

ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Diagnosis of tuberculosis access in Primary Health Care

Alcivan Nunes Vieira¹, Deivson Wendell da Costa Lima²,
Jéssika Barbosa de Souza³, Andreza Carla Queiroz Bezerra Leite⁴,
Carla Patricia Pereira de Medeiros⁵, Hugmara Araújo da Fonseca⁶

RESUMO

Esta pesquisa objetivou descrever o acesso ao diagnóstico da tuberculose (TB) na Atenção Primária à Saúde (APS). Os sujeitos foram pacientes com diagnóstico de TB em situação de internação hospitalar. Os dados foram produzidos por meio de um formulário voltado à caracterização dos pacientes e de uma entrevista semiestruturada com as seguintes questões: como você descobriu que estava com TB? Como foi o acesso aos exames que diagnosticaram a doença? A análise dos dados foi quantitativa frequencial para os dados obtidos no formulário, e para a entrevista semiestruturada, foi aplicada a análise de conteúdo de Bardin. Identificou-se que o primeiro nível de assistência procurado por 57% dos pacientes foram as unidades de APS; quanto ao diagnóstico da doença, para 43% dos pacientes, foi realizado em alguma clínica privada não conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS); o mesmo percentual teve o diagnóstico confirmado no serviço especializado em doenças infectocontagiosas e em algum serviço de pronto atendimento. Em apenas 14% dos casos, o diagnóstico ocorreu na APS. O acesso ao diagnóstico da TB na APS encontra-se deficiente, o que contribui para que o tratamento seja retardado e a disseminação da doença não seja contida.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Doenças Transmissíveis; Tuberculose.

ABSTRACT

This study aimed to describe the diagnosis of tuberculosis access in Primary Health Care. The subjects were hospitalized patients diagnosed with tuberculosis. Data were produced through a form for the characterization of patients and a semi-structured interview with the following questions: How did you know you had TB? How was the access to tests that diagnosed the disease? Data analysis was frequential for quantitative data on the form, and the semi-structured interview content analysis of Bardin was applied. It was found that the first level of assistance sought by 57% of patients were Primary Health Care units; regarding the diagnosis of the disease, 43% of the patients performed it in a private clinic not contracted by the SUS; the same percentage had the diagnosis confirmed in service specializing in infectious diseases and some emergency service. In only 14% of cases, the diagnosis happened in APS. Access to the diagnosis of tuberculosis in Primary Health Care is deficient, which contributes to a delayed treatment and the not contained spread of the disease.

KEYWORDS: Primary Health Care; Communicable Diseases; Tuberculosis.

¹ Enfermeiro. Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: alcivannunes@uern.br.

² Enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

³ Aluna de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

⁴ Aluna de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

⁵ Aluna de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

⁶ Enfermeira assistencial do Hospital Regional Rafael Fernandes.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser considerada uma enfermidade prevenível e curável, a tuberculose (TB) ainda se configura como um grave problema de saúde pública no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve um declínio da mortalidade e da incidência da doença no mundo, mas um terço da população mundial está infectado; 22 países concentram 80% dos casos confirmados; um milhão de pessoas ainda morrem devido à doença a cada ano.¹

Em relação ao Brasil, a taxa de incidência é de 35,8 por 100 mil habitantes e 70 mil novos casos foram diagnosticados em 2012; o país ocupa o 17º lugar entre os 22 países que concentram 80% dos casos.²

Mesmo ocupando o 22º lugar na taxa de incidência, na prevalência e na mortalidade entre os países de alta carga, o Brasil apresentou, entre 1990 e 2012, uma diminuição de 30,1% na sua taxa de prevalência.²

Esse período corresponde tanto à implantação do Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) dentro das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) quanto à implementação e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) em quase todos os municípios brasileiros.³

Esse cenário indica um dos impactos da APS nas ações de prevenção, controle e tratamento da TB; nesse nível de atenção, o SUS disponibiliza, por meio do PCT, ações de prevenção, controle e tratamento da doença.³

Para o Ministério da Saúde (MS), a APS é, preferencialmente, a primeira porta de acesso de um caso suspeito de TB ao sistema de saúde, devendo, portanto, estar preparada para assegurar com agilidade e eficácia o acesso ao processo de investigação diagnóstica dos casos suspeitos.⁴

De acordo com os parâmetros do PCT para o acesso ao diagnóstico da TB, essa perspectiva ainda não se consolidou no país; muitos casos da doença ainda são diagnosticados em outros serviços, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), os serviços especiais de acesso aberto, como os ambulatórios de referência em HIV/aids e TB, e, ainda, nas UPAs.⁵

