

A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP*

THE FRONT DOOR OF THE RIBEIRÃO PRETO HEALTH SYSTEM FOR DIAGNOSING TUBERCULOSIS

PUERTA DE ENTRADA PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL SISTEMA DE SALUD DE RIBEIRÃO

Mayra Fernanda de Oliveira¹, Ricardo Alexandre Arcêncio², Antonio Ruffino-Netto³, Lúcia Marina Scatena⁴, Pedro Fredemir Palha⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶

RESUMO

O primeiro contato do doente de tuberculose (TB) com o sistema de saúde se dá na porta de entrada, e é fundamental para o acesso ao diagnóstico. Objetivou-se identificar e analisar a porta de entrada no sistema de saúde de Ribeirão Preto para o diagnóstico da TB. Baseou-se em um instrumento do Primary Care Assessment Tool, adaptado para a TB no Brasil. Realizou-se entrevista estruturada com 100 doentes de TB diagnosticados entre Junho de 2006 e Julho de 2007. Destes, 61% chegaram ao local de diagnóstico por encaminhamento e apenas 29% se apresentaram espontaneamente; 66% procuraram por serviços de atenção primária, 34% por serviços de nível secundário e terciário. Ademais, 89% foram diagnosticados em serviços públicos e destes, 44% foram diagnosticados nos pronto-atendimentos. Além disso, 88% foram diagnosticados fora de sua área de abrangência. Apesar dos doentes terem procurado atendimento na atenção primária e mais próximo de suas residências, o diagnóstico se deu na atenção secundária e terciária.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose
Diagnóstico
Acesso aos Serviços de Saúde
Atenção Primária à Saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

The first contact of TB (tuberculosis) patients with the health system occurs at the front door and is essential to access to diagnosis. The objective of this study was to identify and analyze patients' first contact with the health system for TB diagnosis in Ribeirão Preto. The study was based on an instrument of the Primary Care Assessment Tool, adapted for TB care in Brazil. Structure interviews were conducted with 100 TB patients diagnosed between June 2006 and July 2007. Of all patients, 61% were referred to the diagnosis place and only 29% sought the service spontaneously; 66% sought for primary care services, and 34% for secondary and tertiary services. Public services diagnosed 89% of all cases, 44% of which were diagnosed in emergency services. A total 88% of patients were not from the area covered by the service. Although patients have sought for primary care services, close to their houses, the diagnosis occurred in secondary and tertiary health care.

DESCRIPTORS

Tuberculosis
Diagnosis
Health Services Accessibility
Primary Health Care
Public health nursing

RESUMEN

El primer contacto del enfermo de tuberculosis (TB) con el sistema de salud acontece en la puerta de entrada y es fundamental para acceder al diagnóstico. Se objetivó identificar y analizar la entrada al sistema de salud de Ribeirão Preto para diagnóstico de TB. Se usó un instrumento del Primary Care Assessment Tool, adaptado para TB en Brasil. Se realizó entrevista estructurada con 100 pacientes de TB diagnosticados entre junio/2006 y julio/2007. 61% de los enfermos llegó al lugar de diagnóstico por derivación, apenas 29% se presentó espontáneamente. 66% solicitó servicios primarios, 34% procuraron servicios secundarios y terciarios. 89% fue diagnosticado en servicios públicos, de ellos, 44% fue diagnosticado en los servicios de urgencia. 88% fue diagnosticado fuera del área urbana correspondiente. A pesar de que los enfermos buscaron atención en el servicio de urgencias más próximo a sus domicilios, el diagnóstico se dio en atención secundaria y terciaria.

DESCRIPTORES

Tuberculosis
Diagnóstico
Accesibilidad a los Servicios de Salud
Atención Primaria de Salud
Enfermería em salud pública

* Extraído da tese "Acesso ao diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009. ¹ Doutora pelo Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. mayrafo@eerp.usp.br ² Professor Doutor do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ricardo@eerp.usp.br ³ Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. aruffino@fmrp.usp.br ⁴ Professora Adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. lscatena@eerp.usp.br ⁵ Professor Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br ⁶ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenadora da Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose REDE-TB. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A Tuberculose representa um grande problema de saúde nos países em desenvolvimento⁽¹⁾. O Brasil ocupa o 18º lugar em incidência da doença dentre os 22 países que detêm 80% da carga global de tuberculose. O país possui 92 mil casos novos de TB por ano, com uma incidência de 48 casos por 100 mil habitantes e prevalência de 60 casos por 100 mil habitantes. Os casos bacilíferos chegam a 49 mil por ano, os multidrogarresistentes representam 0,9% dos casos e o número de óbitos pela doença é de 8,4 mil por ano, representando uma taxa de mortalidade de 4,4 por 100 mil pessoas⁽²⁾.

