



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

Instituto de Salud Publica, Facultad de Medicina -  
Universidad Nacional de Colombia

de Freitas Quintero, Maria Celeste; Figueiredo Vendramini, Silvia Helena; Sperli Gerald  
Santos, Maria de Lourdes; Rocha dos Santos, Marilene; Gazetta, Claudia Eli; Garcia  
Lourenção, Luciano; Sperli Gerald Soler, Zaida Aurora; da Cruz Oliveira, Sonia  
Aparecida; Gerald Marin dos Santos Sasaki, Natalia Sperli; Zanon Ponce, Maria Amélia;  
Domingues Wysocki, Anneliese; Scatena, Lucia Marina; Scatena Villa, Tereza Cristina

Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 1, Janeiro-Fevereiro, 2018, pp. 103-109

Instituto de Salud Publica, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

DOI: 10.15446/rsap.V20n1.64177

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42258457016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa acesso aberto

# Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte

## Access to diagnosis of tuberculosis in Brazilian medium-sized municipality

Maria Celeste de Freitas Quintero, Silvia Helena Figueiredo Vendramini, Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos, Marilene Rocha dos Santos, Claudia Eli Gazetta, Luciano Garcia Lourenção, Zaida Aurora Sperli Geraldos Soler, Sonia Aparecida da Cruz Oliveira, Natalia Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki, Maria Amélia Zanon Ponce, Anneliese Domingues Wysocki, Lucia Marina Scatena e Tereza Cristina Scatena Villa

Recebido 21 abril 2017 / Enviado para modificação 2 junho 2017 / Aprovado 7 outubro 2017

### RESUMO

**Objetivo** Avaliar o acesso ao diagnóstico de tuberculose, na perspectiva dos doentes.

**Métodos** Estudo transversal, com 108 doentes de tuberculose. Os dados foram coletados utilizando-se o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), validado para o Brasil, adaptado para atenção a tuberculose, incluiu indicadores socioeconômicos e demográficos, local do diagnóstico e de acesso ao diagnóstico de tuberculose. A análise dos dados foi de frequência, média, desvio-padrão, intervalo de confiança e teste Qui-quadrado.

**Resultados** A maioria dos casos foi diagnosticada em hospitais (52,8%). O doente procurou a Unidade de Saúde em média três vezes, para conseguir atendimento. Os indicadores dificuldade de deslocamento, gasto com transporte motorizado e consulta no prazo de 24 horas para descoberta da doença foram não satisfatórios e regulares. Conseguir consulta para descobrir a tuberculose em 24 horas, foi não satisfatório. O teste qui-quadrado mostrou associação estatística entre locais de diagnóstico e procura pela unidade de saúde mais próxima da casa.

**Conclusão** O diagnóstico precoce da Tuberculose na Atenção Primária apresenta fragilidades. São muitos desafios a serem enfrentados para o fortalecimento deste nível de atenção a saúde, com capacidade organizacional para a superação das deficiências relacionadas ao doente e ao serviço que dificultam o acesso ao diagnóstico da doença.

**Palabras-Chave:** Atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; diagnóstico (fonte: DeCS, BIREME).

### ABSTRACT

**Objetivo** Evaluating access to tuberculosis diagnosis, from the perspective of patients.

**Methods** Cross-sectional study with 108 tuberculosis patients. Data were collected using the brazilian instrument Primary Care Assessment Tool – PCAT-Brazil, adapted for attention to tuberculosis, including socio-economic and demographic indicators, location of diagnosis and diagnostic access tuberculosis. The analysis of the data was of frequency, average, standard deviation, confidence interval and Chi-square test.

**Results** Most cases were diagnosed in hospitals (52.8%). The patient sought the Health Unit on average three times until receiving medical care. The indicators of difficulty of displacement, expenditure on motorized transport and consultation within 24 hours to discover the disease were not satisfactory and regular. The chi-square test showed a statistical association between diagnosis location and seeking the nearest health unit from home.