Apesar de o diagnóstico da TB exigir tecnologias de baixa complexidade assistencial e a efetividade do tratamento mediante esquema terapêutico preconizado ser elevada, o PCT ainda encontra fragilidades na sua operacionalização na APS. Tais dificuldades repercutem diretamente na interrupção da cadeia de transmissão da doença e no acompanhamento dos casos confirmados, ações essenciais no controle da TB.⁶

Apesar da existência de cura e de ações sistemáticas voltadas ao controle da TB no âmbito do SUS, o Brasil ainda apresenta alguns indicadores que evidenciam lacu-

nas assistenciais no acompanhamento da doença. Um dos indicadores que têm chamado a atenção das autoridades sanitárias é a ocorrência de internações devidas à TB em si ou às suas complicações.²

Uma grande parte dos pacientes com TB ainda está sendo internada, evidenciando dificuldades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado no âmbito da APS. As internações por TB podem ser um reflexo de rupturas assistenciais, implicando o agravamento dos casos e até a ocorrência de resistência aos fármacos anti-TB.²

Segundo o Departamento de Informática do SUS (Datasus), entre 2008 e 2011, as internações no Brasil foram, respectivamente, de 4.617, 4.323, 4.720 e 4.840 pacientes. Ao tomar especificamente a situação do estado do Rio Grande do Norte como exemplo, este apresentou a mesma tendência de crescimento na quantidade de internações para o mesmo período; foram internados 336, 366, 398 e 415 pacientes, respectivamente.⁷

Uma vez que o país conta com a APS em todos os seus municípios e, em tese, esta está habilitada para desenvolver as ações do PCT, espera-se que o acesso ao diagnóstico e ao tratamento seja assegurado nas UBSs, evitando, portanto, o agravamento dos casos a ponto de haver demanda pela internação hospitalar.

Com base nessa problemática, este estudo teve o objetivo de identificar como está sendo efetivado o diagnóstico da TB no âmbito da APS. A relevância do estudo está na possibilidade de se identificarem as rupturas assistenciais que têm dificultado a realização do diagnóstico da doença na APS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva cujos sujeitos foram pacientes com diagnóstico de TB e em situação de internação hospitalar. Foi realizada em um hospital de referência regional para doenças infectocontagiosas do estado do Rio Grande do Norte, no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

O recrutamento dos sujeitos foi feito pelos próprios pesquisadores, nas dependências do referido serviço. Os critérios de inclusão adotados foram: ser paciente com diagnóstico de TB, estar em acompanhamento pela APS, estar na condição de paciente cuja internação fosse devida à TB como causa principal ou por suas complicações (debilidade clínica, insuficiência respiratória, agravamento dos sintomas, intolerância medicamentosa ao tratamento).

Como critérios de exclusão, foram adotados: paciente com idade inferior a 18 anos, paciente cujas condições clínicas impossibilitassem a abordagem dos pesquisadores mediante recomendação do médico-assistente.

Os dados foram produzidos por meio de duas técnicas: inicialmente, foi aplicado um formulário com questões sobre a caracterização desses pacientes quanto a idade, escolaridade, renda, ocupação e procedência, qual o primeiro serviço procurado pelos pacientes quando apresentaram sintomas da TB e onde o diagnóstico foi realizado.

Em seguida, foi realizada uma entrevista semiestruturada constituída pelas seguintes questões norteadoras: como você descobriu que estava com TB? Como foi o acesso aos exames que diagnosticaram a doença?

Os dados coletados na caracterização dos pacientes e do acesso ao diagnóstico foram organizados no tópico Perfil dos entrevistados e caracterização da busca por atendimento; para esses dados, foi realizada uma análise quantitativa frequencial.

Para os dados coletados na entrevista semiestruturada, foi realizada uma análise temática organizada nos seguintes tópicos: a APS como porta de entrada no sistema de saúde; sentimentos sobre a condição de ser portador de TB pulmonar.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/Uern), tendo sido aprovada com o protocolo de número 119.207, de 2 de outubro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados e caracterização da busca por atendimento

Todos os sujeitos pesquisados eram do sexo masculino, com idades entre 19 e 90 anos; a maior incidência da doença em pessoas do sexo masculino pode ter relação com a maior exposição do homem fora do lar e, ainda, pelo fato de que, culturalmente, o homem recorre menos aos serviços de saúde.⁸

Quanto ao nível de escolaridade, 57% possuíam Ensino Fundamental incompleto, 28% eram analfabetos e 15% relataram ter cursado Ensino Médio incompleto. Enquanto indicador social, o baixo nível de escolaridade está relacionado às taxas de incidência e prevalência da TB, além de ter repercussões no conhecimento acerca da doença e na adesão às medidas de controle.⁹