O relatório da World Health Organization (WHO) aponta que em 2007 o Brasil apresentou taxa de detecção de casos de 78%, dentro da meta estabelecida, porém a taxa de cura de bacilíferos foi de 73%, abaixo da meta assinada⁽²⁾. A taxa de cura da TB está intimamente ligada à demora para o diagnóstico dos casos da doença. Há algum tempo a WHO destaca que o problema persiste não devido às formas de diagnóstico e de tratamento da doença e sim, à forma como os serviços de saúde se organizam para detectar e tratar os casos de TB⁽³⁾.

O aumento na demora para a realização do diagnóstico e início do tratamento leva ao aumento do risco de transmissão da doença, principalmente em ambientes urbanos, além de diminuir a chance de cura do doente de TB. Fatores relacionados ao doente bem como aos serviços de saúde podem contribuir para essa demora na realização do diagnóstico da TB e muitos desses estão interligados à organização dos serviços de saúde sejam eles públicos ou privados⁽⁴⁻⁵⁾. Estudos realizados em diferentes locais como Shanghai, Espanha, Hong Kong e Brasil mostraram que alguns desses fatores estão relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo doente de TB, tipo de serviço que realiza o diagnóstico e meios diagnósticos empregados pelo serviço de saúde^(4,6).

O quadro teórico que norteou as discussões desse estudo foi o da Atenção Primária (AP) e um de seus atributos que é a Porta de Entrada, proposto por Starfield⁽⁷⁾.

Segundo a autora, AP pode ser definida como aquele nível de atenção do sistema de saúde que funciona como Porta de Entrada para todas as necessidades de saúde das pessoas. A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. É responsável em coordenar, organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde⁽⁷⁾.

O primeiro contato do doente de TB com o sistema de saúde é fundamental para garantir o acesso ao diagnóstico da doença, sendo que esse se dá na porta de entrada do sistema. Embora pouco definido, o conceito de porta

de entrada é compreendido como o local ou o profissional a ser procurado como primeiro ponto de atenção a cada novo problema de saúde percebido, é o local de primeiro contato dentro do sistema de saúde⁽⁷⁾.

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que os serviços de Atenção Primária (AP) ou de Atenção Básica (AB), representados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) devem assumir essa função⁽⁸⁾.

O presente estudo teve como objetivo analisar a porta de entrada do doente de TB no acesso ao diagnóstico no município de Ribeirão Preto – SP.

OBJETIVO

Identificar e analisar a porta de entrada no sistema de saúde de Ribeirão Preto para o diagnóstico da TB.

MÉTODO

Este estudo insere-se no projeto multicêntrico *Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em regiões do Brasil* e trata-se de um inquérito epidemiológico prospectivo.

Foi desenvolvido entre julho e agosto de 2007 em Ribeirão Preto, um município com 547.417 habitantes, 189 casos novos de TB no ano, coeficiente de incidência de 34,5 casos por 100.000 habitantes. O índice de cura foi 78,7% e o tratamento supervisionado atingiu cobertura de 77,7%. O Programa de Controle da TB (PCT) é desenvolvido em cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), com equipes fixas, mas não exclusivas. O diagnóstico da TB pode ser realizado em qualquer ponto de atenção do município e as demais ações de controle da TB (consultas médicas e de enfermagem, acompanhamento do caso, distribuição de medicamentos, controle de comunicantes e tratamento supervisionado) são realizadas pelos PCT.

No período da coleta de dados, 133 doentes encontravam-se em tratamento. Selecionou-se uma amostra por conveniência de 100 doentes, maiores de 18 anos, residentes no município, fora do sistema prisional.