**Conclusions** There are weaknesses in the early diagnosis of tuberculosis in primary care. There are many challenges to be faced to strengthen this level of health care,

MQ: Enf. M. Sc. Ciências da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. São Paulo, Brasil.

celeste.amantea@gmail.com

SV: Enf. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. SP, Brasil.

silviahve@gmail.com

MS: Enf. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. SP, Brasil.

mlsperli@gmail.com

MR: Enf. Doutora em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. SP, Brasil.

marilene@famerp.br

CG: Enf. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. SP, Brasil.

claudiagazetta@yahoo.com.br

LL: Enf. Doutor em Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

luciano.famerp@gmail.com

ZS: Enf. Livre-docente. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. SP, Brasil.

zaidaaurora@gmail.com

SO: Enf. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. SP, Brasil.

soniaoliveira@famerp.br

NS: Enf. Doutora em Ciências da Saúde. União das Faculdades dos Grandes Lagos. São José do Rio Preto. São Paulo, Brasil.

MP: Enf. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. São Paulo, Brasil.

AW: Enf. Doutora em Ciências. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Três Lagoas. Mato Grosso do Sul, Brasil.

lilisew@yahoo.com.br

LS: Eng. Produção Química, Doutora em Engenharia de Produção Hidráulica e Saneamento. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba. Minas Gerais, Brasil.

lmscatena@uol.com.br

TV: Enf. Livre-docente. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil.

tite@eerp.usp.br

with organizational capacity to overcome the shortcomings related to the patient and the service that make it difficult to access the diagnosis of the disease.

**Key Words:** Primary health care; health services accessibility; diagnosis; tuberculosis (*source: MeSH, NLM*).

## RESUMEN

### Acceso al diagnóstico de la tuberculosis en un municipio brasileño de mediano porte

**Objetivo** Evaluar el acceso al diagnóstico de tuberculosis, desde la perspectiva de los enfermos.

**Métodos** Estudio transversal con 108 pacientes de tuberculosis. Los datos fueron recolectados utilizando el instrumento Primary Care Assessment Tool -PCAT-Brasil-. El análisis de los datos incluyeron frecuencia, media, desviación estándar, intervalo de confianza y prueba Chi-cuadrado.

**Resultados** La mayoría de los casos fueron diagnosticados en hospitales (52,8%). El paciente buscó la Unidad de Salud en promedio tres veces, para conseguir atención. Los indicadores dificultad de desplazamiento, gasto con transporte motorizado y consulta en el plazo de 24 horas para el descubrimiento de la enfermedad, no fueron satisfactorios o regulares. La prueba de Chi-cuadrado mostró una asociación estadística entre el lugar de diagnóstico y la búsqueda de la unidad de salud más cercana al hogar.

**Conclusión** El diagnóstico precoz de la tuberculosis en la Atención Primaria presenta fallas. Son muchos los desafíos a enfrentar para mejorar la atención, la capacidad organizacional para superar las deficiencias relacionadas con el enfermo y el servicio, que dificultan el acceso al diagnóstico de la enfermedad.

**Palabras Clave:** Atención primaria de salud; accesibilidad a los servicios de salud; diagnóstico; tuberculosis (*fuentes: DeCS, BIREME*).

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública persistente em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil (1-3). Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estimulam a descentralização das ações de controle da TB para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), chamados de serviços de Atenção Básica (AB), no Brasil (4).

A dinâmica do funcionamento dos serviços de saúde depende da forma como são utilizados, tanto pelos indivíduos que procuram por cuidados de saúde, quanto pelos profissionais que os conduzem dentro do sistema de saúde. O uso desses serviços é determinado por fatores relacionados à forma como os serviços se organizam diante das necessidades de saúde, considerando aspectos relacionados aos usuários, aos prestadores de serviços e à política vigente (5).

Entretanto, passados quase trinta anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, apesar da ampliação da oferta de serviços, o acesso aos serviços da rede básica de saúde ainda representa um desafio (1).

Para avaliar os serviços de saúde em relação ao diagnóstico da TB, empregamos as terminologias acesso e/ou acessibilidade como referencial, considerando-as conceitos que se complementam.

O termo acesso pode ser considerado como a forma que a pessoa experimenta e percebe a conveniência das características do serviço de saúde relacionadas à localização, horários e dias de atendimento e ao grau de to-

lerância para consultas não agendadas (6). A acessibilidade se refere ao resultado de uma combinação de fatores de distintas dimensões, de ordem sociocultural, organizacional, geográfica e econômica (7).

Em relação à TB, por sua determinação social, econômica e cultural, tanto das pessoas, como dos serviços, é essencial o entendimento destes conceitos, considerando, dentre outros fatores, as evidências de que o diagnóstico da doença ainda é tardio (2,3,6,8-11).

