, 83.2% patients were diagnosed in a period of time equal to or less than 30 days. PHC services are still not efficient enough for guaranteeing access to the disease's diagnosis, and it is the Reference Outpatient Clinic's responsibility to offer actions for detecting and treating cases.

Descriptors: Tuberculosis; Health Services; Delayed Diagnosis; Community Health Nursing.

RESUMEN

Estudio seccional que objetivó analizar el desempeño de los servicios de salud para el diagnóstico de tuberculosis. Fueron entrevistados 101 pacientes con tuberculosos, residentes en municipio de región noreste brasileña. Se utilizó análisis bivariado y test de Chi-cuadrado para tratamiento de los datos. Se evidenció significatividad estadística $p < 0,05$ entre el primer servicio sanitario al que acudió el paciente y el local del diagnóstico. Los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) resultaron electos como puerta de entrada por 46.5% de los pacientes, mientras el Programa de Control de la Tuberculosis fue responsable por 54,4% de los casos diagnosticados. Respecto al tiempo de diagnóstico, 83,2% fueron diagnosticados en 30 días o menos. Los servicios de APS no son aún eficientes respecto a la garantía del acceso al diagnóstico de la enfermedad, correspondiéndole al Ambulatorio de Referencia la oferta de acciones de detección de casos y su tratamiento.

Descriptores: Tuberculosis; Servicios de Salud; Diagnóstico Tardío; Enfermería en Salud Comunitaria.

INTRODUÇÃO

O atraso ao diagnóstico da tuberculose (TB) é elencado como um dos principais fatores para a alta prevalência da doença. A persistência da TB como preocupação sanitária mundial assenta-se no fato de que muitos casos permanecem sem diagnóstico, seja decorrente de aspectos que englobam a demora dos doentes em procurar cuidados em saúde, bem como pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o fracasso dos mesmos para realizar o diagnóstico em tempo oportuno⁽¹⁾.

Entre as estratégias consideradas prioritárias pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está previsto aumento da detecção de casos de TB nos diferentes cenários socioeconômicos e clínico-epidemiológicos por meio do fortalecimento do sistema de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Reconhece-se a importância da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), como espaço legítimo para implementação de ações de vigilância, prevenção e controle da doença.

No entanto observa-se descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para os serviços da APS e a capacidade de resposta das equipes para o manejo da doença, particularmente no que diz respeito à falta de acesso ao diagnóstico da doença. Dentre os fatores relacionados às dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de APS, identifica-se deficiências de integração e coordenação da rede de serviços de saúde, que envolvem elementos do plano de interação com o usuário/comunidade, dos prestadores de serviço e da política de saúde. Verifica-se baixa capacidade de suspeição; fluxo desordenado e direcionamento dos casos suspeitos para as unidades especializadas; deficiência no sistema de referência e contra-referência; fragmentação e medicalização no processo do cuidado; atuação inexpressiva das equipes na atenção ao domicílio⁽²⁻⁸⁾.

No que tange à compreensão sobre o retardo ao diagnóstico, não há um consenso sobre o que constitui um atraso aceitável no diagnóstico da TB. Estudo internacional⁽⁹⁾ que sumarizou resultados de pesquisas sobre o atraso ao diagnóstico da TB em diversos países, identificou que o atraso pode ser atribuído às barreiras impostas pelos usuários e pelos serviços de saúde. O atraso atribuído ao "usuário", estaria relacionado ao tempo decorrido entre o início dos sintomas até a primeira visita a um serviço de saúde, e o atraso do "sistema de saúde" relacionado ao tempo decorrido entre

o primeiro contato com uma unidade de cuidados e a confirmação do diagnóstico de TB. Ao usuário seria aceitável duas a três semanas de atraso, e para o sistema de saúde, apenas alguns dias, o que totalizaria um período de três a quatro semanas⁽⁹⁾.

Já, em países periféricos, o atraso ao diagnóstico da TB, atribuído ao usuário foi superior a 30 dias⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Países com alta endemicidade, registraram atraso superior a 60 dias⁽¹²⁻¹³⁾.