A pesquisa foi realizada a partir da adaptação de um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, elaborado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária⁽⁷⁾. Este instrumento foi adequado e validado para a Atenção Primária no Brasil⁽⁹⁾ e adaptado para a atenção à TB⁽¹⁰⁾.

Foram utilizadas sete variáveis relacionadas à porta de entrada do doente de TB no sistema de saúde, a saber: forma de apresentação ao diagnóstico; frequência de pro-

cura por serviço de atenção primária antes do diagnóstico; demanda por pronto socorro/hospital antes do diagnóstico; procura pela unidade de saúde próxima à residência; procura por serviço de saúde público ou privado; tipo de serviço de saúde onde foi realizado o diagnóstico; diagnóstico realizado dentro ou fora da área abrangência.

O instrumento foi dividido em duas partes, sendo que na primeira parte continha informações sócio-demográficas e endereços dos doentes e na segunda parte havia questões relacionadas à porta de entrada. Os dados da primeira parte do instrumento foram coletados do sistema de informação TB-WEB e para os dados da segunda parte foram realizadas entrevistas com os doentes.

Os entrevistados responderam cada item segundo uma escala Likert variando de um a cinco. Um indicador foi criado para cada pergunta e corresponde ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas dos entrevistados e dividido pelo total de respondentes.

Os dados foram dispostos em uma Tabela de entrada de dados do Software *Statística 7.0 da StatSoft*. Para identificar o serviço de saúde da área de abrangência do doente foi realizado o georreferenciamento dos endereços dos doentes de TB que participaram do estudo e dos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, incluindo UBS, Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), Unidades de Saúde da Família (USF), ambulatórios de referências (AR) e hospitais públicos. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, com construção de gráficos de frequência relativas e absolutas.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob o protocolo nº 0762/2007. As entrevistas somente foram realizadas após leitura e assinatura do termo de consentimento pelo entrevistado.

RESULTADOS

A Figura 1 mostra a forma como os doentes chegaram ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico de TB. Observa-se que a maior parte dos doentes de TB (61%) chegou ao local de diagnóstico por meio de encaminhamento feito por outros serviços de saúde ou profissionais de saúde devido a suspeita da doença. Apenas 29% dos doentes se apresentaram espontaneamente ao serviço que realizou o diagnóstico. A busca de sintomáticos respiratórios foi pouco enfatizada, pois somente 3% dos doentes foram diagnosticados dessa forma.

A Figura 2 elucida os tipos de serviços de saúde procurados pelos doentes de TB, como porta de entrada do sistema, quando iniciaram os sintomas da doença. Observa-se que a maior parte dos doentes (66%) procurou por serviços de atenção primária como porta de entrada como é preconizado pela PNAB, porém ainda há uma grande porcentagem de doentes (34%) que procura por serviços de nível secundário e terciário (pronto atendimentos e hospitais).

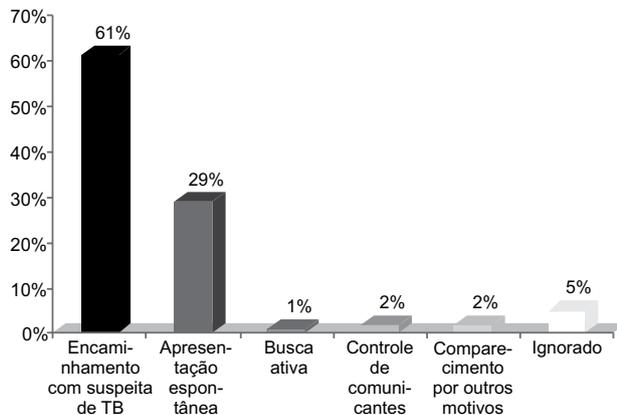


Figura 1 - Distribuição dos doentes TB diagnosticados segundo forma de apresentação para o diagnóstico - Ribeirão Preto - 2006 - 2007