Essa condição interfere também na adesão ao tratamento, dada a sua duração e os possíveis efeitos adversos das drogas; essa situação também se associa ao fato de que os profissionais que atendem esses pacientes nem sempre destinam o tempo necessário para as atividades educativas em âmbitos individual e coletivo.⁹

A escolaridade dos pacientes tem sido frequentemente associada a abandono do tratamento, fato que favorece

o surgimento de cepas de bacilos multirresistentes; essa situação preocupa a OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), pois vem se apresentando como um dos maiores obstáculos para o controle e a eliminação da doença. Essas cepas surgem quando o paciente abandona o tratamento ou, ainda, quando não é devidamente acompanhado pela APS.⁸

Quanto à ocupação, 85% dos pacientes desenvolviam algum tipo de trabalho informal e 15% possuíam vínculo empregatício formal; a renda familiar ficou entre R\$ 300,00 e R\$ 2.000,00; em relação à procedência, 86% eram provenientes da zona urbana do município.

As condições de vida e saúde são determinantes na ocorrência de TB, destacando-se o papel dos indicadores de desigualdade social, como o acesso à moradia, a alimentação e a assistência à saúde. Assim, a distribuição da doença sofre influência da extensão territorial, do crescimento populacional desordenado e da concentração populacional nas periferias das cidades.²

Nos relatos, foi identificado que o primeiro serviço de saúde procurado por 57% dos pacientes foram às unidades básicas de saúde (UBSs), às quais estavam vinculados; 28% buscaram atenção em alguma unidade de pronto atendimento (UPA) ou em um hospital com serviço de urgência e emergência. Em apenas 15% dos casos, o contato inicial foi realizado diretamente em uma clínica privada.

A APS e a UPA já foram consideradas portas de acesso ao diagnóstico da TB em outros estudos: a primeira, por sua abrangência territorial, que cria um fluxo natural na procura por assistência à saúde; a segunda, em muitos casos, porque, em geral, dispõe de serviço de apoio diagnóstico por 24 horas, o que facilita o acesso ao exame de radiografia. Quando avaliado com as informações clínicas e epidemiológicas, esse exame possibilita o diagnóstico da doença.¹⁰

Diante dos sintomas manifestos, os entrevistados buscaram, inicialmente, a assistência na APS onde foram realizados os seguintes diagnósticos: gripe comum, pneumonia, infecção de vias aéreas superiores ou infecção respiratória inespecífica. Em quase todos os relatos, esse foi o primeiro e único contato com a APS.

Na APS, segundo as diretrizes do PCT, a atenção deve estar organizada nos eixos da prevenção da doença, da detecção precoce dos casos suspeitos e do acompanhamento dos casos confirmados. As ações devem estar fundamentadas na capacidade de a equipe acolher o caso suspeito e assegurar o acesso aos exames de baciloscopia e radiografia do tórax. Esse nível de atenção deve se responsabilizar, ainda, pela busca ativa de sintomáticos respiratórios e pela avaliação dos comunicantes de um paciente que teve a doença confirmada.⁶

O diagnóstico precoce de TB é imprescindível para o controle da doença, entretanto pode ser influenciado tanto por aspectos relacionados ao paciente quanto por aspectos decorrentes da própria organização do sistema de saúde, de forma que sua realização, em muitos casos, ocorre em um período de tempo antes do qual geralmente poderia ser realizado.¹⁰

A comunicação entre os níveis desse sistema deve estar em consonância com a padronização dos procedimentos estabelecida em âmbito nacional pelo MSinistério da Saúde e de acordo com as recomendações internacionais acerca do controle de qualidade da descentralização dos serviços. Esse controle deve ser estabelecido e priorizado principalmente pela APS, organizada na estratégia saúde da família (ESF) e nas diretrizes organizacionais do SUS.¹¹

Entretanto, quanto ao diagnóstico da doença, para 43% dos pacientes, foi realizado em alguma clínica privada não conveniada com o SUS; o mesmo percentual teve o diagnóstico confirmado no serviço especializado em doenças infectocontagiosas. Nessas situações, a procura por tais serviços foi espontânea, em decorrência da dificuldade em realizá-los na APS.

Em apenas 14% dos casos o diagnóstico ocorreu na APS e o tempo médio entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica foi de aproximadamente 20 a 40 dias. Constatou-se que 70% dos entrevistados recorreram aos serviços, fossem públicos ou privados, por mais de duas vezes, para que o diagnóstico fosse confirmado.