Inquérito realizado em oito municípios do estado do Rio de Janeiro, que se propôs a estimar o tempo decorrido entre início dos sintomas e diagnóstico de tuberculose pulmonar, mostrou que a mediana do tempo do início dos sintomas até o diagnóstico foi de 68 dias⁽¹⁴⁾. Em Foz do Iguaçu, onde se analisou aspectos relacionados aos usuários e aos serviços de saúde no retardo ao diagnóstico da TB, verificou-se que a mediana do tempo de diagnóstico relacionado ao doente pulmonar foi de 30 dias (variação de zero a 1.095 dias). O tempo do serviço de saúde foi de 10 dias (mediana) com variação de zero a 365 dias⁽¹⁵⁾.

Considerando que os estudos relativos ao diagnóstico precoce da TB constitui temática elencada como prioridade em pesquisa para o Ministério de Ciência e Tecnologia e também como subagenda da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, concebe-se que investigações relacionadas às barreiras no diagnóstico constituem-se em importantes ferramentas para subsidiar o planejamento e atividades de controle da doença. Portanto, este estudo objetivou analisar o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da TB.

MÉTODOS

Pesquisa epidemiológica, seccional, de abordagem quantitativa, realizada em município da região nordeste do Brasil, com população estimada em 702.234 habitantes. O sistema municipal de saúde organiza-se de forma regionalizada, em cinco Distritos Sanitários com 180 Unidades Saúde da Família (USF) perfazendo uma cobertura de 84%⁽¹⁶⁾. Para os casos de TB coexistem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

O universo do estudo foi constituído por pacientes em tratamento de TB, domiciliados no município, sendo excluídos os pacientes menores de 18 anos e a população carcerária. O cálculo da amostra mínima considerou os parâmetros: erro amostral de 0,05;

intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 10%⁽¹⁷⁾. O valor obtido foi corrigido em relação à população de referência e considerando 15% de perdas, totalizando uma amostra de 101 usuários em tratamento de TB.

Os dados foram coletados nos meses de julho a outubro de 2009 por meio de fonte primária (entrevista com usuários). O questionário utilizado foi adaptado e validado⁽¹⁸⁾, contendo indicadores de avaliação das ações de controle da TB no âmbito da APS. Para este estudo foram eleitas 12 variáveis, que compuseram três indicadores de desempenho dos serviços da rede de atenção à saúde na atenção ao diagnóstico da TB.

- Indicador 1: Desempenho do primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário com TB (proximidade em relação ao domicílio; suspeita do profissional; solicitação de exame de escarro; encaminhamento a outros serviços para consulta médica e procedimentos diagnósticos; local do diagnóstico).
- Indicador 2: Desempenho dos serviços de saúde que realizaram o diagnóstico (orientação quanto à realização dos exames, disponibilidade de insumos para a realização dos exames diagnósticos; serviço de saúde que informou sobre os resultados dos exames).
- Indicador 3: Tempo de diagnóstico - frequência do tempo em dias que demorou a receber o diagnóstico.

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003*, para posterior transferência para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistic 9.0* da *Statsoft*. As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades, comparadas entre os diferentes serviços de saúde: Os Serviços de APS incluíram as Unidades de Saúde da Família; o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) - Referência Ambulatorial especializada para TB e Serviços Especializados (SE) agrupou Hospitais Gerais/Privados, Policlínicas, Consultórios Médicos Particulares. Os indicadores levantados foram submetidos a tratamento estatístico por meio de análise bivariada e teste de associação do qui-quadrado (χ^2). A análise do intervalo de tempo em que o usuário demorou a receber o diagnóstico de TB baseou-se em três parâmetros: ≤ 15 dias; ≤ 22 dias ≤ 30 dias.

Atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 196/96 do Conselho

Nacional de Saúde, este projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, sendo aprovado sob o nº 0589. O sigilo das informações contidas nos questionários foi garantido e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O primeiro serviço de saúde mais procurado pelo usuário quando começou a sentir os sinais e sintomas da doença foram as unidades da APS (46,5%), seguido dos SE (36,7%) e do PCT (16,8%) (Tabela 1). Do total de usuários que acessaram os serviços da APS, 100% o consideraram próximo em relação ao domicílio. Entre os que acessaram diretamente os SE e PCT, 89,1% e 94,1% respectivamente, os consideraram distantes de seus domicílios.

A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário e proximidade do mesmo em relação ao domicílio apresentou significância estatística ($p < 0,05$).