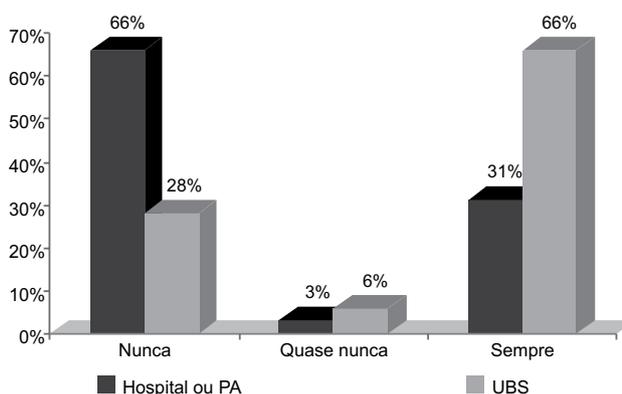


Figura 2 - Distribuição dos doentes segundo a frequência com que procuraram os serviços de saúde quando iniciaram os sintomas da TB - Ribeirão Preto - 2006-2007

A Figura 3 apresenta a frequência com que os doentes procuraram por serviços de saúde de sua área de abrangência ao primeiro contato quando iniciaram os sintomas da TB. Dos doentes entrevistados, 59% sempre procuraram por serviços de saúde de sua área de abrangência, ou seja, os mais próximos de sua residência, e 38%, uma porcentagem considerável, nunca procurou pelos serviços mais próximos de sua residência.

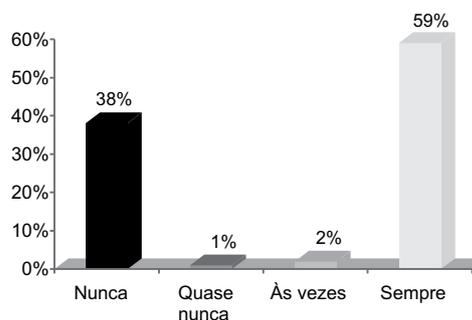


Figura 3 - Distribuição dos doentes de TB segundo a frequência com que procuraram a unidade de saúde de sua área de abrangência para o diagnóstico da doença - Ribeirão Preto - 2006-2007

A Figura 4 apresenta os tipos de serviços que realizaram o diagnóstico dos doentes de TB e se esses serviços se localizam dentro ou fora da área de abrangência dos doentes.

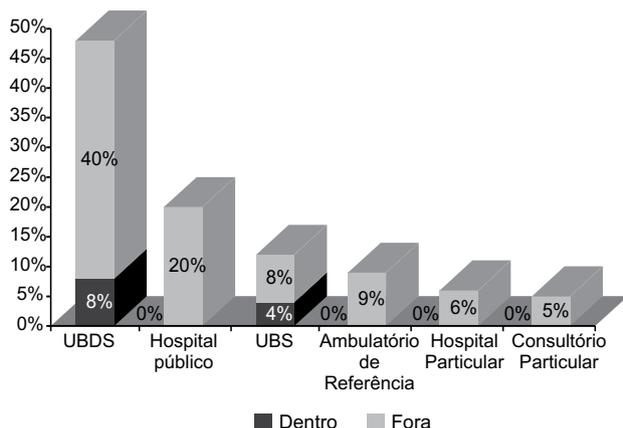


Figura 4 - Distribuição dos doentes de TB segundo a área de abrangência (dentro ou fora) e local de diagnóstico - Ribeirão Preto - 2006-2007

Com relação à natureza do serviço, 89% dos doentes foram diagnosticados em serviços públicos de saúde e apenas 11% em serviços privados. Dos doentes diagnosticados em serviços privados, 6% foram diagnosticados em hospitais privados e outros 5% em consultórios particulares.

Dos 89% diagnosticados em serviços públicos, observa-se que 48% foram diagnosticados em serviços de saúde (UBDS), sendo que 44% foram diagnosticados nos pronto atendimentos das UBDS (UBDS-PA) e 4% na atenção básica das UBDS. Ainda, 20% foram diagnosticados em hospitais públicos e 12% em UBS. Os ambulatórios de referência foram responsáveis pelo diagnóstico de 9% dos doentes.

O diagnóstico dos doentes foi realizado principalmente em unidades de nível secundário e terciário (UBDS-PA, Ambulatórios de referência e hospitais), somando-se 73% do total dos diagnósticos realizados. A atenção básica foi menos representativa no diagnóstico dos casos de TB estudados, com um total de apenas 16% dos casos.