Neste contexto, a TB é uma das doenças prioritárias no Brasil, sendo seu controle, responsabilidade principalmente dos serviços de APS, por meio de ações estratégicas mínimas, como busca ativa de casos, diagnóstico clínico e acesso a exames para diagnóstico, cadastramento dos portadores, tratamento e medidas preventivas (12,13).

Entretanto, o processo de incorporação das ações de controle da TB pelos serviços de APS vem enfrentando dificuldades de acesso agravadas pelo acolhimento inadequado e a baixa procura de sintomáticos respiratórios e de contatos intradomiciliares, além de problemas em suspeitar e diagnosticar a doença precocemente (2,3,10). O atraso do diagnóstico também pode ser influenciado pelo enfrentamento do doente, determinado pelo conhecimento, percepção, crenças e significados que este atribui à tuberculose (3,6,14,15).

A demora na realização do diagnóstico agrava a situação dos doentes, que acabam sendo encaminhados aos níveis secundários e terciários de atenção, já em estado avançado da doença, com sérios comprometimentos da saúde (15,16).

Diante das considerações apresentadas, este estudo teve como objetivo avaliar o acesso ao diagnóstico da TB, na perspectiva dos doentes, em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

## MÉTODO

Este artigo resulta do projeto multicêntrico “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”. Trata-se de um estudo transversal realizado em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, em 2007. O município, com população estimada de 402 770 habitantes, foi classificado na 2ª posição do ranking nacional de desenvolvimento das cidades.

A atenção à TB no município sempre foi centralizado no ambulatório de referência, que contava com equipes especializadas de Programa de Controle de Tuberculose. Apenas algumas ações eram desenvolvidas nos serviços de APS, tais como a busca ativa de sintomáticos respiratórios e Tratamento Supervisionado. A partir de 2009, o processo de descentralização tem se intensificado com a transferência, também, do diagnóstico e consultas médicas de controle.

### População de estudo

O tamanho da amostra foi calculado considerando o erro amostral de 0,05; Z de 1,96 para um intervalo de con-

fiança de 95,0% e P (proporção populacional) de 50,0%. O valor encontrado para o tamanho da amostra foi de 384 casos e, após correção para o tamanho da população, obteve-se 110 casos. Dos 110 casos entrevistados no período de 2006 a 2007, dois foram desconsiderados, por não obedecerem aos critérios de inclusão: maior de dezoito anos, residente no município e estar em tratamento há pelo menos um mês do período de coleta de dados.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield (5), validado para o Brasil por Macinko e Almeida (17) e adaptado para atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (18).

O instrumento incluiu indicadores socioeconômicos e demográficos (sexo, escolaridade, condições de moradia e de vida), local da consulta médica de controle e do tratamento supervisionado e nove questões referentes aos indicadores de acesso ao diagnóstico, representados pelas variáveis V1 a V9 (Quadro 1).

### Análise dos dados

Cada entrevistado respondeu aos itens do questionário numa escala de Likert com escala entre zero e cinco, sendo atribuído o valor zero para respostas não sei ou não se aplica e os valores de um a cinco para o grau de concordância das afirmações. As questões socioeconômicas e demográ-

**Quadro 1.** Distribuição de variáveis de acesso ao diagnóstico de TB

Variáveis	Indicadores de Acesso ao Diagnóstico
V1	Número de vezes que procurou a Unidade de Saúde para conseguir atendimento quando começou a ficar doente
V2	Teve dificuldade em se deslocar até a Unidade de Saúde
V3	Teve dificuldade para pedir informação por telefone
V4	Teve dificuldade para marcar consulta por telefone na Unidade de Saúde
V5	Deixou de trabalhar ou perdeu dia de trabalho ou compromisso para consultar na Unidade de Saúde
V6	Utilizou transporte motorizado para ir até a Unidade de Saúde quando começou a ficar doente
V7	Gastou dinheiro com transporte para ir até a Unidade de Saúde quando começou a ficar doente
V8	Conseguiu consulta para descobrir a doença no prazo de 24 horas na Unidade de Saúde quando começou a ficar doente
V9	Procurou a Unidade de Saúde mais próxima da sua casa quando começou a ficar doente de tuberculose

ficas, local do diagnóstico e Tratamento Supervisionado, foram registradas segundo escalas variadas de respostas dicotômicas, qualitativas ordinais, dentre outras.