A suspeita de TB atribuída aos sinais e sintomas alcançou percentuais elevados - 82,3% no PCT, assim como a solicitação do exame bacteriológico requisitado para 100% dos casos, mostrando maior especificidade deste serviço. Os serviços da APS foram os que mais encaminharam os usuários para consulta médica e outros serviços (74,4%) e para realização de exame de escarro (55,3%). Encontrou-se evidência de associação estatística entre o primeiro serviço de saúde procurado e as variáveis de encaminhamento para outro serviço em busca de consulta médica e realização de exame de escarro, com $p < 0,05$.

Dos 47 usuários que acessaram os serviços da APS, 17 (36,2%) fizeram diagnóstico neste serviço, 23 (48,9%) foram diagnosticados no ambulatório do PCT e 7 (14,9%) nos SE. Verificou-se que dos 37 usuários que procuraram os SE como primeira escolha para investigar os sintomas percebidos, 15 (40,6%) obtiveram o diagnóstico realizado no PCT, mostrando, nestes casos, que os usuários transitaram apenas entre serviços de maior densidade tecnológica. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e a realização do diagnóstico pelo mesmo serviço de saúde. Os usuários que procuraram o ambulatório especializado (PCT) foram 100% diagnosticados neste serviço.

Tabela 1: Distribuição das variáveis relacionadas ao desempenho do primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário com tuberculose. João Pessoa, PB, Brasil, 2009 (n=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário com TB			P
	APS n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	
Proximidade em relação ao domicílio				
Sim	47 (100,0%)	1 (5,9%)	4 (10,9%)	0,0000
Não	0 (0,0%)	16 (94,1%)	33 (89,1%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Suspeita do profissional				
Tuberculose	25 (53,1%)	14 (82,3%)	16 (43,2%)	0,0267
Não tuberculose	22 (46,9%)	3 (17,7%)	21 (56,8%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Solicitação de exame de escarro				
Sim	26 (55,3%)	17 (100,0%)	14 (37,9%)	0,0001
Não	21 (44,7%)	0 (0,0%)	23 (62,1%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Encaminhamento a outro serviço para consulta				
Sim	35 (74,4%)	2 (11,8%)	25 (67,6%)	0,0000
Não	12 (25,6%)	15 (88,2%)	12 (32,4%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Encaminhamento a outro serviço para fazer exame escarro				
Sim	23 (55,3%)	0 (0,0%)	15 (40,5%)	0,0003
Não	21 (44,7%)	17 (100,0%)	22 (59,5%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Diagnóstico no primeiro serviço procurado				
Sim	17 (36,1%)	17 (100,0%)	22 (59,4%)	0,0000
Não	30 (63,9%)	0 (0,0%)	15 (40,6%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	
Local do Diagnóstico				
AB	17 (36,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,0000
PCT	23 (48,9%)	17 (100,0%)	15 (40,6%)	
Outros	7 (14,9%)	0 (0,0%)	22 (59,4%)	
TOTAL	47 (100,0%)	17 (100,0%)	37 (100,0%)	

Tabela 2: Distribuição das variáveis relacionadas ao desempenho do serviço de saúde que diagnosticou a tuberculose. João Pessoa, PB, Brasil, 2009 (n=101).

Variáveis	Serviço que Diagnosticou TB			P
	APS n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	
Orientação quanto à realização dos exames				
Sim	14 (82,3%)	50 (90,9%)	27 (93,1%)	0,1348
Não	3 (17,7%)	5 (9,1%)	2 (6,9%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Falta insumo para exames diagnósticos				
Sim	2 (11,8%)	1 (1,9%)	4 (13,8%)	0,2082
Não	15 (88,2%)	54 (98,1%)	25 (86,2%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	
Acesso aos resultados dos exames no serviço que solicitou				
Nunca	3 (17,6%)	4 (7,2%)	3 (10,3%)	0,0120
Às vezes	4 (23,5%)	1 (1,9%)	6 (20,7%)	
Sempre	10 (58,9%)	50 (90,9%)	20 (69,0%)	
TOTAL	17 (100,0%)	55 (100,0%)	29 (100,0%)	

A orientação quanto à realização dos exames parece ser uma prática comum entre os serviços de saúde e em geral os insumos para a coleta do material vêm sendo disponibilizados pelos serviços (Tabela 2). Contudo, não

houve associação estatística entre o serviço que diagnosticou a TB e as variáveis "orientação para realização dos exames" e "falta de material para realização dos exames diagnósticos".