Quanto à localização dos serviços de saúde, 88% dos doentes foram diagnosticados por serviços fora de sua área de abrangência, somente 12% foram diagnosticados pelos serviços mais próximos de sua residência.

DISCUSSÃO

A Figura 1 mostra a forma como os doentes se apresentaram aos serviços de saúde que diagnosticaram a TB. De acordo com os dados 61% dos doentes foram encaminhados por outros serviços de saúde. Isso significa que esses doentes procuraram por serviços de saúde com sintomas da TB, mas os profissionais de saúde os encaminharam a outros serviços para a realização do diagnóstico, contrariando o princípio da descentralização das ações de TB da PNAB⁽⁸⁾.

Isso pode ocorrer devido à debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos na atenção primária, à sobrecarga de funções e inadequada qualificação dos profissionais de saúde para lidarem com a TB⁽¹¹⁾. Para o preparo dos profissionais de saúde é necessária implantação de ações concretas nas universidades e escolas médicas, com tempo suficiente para o ensino teórico e a prática em campo e através da colaboração de médicos especialistas e sociedades científicas. Além disso, esse preparo deve ocorrer continuamente por meio de treinamentos. Ressalta-se, porém, a dificuldade que existe na programação desses treinamentos devido à impossibilidade de participação de grande parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes não podem ser liberados de seus setores pelo número restrito de recursos humanos. A falta de oportunidade de realização de treinamentos por parte dos profissionais os deixam despreparados para o manejo da TB e para atenderem aos protocolos nacionais de diagnóstico e acompanhamento dos doentes⁽¹²⁾.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto aponta a descentralização das ações do PCT como uma fortaleza que facilitaria o acesso dos doentes de TB aos serviços de saúde⁽¹³⁾. Porém outros autores apontam que a descentralização pode trazer também riscos como a falta de responsabilização por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁴⁾.

Quanto aos tipos de serviços de saúde procurados pelos doentes de TB como porta de entrada do sistema de saúde, apresentado na Figura 2, observa-se que a maior parte dos doentes (66%) sempre procurou por serviços de atenção primária para a obtenção do primeiro atendimento. Entretanto há uma porcentagem considerável de doentes (31%) que procuraram por serviços de nível secundário ou terciário (pronto atendimento ou hospital) para obtenção do primeiro atendimento para o diagnóstico da TB.

A escolha dos doentes pela procura por pronto atendimentos ou hospitais é pautada em experiências anteriores com determinados serviços de saúde e em aspectos culturais. Muitos doentes acreditam que os hospitais e pronto atendimentos (PA) são locais que possuem maior infraestrutura para diagnosticar e tratar problemas de saúde e, por isso, confiam mais nesses serviços. Para outros a preferência pelos hospitais e PA decorre do horário restrito de funcionamento dos serviços de atenção primária⁽¹⁵⁾.

De acordo com a Figura 3 observa-se que uma porcentagem considerável (38%) dos doentes preferiu procurar serviços de saúde mais distantes de seus domicílios ou fora da sua área de abrangência. Isso pode estar relacionado ao fato de que os doentes procuraram por hospitais ou PA para serem atendidos.

Um fator que pode levar os doentes a procurarem por serviços mais distantes é o estigma da doença. Os doentes têm medo de descobrirem que tem TB e que pessoas conhecidas saibam do seu problema de saúde. A TB ainda é uma doença que causa vergonha aos doentes, pois as pessoas desconhecem seu modo de transmissão e há uma grande ligação com o HIV⁽¹⁶⁾.

Com relação aos locais de diagnóstico apontados na Figura 4, observa-se que os serviços particulares foram responsáveis por apenas 11% dos diagnósticos realizados. Apesar de ser uma porcentagem ainda baixa, esse setor vem aumentando sua detecção de casos de TB.

Dois motivos podem explicar essa ainda baixa porcentagem do setor privado no diagnóstico da TB: A dificuldade dos profissionais desse setor para suspeitar de TB quando procurado pelos sintomáticos respiratórios e o fato de que a TB ainda atinge mais populações economicamente desfavorecidas que não possuem condições financeiras para consultar em serviços privados^(13,17).