Cada indicador de acesso ao diagnóstico correspondeu ao valor médio obtido pela somatória das respostas para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes.

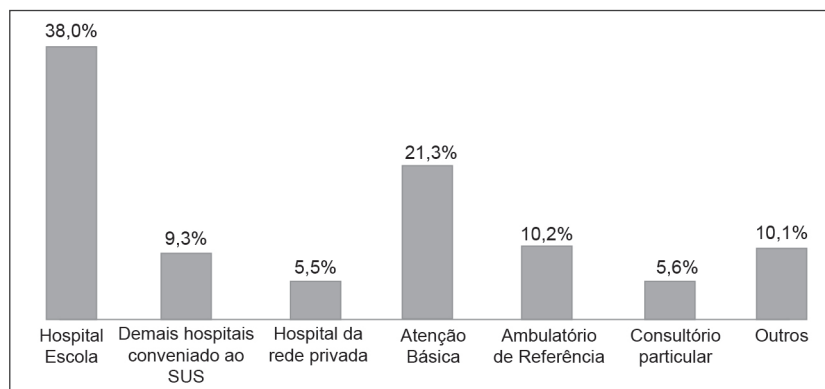
O desempenho do acesso ao diagnóstico foi classificado como não satisfatório (valores dos indicadores próximos de um e dois), regular (próximos de três) e satisfatório (próximos de quatro e cinco). Para associação entre variáveis independentes foi utilizado o teste Qui-quadrado.

Respeitando as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado em 21 de março de 2007, com o Parecer n.º 0762/2007.

## RESULTADOS

### Caracterização Socioeconômica e Demográfica

Dentre os entrevistados, 65,7% eram do sexo masculino; 6,5% sem escolaridade e 66,7% tinham de 1 a 8 anos de

**Figura 1:** Distribuição de frequência das respostas dos doentes de TB, segundo serviço que diagnosticou a doença**Tabela 1.** Valor médio, desvio padrão (DP) e intervalo de confiança (IC) dos indicadores de acesso ao diagnóstico segundo as respostas dos doentes de TB

Indicadores de Acesso ao Diagnóstico	Doentes		
	Média	DP	IC (95%)
Número de vezes que procurou a Unidade de Saúde para conseguir atendimento quando começou a ficar doente	3,1	1,7	[2,8; 3,6]
Teve dificuldade em se deslocar até a Unidade de Saúde	3,5	1,7	[3,1; 3,8]
Teve dificuldade para pedir informação por telefone	3,1	1,8	[2,8; 3,5]
Deixou de trabalhar ou perdeu dia de trabalho ou compromisso para consultar na Unidade de Saúde	3,0	1,8	[2,7; 3,3]
Utilizou transporte motorizado para ir até a Unidade de Saúde quando começou a ficar doente	1,9	1,6	[1,7; 2,2]
Gastou dinheiro com transporte para ir até a Unidade de Saúde quando começou a ficar doente	2,6	1,8	[2,2; 2,9]
Conseguiu consulta para descobrir a doença no prazo de 24 horas na Unidade de Saúde quando começou a ficar doente	2,5	1,7	[2,1; 2,8]
Procurou a Unidade de Saúde mais próxima da sua casa quando começou a ficar doente de TB	3,6	1,7	[3,3; 3,9]
Índice composto de acesso ao diagnóstico	3,0	1,8	[2,9; 3,1]

Padrão de respostas dos indicadores: a: (1) – 5 ou mais vezes; (2) – 4 vezes; (3) – 3 vezes; (4) – 2 vezes; (5) – 1 vez. b: (1) – sempre; (2) – quase sempre; (3) – às vezes; (4) – quase nunca; (5) – nunca. c: (1) – nunca; (2) – quase nunca; (3) – às vezes; (4) – quase sempre; (5) – sempre

estudo. Em relação às condições de moradia e de vida, 55,5% possuíam residência própria, 98,1% de alvenaria, 75,0% com quatro cômodos ou mais, 97,2% com banheiro e água encanada dentro de casa, 99,0% energia elétrica; 94,4% possuíam geladeira, 65,7% telefone, 51,0% carro, 91,7% rádio, 95,4% televisão; 53,7% coabitavam com quatro ou mais pessoas, 63,9% relataram não haver maiores de 60 anos em seu domicílio e 75,0% não haver crianças menores de 12 anos.