Quanto à frequência com que o usuário recebeu os resultados dos exames solicitados no mesmo serviço que diagnosticou a TB, o PCT apresentou 90,9% de resposta positiva enquanto as Unidades da APS e os SE apresentaram 58,9% e 69,0%, respectivamente. Foi observado para essa variável uma associação estatística significativa ($p= 0,012$), mostrando, assim, a efetividade do PCT na assistência aos doentes de TB.

Com relação ao tempo em dias para o diagnóstico da TB (Tabela 3), observa-se quando considerado o parâmetro ≤ 15 dias, que em 65,3% dos casos, não houve atraso de diagnóstico. Ao analisar pelo parâmetro ≤ 30 dias, verificou-se que 84 (83,2%) foram diagnosticados no intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias e 17 (16,8%) obtiveram o diagnóstico tardiamente.

Tabela 3: Distribuição de frequência do tempo em dias que demorou a receber o diagnóstico de TB. João Pessoa, PB, Brasil, 2009 (n=101).

Tempo	Atraso	
	Sim	Não
≤ 15 dias	35 (34,7%)	66 (65,3%)
≤ 22 dias	32 (31,7%)	69 (68,3%)
≤ 30 dias	17 (16,8%)	84 (83,2%)

DISCUSSÃO

A atenção ao primeiro contato nos serviços da APS vem se consolidando no município em estudo, corroborando com os preceitos do Sistema Único de Saúde Brasileiro, cuja dinâmica prevê que as USF consolidem-se como porta de entrada na rede de atenção à saúde. A distância dos serviços de saúde em relação ao domicílio do usuário foi um importante fator de escolha pela busca de cuidados por ocasião dos sinais e sintomas da doença.

Estudo realizado em quatro capitais do Brasil (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), destacou "acessibilidade" como um dos fatores que define o uso regular do serviço de saúde⁽¹⁹⁾. A oferta de serviços descentralizados, geograficamente disponíveis, reduz o tempo de deslocamento e custo com transporte^(6,19).

Entretanto, essa lógica, que visa promover o acesso, não se configurou como um aspecto facilitador para a realização do diagnóstico da TB nos serviços da APS. O baixo percentual de suspeição e de solicitação de baciloscopia, o encaminhamento do usuário a outros serviços para realização dos exames, indicam baixa capacidade resolutive e deficiência no reconhecimento das necessidades da população e da oferta de meios diagnósticos.

O deslocamento da atenção para serviços de maior densidade tecnológica influencia atitudes e reforça a ideia de que os serviços especializados são mais resolutivos. Denuncia posturas contraditórias com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, cujo pressuposto contempla três sentidos diferentes e complementares: o de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o de reconhecimento do

ambiente, população e dinâmica social existente nestas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com os centros de referência⁽²⁰⁾. Ocasionalmente ou inconscientemente, a sobrevalorização, seja material ou simbólica, do uso de tecnologias de produto, em detrimento dos serviços de atenção básica, intensivos em tecnologias leves.

Estudo realizado em municípios prioritários do estado de São Paulo⁽²¹⁾ sobre o envolvimento de ESF no controle da TB confirma essa visão centralizadora das ações quando apresenta que as atividades relacionadas à TB são consideradas pelas equipes como competência exclusiva dos centros de referência para o tratamento da doença, contribuindo assim, para a falta de responsabilização dos serviços da APS com o controle da TB. Esta configuração fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde, compromete o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB, bem como a qualidade da interação profissional-usuário para o adequado manejo da doença⁽²¹⁾.

A capacidade do sistema de saúde consiste nas características que possibilitam a oferta de atenção, ou seja, nos recursos necessários para oferecer serviços e torná-los passíveis de ser utilizados. A habilidade dos profissionais dos serviços da APS em identificar necessidades de saúde e realizar a intervenção mais apropriada deve ser considerada aos que utilizam o serviço. Para se obter um diagnóstico preciso de TB é necessário a presença de profissionais de saúde capacitados e de meios disponíveis de diagnóstico no serviço⁽²²⁾. As equipes devem estar familiarizadas com as manifestações clínicas da TB e não devem hesitar em suspeitar da doença em indivíduos com sintomas

respiratórios, realizando uma investigação bacteriológica⁽³⁾.