Diferentes autores relatam que o fato de o doente ser atendido em serviços particulares leva ao aumento no tempo para a realização do diagnóstico de TB. Alguns fatores apontados pelos autores são os métodos diagnósticos utilizados por esses serviços, principalmente pelo uso do Raio-X, o fato de muitas vezes, desconhecerem a política de controle da tuberculose, não receberem incentivos financeiros para o controle da TB e por não suspeitarem de TB devido às características sócio-econômicas dos pacientes que os procuram^(1,5).

Os profissionais de setor privado de saúde têm a dificuldade de chegarem a suspeita da TB. Ainda existe a associação muito forte entre a TB e a pobreza e como a maior parte dos pacientes que procuram pelos serviços de saúde privada possui situação financeira estável, poucos médicos pensam na possibilidade da TB⁽¹⁾.

Há necessidade de integração entre setor público e setor privado, promovendo nesse último a divulgação e aplicação correta das ações de controle da TB melhorando o acesso ao diagnóstico à população assistida nesse setor, já que representa uma porta de entrada cada vez mais frequente dos doentes de TB.

Ainda pela Figura 4, observa-se a participação dos diferentes níveis de atenção à saúde no diagnóstico da TB. A figura mostra que a maior participação com relação ao setor público foi dos serviços de atenção secundária representados pelos pronto-atendimentos e ambulatórios de referência e de atenção terciária, representados pelos hospitais, somando esses dois níveis 73% dos doentes diagnosticados. As UBS e as USF representaram apenas 16% dos diagnósticos realizados.

Outro dado identificado na Figura 4 foi que 88% dos doentes foram diagnosticados em serviços de saúde localizados fora de sua área de abrangência, somente em 12% o diagnóstico ocorreu dentro da área de abrangência.

Isso comprova que muitos doentes são diagnosticados nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, uma vez que estes serviços não são as referências como porta de entrada e, muitas vezes necessitam que o doente seja referenciado por um serviço de atenção básica para eles. Segundo a PNAB, a TB deve ser uma das prioridades nos ser-

viços de AB, e os pacientes devem ser diagnosticados nesse nível de atenção por ser o mais próximo da população.

Analisando-se as Figuras 2, 3 e 4 em conjunto, nota-se que a maioria dos doentes procurou por assistência nos serviços de atenção primária quando começou a sentir-se doente (66%), porém a minoria dos doentes foi diagnosticada por serviços de atenção primária (16%). Além disso, a maioria dos doentes procurou por assistência em serviços de sua área de abrangência, o mais próximo de sua residência (59%), porém somente 12% foram diagnosticados dentro de sua área de abrangência.

Isso significa que apesar de os doentes terem procurado por atendimento na atenção primária e mais próximo de suas residências, a resolatividade se deu mesmo na atenção secundária e/ou terciária, em serviços fora de suas áreas de abrangência.

Esses dados mostram que uma quantidade expressiva de doentes não está sendo diagnosticada por serviços de atenção primária, mas sim, por serviços de pronto atendimento e hospitais. Esses serviços, pela própria lógica de funcionamento devem ter o mais fácil acesso com relação aos demais devido aos horários de funcionamento e por não necessitarem de agendamento de consulta para atendimento do doente, proporcionando rapidez no atendimento⁽¹⁸⁾.

Em um estudo realizado na Espanha encontrou-se que um fator relacionado à maior demora para o diagnóstico da TB é o fato de o doente ter se apresentado com sintomas em unidades de atenção primária, devido ao fato do despreparo para a realização do diagnóstico da doença. No mesmo estudo, o fato de o doente procurar por hospital para atendimento com sintomas de TB representou uma diminuição no tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença⁽⁵⁾.

Os serviços de atenção primária são baseados, na maior parte das vezes, na demanda espontânea, modelo no qual se espera que o indivíduo com Tuberculose procure pelo serviço de saúde ao perceber algum sinal ou sintoma da doença⁽¹⁹⁾.

Entretanto, no espaço de tempo entre a percepção dos sintomas até o diagnóstico, muitos fatores poderão intervir, significando que o doente poderá permanecer mais tempo sem tratamento, piorando seu estado e disseminando a doença na comunidade⁽²⁰⁾. Muitas vezes quando percebe a sintomatologia, o doente já se encontra num estágio mais avançado da doença e, ao procurar pelo serviço de saúde, acaba por ser hospitalizado, quando então será feito o diagnóstico⁽²¹⁾.