### Local de Diagnóstico

A Figura 1 apresenta os locais que diagnosticaram a TB, evidenciando a participação predominante dos Hospitais (52,8%), principalmente dos conveniados ao SUS (47,3%). Destes, destaca-se o Hospital Escola com 38,0%, contra 5,5% na rede hospitalar privada. A APS diagnosticou 21,3% dos casos. A rede privada foi responsável por 11,1% dos diagnósticos.

### Indicadores de acesso ao diagnóstico

O valor médio, o desvio padrão e o intervalo de confiança dos indicadores de acesso ao diagnóstico estão apresenta-

dos na Tabela 1. O índice composto de acesso ao diagnóstico foi avaliado como regular.

Conforme, os indicadores «Número de vezes que procurou a Unidade de Saúde para conseguir atendimento quando começou a ficar doente», «Teve dificuldade em se deslocar até a Unidade de Saúde», «Teve dificuldade para pedir informação por telefone», «Teve dificuldade para marcar consulta por telefone», «Deixou de trabalhar ou perdeu dia de trabalho ou compromisso para consultar», «Procurou a Unidade de Saúde mais próxima da sua casa», foram avaliados como regulares.

Os indicadores «Utilizou transporte motorizado para ir até a Unidade de Saúde», «Gastou dinheiro com transporte para ir até a Unidade de Saúde quando começou a ficar doente» e «Conseguiu consulta para descobrir a doença no prazo de 24 horas na Unidade de Saúde quando começou a ficar doente (50,0% relataram que nunca conseguiram consultas no prazo de 24 horas)» foram avaliados como não satisfatórios.

Os locais de diagnóstico e o item «Procurou a unidade de saúde mais próxima da sua casa» apresentaram associação estatística ( $p=0,010$ ). Na análise de resíduos, ob-



serviu-se que a casela composta por doentes que sempre foram à Unidade de Saúde mais próxima do seu domicílio e foram diagnosticados no Hospital Escola (34,6%) apresentaram associação estatística.

## DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico e demográfico dos doentes de tuberculose entrevistados é compatível com achados de outros estudos nacionais e internacionais que também evidenciam o predomínio do sexo masculino e baixo nível de escolaridade entre doentes de TB (8,15,19).

O município deste estudo apresenta uma área urbana segmentada social e espacialmente, com concentração de pessoas de baixo nível de escolaridade nas regiões periféricas (norte e nordeste), que albergam populações com piores indicadores sociais, econômicos e habitacionais, apesar das condições de acesso a escola e a educação serem melhores do que a média nacional (20). Fatores sociais e econômicos desfavoráveis, como desemprego e, conseqüentemente, a pobreza, tendem a afetar o acesso aos serviços de saúde (1,2,6,9,14).

Ressalta-se que a baixa escolaridade é um importante indicador social como barreira sociocultural no acesso aos serviços de saúde devido à deficiência de conhecimento e percepção, pelo doente, dos sinais e sintomas da doença, retardando a busca pelo serviço de diagnóstico (1,9,14,15,21).

As adequadas condições de vida e moradia, também evidenciadas nos resultados, provavelmente são reflexos das políticas de desfavelamento e financiamento de casas populares para a população de baixa renda no município. Uma pequena maioria possui melhores condições de moradia, no entanto, é importante considerar a parcela da população não incluída nestas condições, prestando atenção às contradições existentes por trás dos números, dando maior visibilidade à pobreza, com o cuidado de não banalizar as desigualdades sociais que intensificam a exclusão social.

Apesar de o município investir nas condições de vida, de moradia, escolaridade e de saúde, ainda persistem barreiras geográficas, socioculturais e econômicas que dificultam o acesso dos doentes aos serviços, pois esta população continua nas áreas periféricas, menos favorecidas e vulneráveis ao risco de desenvolver TB (1,3,9,10,15,16).

Este estudo também apontou barreiras geográficas relacionadas à distância entre a moradia do doente e a Unidade de Saúde, reforçando a importância da organização dos serviços de atenção primária, como porta de entrada aos serviços de saúde, na lógica de territorialidade (9), considerando que a proximidade da residência com a unidade de saúde é fator positivo para a procura pelo serviço já no início da doença. (1-3,9,15).