Embora o PCT não tenha sido o local de primeira escolha na busca por cuidados, foi responsável por 55 (54,4%) dos casos diagnosticados. A disponibilidade imediata para realização da baciloscopia e de exames de imagem, além da presença de profissionais com diferentes especializações no PCT, são condições que colaboram na agilidade do diagnóstico. A orientação quanto à realização dos exames parece ser uma prática comum entre os serviços de saúde e em geral os insumos para a coleta do material vêm sendo disponibilizados pelos serviços, o que não implica na garantia de acesso mesmo sendo condição necessária para a realização dos mesmos.

Ainda que não se tenha parâmetros conclusivos quanto ao tempo ideal para que ocorra o diagnóstico da TB, fatores intrínsecos aos indivíduos (cultura, crenças, valores, renda) e aos sistemas de serviços de saúde (conformação, organização) devem ser considerados. Estudo que comparou o atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar entre os países de baixa e média renda, com os países de renda elevada, verificou que o atraso no diagnóstico nos países de baixa e média renda variou de 25 dias na China para 185 dias na Tanzânia, obtendo uma média de 67,8 dias e nos países de alta renda o atraso variou de 42 dias no Japão até 89 dias nos Estados Unidos, perfazendo uma média de 61,3 dias. Contudo, o atraso no diagnóstico entre os países periféricos e os países de renda elevada foi semelhante⁽⁹⁾.

No Paquistão, em Rawalpindi⁽²³⁾, constatou-se que a duração do atraso total entre o início dos sintomas ao diagnóstico inicial e tratamento foi de 56 dias. Usuários com idade acima de 35 anos tiveram atraso médio maior do que aqueles com idade entre 15 a 35 anos. Maior diferença foi observada em diferentes grupos comunitários. Os trabalhadores desempregados e não qualificados apresentaram 12 semanas de atraso. Já, entre os trabalhadores qualificados, o atraso foi de oito semanas⁽²³⁾.

Pesquisa realizada no estado de Sabah (Malásia) mostrou que 51,3 % dos usuários procuraram o serviço de saúde após 30 dias do início dos sintomas e 23,5% após 90 dias. O atraso do diagnóstico ocorreu predominantemente entre adultos de 30 a 39 anos que elegeram os estabelecimento privados como serviço de primeira escolha⁽¹³⁾.

No presente estudo, 16,8% dos casos investigados apresentaram atraso do diagnóstico da TB, quando

considerado o parâmetro superior a 30 dias. Os resultados, ora convergem e ora divergem de outras pesquisas. Contudo, é importante destacar que não há um parâmetro exato e mundialmente definido, para o que seja "atraso do diagnóstico". Especialmente, quando se trata da TB, devem ser considerados os distintos modelos de organização da rede de atenção à saúde; características da oferta e da disponibilidade de recursos; condições de acessibilidade funcional e geográfica dos serviços; especificidades da clientela no processo de busca e obtenção do cuidado.

Compreende-se, portanto, que as causas do retardo ao diagnóstico da TB diferem segundo à realidade de cada região/país, e não podem ser atribuídas exclusivamente às barreiras impostas pelos serviços de saúde. Assume-se que as características individuais da população em risco determinam seu comportamento de procura de cuidados e, por conseguinte, influencia diretamente no intervalo de tempo que o mesmo demora em buscar assistência em saúde.

CONCLUSÃO

A análise do desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB, permitiu identificar que as unidades da APS, apresentam limitações para atuar como porta de entrada no que diz respeito à suspeição de casos de TB e obtenção da confirmação diagnóstica da doença. Chama atenção que às etapas de procura e o ato de ingressar nos serviços de APS não representou condição necessária à utilização. Embora estes serviços, tenham sido preferencialmente acessados pelos usuários, a unidade de Referência Ambulatorial para atendimentos de casos de TB (PCT) permanece como principal serviço diagnosticador.

Tal conformação, potencializa uma lógica de produção de cuidados em que as unidades da APS limitam-se à ações de regulação de fluxo, pouco resolutivas. Indica, paradoxalmente, que na prática, as ações de suspeição, diagnóstico e tratamento dos casos de TB, atribuídas aos serviços da APS, vem sendo redirecionadas para à atenção especializada.

O melhor desempenho da atenção programática (PCT) pode estar associado às condições de acessibilidade funcional e técnica (horários flexíveis de funcionamento, qualidade da receptividade, acolhimento ordenado, menor tempo em confirmar o diagnóstico, comprometimento e qualificação dos profissionais para a suspeita da doença na primeira consulta.