Acredita-se que muitos casos de tuberculose não são diagnosticados, seja por não terem acesso aos serviços de saúde mesmo com o Tratamento Supervisionado⁽²²⁻²³⁾, ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios⁽¹³⁾. Isso demonstra o modelo de atenção fragmentado, que supervaloriza a especialidade, não atentando às questões de promoção e prevenção, valorizando apenas as ações curativas⁽¹²⁾.

Devido às falhas no processo de busca e diagnóstico dos casos de TB, muitos doentes não são diagnosticados nas fases iniciais da doença e são encaminhados numa fase mais avançada, necessitando de hospitalização devido ao mau estado geral e à caquexia, o que torna os hospitais locais de acesso ao diagnóstico cada vez mais frequentes⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Apesar da maioria dos doentes ter buscado por atendimento em UBS e serviços próximos de sua residência quando iniciaram os sintomas da TB, o diagnóstico da maior parte dos doentes foi realizado em pronto-atendimentos (44%) e em hospitais (26%). Ainda, houve predomínio do diagnóstico realizado fora da área de abrangên-

cia. A representatividade dos serviços particulares e de atenção primária no diagnóstico foi baixa.

Os resultados de pesquisa indicaram que existem vários elementos que concorrem para que a atenção dispensada a Atenção Básica não contemple a sua resolutividade corroborando para que a doença permaneça ainda como um problema de saúde pública.

Um dos pontos cruciais é a forma de organização dos serviços de saúde no âmbito local, o qual tem privilegiado a lógica na atenção á demanda espontânea em detrimento a necessidade de reorganizar sob o prisma das condições crônicas que exigem resolubilidade na atenção, qualificação dos profissionais para lidar com doenças que envolvem múltiplos aspectos na sua assistência como: culturais, sociais, econômicos e de subjetividades.

REFERÊNCIAS

1. Habibullah S, Sadiq A, Anwar T, Sheikh MA. Diagnosis delay in tuberculosis and its consequences. *Pak J Med Sci Q*. 2004;20(3):266-9.
2. World Health Organization (WHO). Tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2009. Geneva; 2009.
3. World Health Organization (WHO). What is dots? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva; 1999.
4. Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2007;13(3):221-7.
5. Díez M, Bleda MJ, Alcaide J, Castells C, Cardenal JI, Domínguez A, et al. Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. *Eur J Public Health*. 2005;15(4):343-9.
6. Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Lucana-Silva NLCL, Braga C, Campelo ARL, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. *BMC Public Health*. 2005;5(25):1-8.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2007.
9. 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 em nível local. Brasília: OMS/OPAS; 2006.
10. 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):610-2.
11. Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, 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.
12. Oliveira MF, Cardozo Gonzales RI, Villa TCS, Ruffino Netto A. Search for Respiratory Symptomatic (RS) in DOTS implementation in São Paulo State (2005). In: Ruffino Netto A, Villa TCS. Tuberculosis treatment: dots implementation in some regions of Brazil background and regional features. Brasília: OPAS; 2007. p. 93-102.
13. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):315-21.
14. Frieden TR, Driver CR. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003;83(1):82-5.
15. Liefoghe R, Baliddawa JB, Kipruto EM, Vermeira C, Munnynck AOD. From their all perspectives: a Kenya community's perception of tuberculosis. *Trop Med Int Health*. 1997; 2(8):809-21.
16. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plan*. 2004;19(2):69-79.
17. Long NH, Johansson E, Lönnroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan VK. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999;3(5):388-93.

-
18. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos Serviços de Saúde: texto de apoio da unidade 1 [Internet]. Brasília: OPAS; 1997 [citado 2009 jun. 15]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf
 19. Teixeira CF, Paim JS, VilasBoas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Teixeira CF, organizadora. Promoção e vigilância da saúde. Salvador: ISC; 2000. p. 23-52.
 20. Silva MD. Fatores associados à demora para o início do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 2002.
 21. Galesi VMN. Mortalidade por tuberculose no Município de São Paulo, análise de uma década, 1986 a 1995 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
 22. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):98-104.
 23. Cardozo Gonzales RI, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):628-34.