O município tem trabalhado na reorganização da rede de AB, redefinindo as áreas de abrangência das unidades de saúde, em proximidade às residências dos usuários. Porém, a distância da moradia ao serviço de saúde representou, além de barreira geográfica ao diagnóstico, uma barreira econômica, pelo impacto financeiro nas atividades profissionais e pessoais do doente, que perde o dia de trabalho ou compromissos para comparecer à consulta na unidade de saúde, mesmo mediante atestado médico, o que implica em perda de rendimentos e gastos com transporte (14,22). Esta situação pode desestimular o retorno do doente à unidade de saúde, o que reforça a importância do vínculo e do preparo dos serviços e dos profissionais de saúde para o acolhimento do paciente com suspeita de TB (12,22).

A literatura aponta o despreparo dos serviços de saúde e dos profissionais em relação a suspeita clínica e solicitação de exames como fator comum para o retardo do diagnóstico da doença (12,13,23).

É importante ressaltar que a média encontrada neste estudo, de três procuras para conseguir atendimento no serviço para o diagnóstico da TB, retrata barreiras organizacionais que podem retardar o diagnóstico da doença, tais como a burocracia do sistema de agendamento de consultas devido à demanda reprimida, que gera filas de espera ou procura por serviço de Pronto Atendimento (1-3,6,9,26).

As dificuldades dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em diagnosticar a doença, resultam em encaminhamentos ou na procura espontânea do doente pelos serviços de Pronto Atendimento que, por sua vez, não estão preparados para atender estes doentes e acabam por encaminhá-los para hospitais conveniados ao SUS, ainda sem diagnóstico (25).

Os resultados encontrados neste estudo são compatíveis com estas proposições, visto que muitos dos doentes estudados sempre frequentaram a Unidade de Saúde mais próxima do seu domicílio e tiveram o diagnóstico de TB no Hospital Escola do município. Este resultado reforça que o processo de descentralização das ações de controle da TB, inclusive o diagnóstico precoce, deve considerar a sensibilização e capacitação das pessoas, do nível local ao central, além da organização dos serviços e profissionais pautadas na realidade e necessidades reais da população.

Embora o diagnóstico e tratamento precoces da TB sejam considerados responsabilidade da AB, a literatura sugere que o âmbito hospitalar é o nível de atenção mais preparado para esse fim.

Um estudo realizado no município de São Paulo também constatou que os hospitais e serviços de Pronto-atendimentos foram os locais que mais descobriram a TB naquele município, sugerindo que estes sejam os locais prioritários para «se investir na agilidade e qualidade

do diagnóstico precoce, bem como na orientação adequada para o tratamento» (26).

Os autores ainda destacam que é importante e necessária a efetivação do fluxo de referência e contra referência entre os serviços de emergência e as Unidades Básicas de Saúde, para garantir a sistematização e continuidade do tratamento na AB (26).

Neste contexto, concordamos com a gradualidade da transferência das ações de controle para a AB, ressaltando a necessidade de investimentos também neste âmbito de atenção, tanto em suficiência e competência de recursos humanos, como na organização dos serviços, para o acolhimento adequado das pessoas (27).

Todavia, cabe salientar que este estudo apresenta algumas limitações, das quais destacamos: o longo período de coleta; as dificuldades de contato com o doente; a memória do doente quando questionado do passado; os resultados refletem a realidade de um município.

Os resultados deste estudo evidenciaram que, em relação ao acesso ao diagnóstico da TB, o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no município do estudo foi avaliado como regular e não satisfatório. Esta avaliação reforça a complexidade do acesso ao diagnóstico de TB nos serviços de APS, influenciado por diversos fatores inerentes ao doente e ao serviço, que se configuram em barreiras socioculturais, organizacionais, geográficas e econômicas.

Embora o município invista no fortalecimento da APS como porta de entrada aos outros serviços, e exista o vínculo dos usuários com esses serviços de saúde, a maioria dos diagnósticos ocorreu nos serviços hospitalares, indicando a falta de resolubilidade da APS. Há, portanto, uma barreira organizacional, provavelmente caracterizada pela falta de preparo dos profissionais e do serviço no manejo da TB. Os resultados também apontam o ônus financeiro e de tempo que afetam os doentes de tuberculose, retardando o diagnóstico e dificultando, mais uma vez, o controle da doença.

Assim, é possível concluir que o diagnóstico precoce da TB na atenção primária à saúde ainda apresenta fragilidades. São muitos os desafios a serem enfrentados para o fortalecimento deste nível de atenção, com capacidade organizacional para a superação das deficiências relacionadas ao doente e ao serviço que dificultam o acesso ao diagnóstico da TB.