Faz-se indispensável, portanto, repensar a capacidade da rede de atenção à saúde em prestar

cuidados mais coordenados, que minimize as barreiras de acesso e favoreça o diagnóstico oportuno da

tuberculose nos serviços da APS.

REFERÊNCIAS

- Belay M, Bjune G, Ameni G, Abebe F. Diagnostic and treatment delay among Tuberculosis patients in Afar Region, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012 [cited 2013, nov 15]; 23(12):369. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444375/pdf/1471-2458-12-369.pdf>
- Sá LD, Oliveira AAV, Collet N, Nogueira JA, Gomes ALC, Villa TCS. Cuidado ao doente de Tuberculose na Estratégia saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 [cited 2012 nov 11];46(2):356-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a13v46n2.pdf>
- Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2011 jul 24];18(6):1169-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_18.pdf
- Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Tuberculosis control: decentralization, local planning and management specificities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2011 aug 17];19(6):1289-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/03.pdf>
- Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, Scatena LM. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev. bras. epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2012 jul 25];14(2):207-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf>
- Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Monroe AA, Sá LD, Anjos UU, Villa TCS. Determinantes individuais e utilização dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose. *Rev enferm. UERJ*. 2013 [cited 2014 mar 25]; 21(3):371-8. Available from: <http://www.facef.uerj.br/v21n3/v21n3a16.pdf>
- Scatena LM, Villa TCS, Rufino Neto A, Kritisk AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2011 out 18];43(3):389-97. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_248.pdf
- Villa TCS, Ponce MAS, Wysocki AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, Brunello MEF, Beraldo AA, Scatena LM, Monroe AA, Silva Sobrinho RA, Sá LD; Nogueira JA, Assis MMA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2013 dez 17]; 21 (spec):190-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/24.pdf>
- Sreeramareddy CT, Menten J, Panduru KV, Van den Ende J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis*. 2009;11(9):91
- Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew A, Madeley RJ. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. *BMC Public Health*. 2009;9(53):1-10.
- Hussen A, Biadgilign S, Tessema F, Mohammed S, Deribe K, Deribew A. Treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in pastoralist communities in Bale Zone, Southeast Ethiopia. *BMC Research Notes*. 2012 [cited 2014, mar 25]; 5:320. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434087/pdf/1756-0500-5-320.pdf>
- Ukwaja KN, Alobu I, Nweke CO, Onyenwe E. Healthcare-seeking behavior, treatment delays and its determinants among pulmonary tuberculosis patients in rural Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013 [cited 2014, Jan 29]; 13:25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560225/>
- Rundi C, Fielding K, Godfrey-Faussett P, Rodrigues LC, Mangtani P. Delays in seeking treatment for symptomatic tuberculosis in Sabah, East Malaysia: factors for patient delay. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011, 15(9):1231-8.
- Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski A, Trajman A. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *J. bras. pneumol*. 2011 [cited 2014, Apr 2014]; 37(4):512-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n4/v37n4a14.pdf>
- Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Delays in the diagnosis of tuberculosis in a town at the triple border of Brazil, Paraguay, and Argentina. *Rev. Panam. Salud Publ* [Internet]. 2012 [cited 2012 nov 13];31(6):461-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n6/v31n6a03.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [citado 2010 jun 12]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Hair JrJF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman; 2005. p. 593.
- Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J. bras. pneumol* [Internet]. 2009 [cited 2010 fev 12];35(6):610-2. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132009000600014&script=sci_arttext
- Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publ* [Internet]. 2011 [cited 2012 out 22];29(2):84-95. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
- Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* [Internet]. 2006 [cited 2012 out 24];2(2):47-55. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9274>
- Monroe AA, Gonzáles RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev. esc. enferm. USP* 2008; 42(2):262-7.
- 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). *Cienc Saude Coletiva*. 2011; 16(9):3917-24.
- Saqib MAN, Awan IN, Rizvi SKA, Shahzad MI, Mirza ZS, Tahseen S et al. Delay in diagnosis of tuberculosis in Rawalpindi, Pakistan. *BMC Research Notes*. 2011 [cited, 2013, Dez 12]; 4:165. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/165>.

Artigo recebido em 03/04/2013.

Aprovado para publicação em 11/04/2014.

Artigo publicado em 30/09/2014.