**Agradecimentos:** Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento deste estudo (Processo CNPq/MS-SCTIE-DECIT 025/2006410547/2006-9).

**Conflito de Interesses:** Não declarado.

## REFERÊNCIAS

1. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc.* 2015; 24(1): 100-12.
2. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Neto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(5): 945-54.
3. Mizuhira VF, Gazetta CE, Vendramini SHF, Ponce MAZ, Wysocki AD, Villa TCS. Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. *Arq Ciênc Saúde.* 2015; 22(2): 159-63.
4. World Health Organization. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva: WHO; 2008.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
6. Sreeramareddy CT, Panduru KV, Menten J, Van den Ende J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis.* 2009; 9:91.
7. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana Saúde; 1997. p.114-20.
8. Vendramini SHF, Santos NSGM, Santos MLGS, Chiaravalloti-Neto F, Ponce MAZ, Gazetta CE, et al. Spatial analysis of tuberculosis/HIV coinfection: its relation with socioeconomic levels in a city in south-eastern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010; 43(5): 536-541.
9. Scatena LM, Villa TCS, Rufino-Netto A, Kritski 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.* 2009; 43(3): 389-397.
10. Harling G, Castro MC. A spatial analysis of social and economic determinants of tuberculosis in Brazil. *Health & place.* 2014; 25:56-67.
11. Santos NSGM, Santos MLGS, Vendramini SHF, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Chiaravalloti Neto F, et al. Tuberculose e análise espacial: Revisão da literatura. *Ciencia y enfermeira.* 2014; 20(2): 117-29.
12. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Neto R, Nogueira JA, et al. Managing the basic health unit in tuberculosis control: a field of challenges. *Rev Esc Enferm. USP.* 2010; 44(3): 659-64.
13. Belchior AS, Mainbourg EMT, Ferreira-Gonçalves MJ. Loss to follow-up in tuberculosis treatment and its relationship with patients' knowledge of the disease and other associated factors. *Rev. Salud Pública (Bogotá).* 2016;18 (5): 714-26.
14. 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.
15. Maciel EL, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010; 14(11): 1403-10.
16. Finnie RK, Khoza LB, van den Borne B, Mabunda T, Abotchie P, Mullen PD. Factors associated with patient and health care system delay in diagnosis and treatment for TB in sub-Saharan African countries with high burdens of TB and HIV. *Trop Med Int Health.* 2011; 16(4): 394-411.
17. Macinko J, Almeida C, De Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007; 22(3): 167-77.
18. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(6): 610-12.
19. Zenteno-Cuevas R, Montes-Villaseñor E, Morales-Romero J, Coronel-Martín GC, Cuevas B. Co-infection and risk factors of tuberculosis in a Mexican HIV+ population. *Rev Soc. Bras Med Trop.* 2011; 44(3): 282-5.
20. Vieira AB. Desigualdades socioespaciais intraurbana: uma análise comparativa de três cidades médias – Uberlândia, São José do Rio Preto e Presidente Prudente. *Geografia em Questão.* 2011; 4(1): 18-28.

21. Kipp AM, Punggrassami P, Nilmanat K, Sengupta S, Poole C, Strauss RP, et al. Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members. *BMC Public Health*. 2011; 11(1): 1.
22. Li Y, Ehiri J, Tang S, Li D, Bian Y, Lin H, et al. Factors associated with patient, and diagnostic delays in Chinese TB patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*. 2013; 11(1):1.
23. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(supl.1): 100-10.
24. Wei X, Chen J, Chen P, Newell JN, Li H, Sun C, et al. Barriers to TB care for rural-to-urban migrant TB patients in Shanghai: a qualitative study. *Trop Med Int Health*. 2009; 14(7): 754-60.
25. Abimbola S, Ukwaja KN, Onyedum CC, Negin J, Jan S, Martiniuk AL. Transaction costs of access to health care: Implications of the care-seeking pathways of tuberculosis patients for health system governance in Nigeria. *Glob Public Health*. 2015; 10(9): 1060-77.
26. Galesi VMN, Almeida MMB. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no Município de São Paulo. *Rev bras epidemiol*. 2007; 10(1): 48-55.
27. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales, RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica à tuberculose. *Rev Saude Publica*. 2009; 43 (5): 825-31.