Embora não exista um consenso sobre o intervalo de tempo aceitável entre a procura pelo serviço de saúde e a confirmação de TB, a dificuldade em diagnosticá-la não se deve somente à sua baixa suspeita, mas também à falta de agilidade na realização e disponibilização dos resultados dos exames.¹²

O diagnóstico precoce e a instituição da terapêutica são as medidas mais efetivas para controlar TB. A demora em diagnosticar a doença contribui para o agravamento dos casos e eleva a mortalidade e a disseminação do bacilo. Alguns estudos apontam como causas para essa demora a baixa sensibilidade da baciloscopia de escarro, as abordagens terapêuticas prévias por meio do uso de antibióticos e outros medicamentos, além da ausência de escarro.¹²

Segundo o MSinistério da Saúde, a baciloscopia de escarro é o exame preconizado para o diagnóstico da TB, sendo considerado o mais acessível na APS; é de baixa complexidade, apesar de sua sensibilidade ser afetada pelo uso de medicamentos ou por outras doenças que impedem a formação do escarro.¹³

Cerca de 60% dos casos de TB pulmonar são bacilíferos; quando o exame é realizado atendendo aos critérios

que asseguram sua qualidade, a baciloscopia consegue detectar entre 60% e 80% dos casos de TB pulmonar. Nesses termos, a baciloscopia de escarro é um exame primordial para detectar a doença e seu acesso deve ser assegurado pela APS.²

Apesar dessa orientação do MSinistério da Saúde, o acesso a esse exame nem sempre corresponde à sua indicação como primeira opção na investigação dos sintomáticos respiratórios; muitos casos de TB são investigados sem a realização desse exame, sendo diretamente diagnosticados por meio de exame de radiografia do tórax com informações clínicas e epidemiológicas.¹³

Trata-se de uma conduta controversa que ainda divide a opinião de especialistas, principalmente se há possibilidade de realizar baciloscopia na APS. Para a confirmação diagnóstica, deve ser realizada pelo menos duas vezes, sendo uma por ocasião da consulta em que foi identificado o paciente suspeito e a outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte. Recomenda-se que nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de TB e as duas amostras do exame apresentam resultado negativo, amostras adicionais devem ser solicitadas.²

Para a OMS, a forma como a APS se organiza para atender aos casos suspeitos de TB é determinante para o êxito do tratamento e o controle da disseminação do bacilo; desde que sejam assegurados o diagnóstico correto e um acompanhamento efetivo, não importa o método de investigação adotado.²

O exame de radiografia do tórax pode ser solicitado para todo paciente com suspeita clínica da doença; é útil na investigação dos casos suspeitos e dos seus contatos, permitindo o diagnóstico diferencial entre a TB em atividade e as sequelas da doença em fase anterior. Quando há associação entre os sintomas e o tabagismo, o exame auxilia, ainda, na investigação de outras doenças que podem cursar com TB.²

No entanto, a sua interpretação precisa considerar o fato de que diferentes achados radiológicos podem sugerir tanto a doença em atividade como lesões decorrentes da própria TB, ou até mesmo outras doenças.²

Em todos os casos pesquisados, a confirmação diagnóstica de TB não foi realizada na APS, mas em clínicas ou laboratórios particulares, no hospital para referência das doenças infectocontagiosas ou, ainda, em serviços de urgência e emergência.

A APS constitui um nível de atenção do sistema de saúde, caracterizada como porta de entrada para atender aos problemas mais comuns da população, oferecendo serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A porta de entrada é compreendida como local ou

profissional que realiza o primeiro atendimento.¹³

Para a maioria dos entrevistados, a primeira busca pelo atendimento foi realizada na APS, mas a continuidade da assistência ocorreu em serviços privados, em alguma UPA ou serviço hospitalar de urgência e emergência.

O primeiro contato do doente de TB com o sistema de saúde é fundamental para garantir o acesso ao diagnóstico da doença. Contudo, garantir o acesso não é suficiente para o êxito do tratamento, sendo necessário promover estratégias que possam assegurar a permanência do paciente e criar vínculos assistenciais.¹¹

O acesso à APS foi caracterizado inicialmente como satisfatório, embora esses serviços não tenham assegurado a confirmação diagnóstica de TB. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) espera que a APS seja a primeira porta de entrada dos pacientes com suspeita clínica de TB, garantindo o acesso a uma assistência de qualidade, incluindo o diagnóstico precoce e a supervisão do tratamento.¹³

A demora na obtenção do diagnóstico na APS é um dos problemas que acentuam a gravidade da doença, implicam a piora do prognóstico do paciente e levam ao retardo no início do tratamento, favorecendo a disseminação dos bacilos. Assim, o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento dependem, em grande parte, do acesso fácil do paciente ao serviço de saúde e da maneira como ele é acolhido nesse serviço.¹⁴

A acessibilidade à APS compreende mais do que o ato de ingressar nos serviços de saúde, uma vez que deve incluir todas as ações necessárias para a sua permanência no sistema.¹⁵ Portanto, a existência de um acesso organizado para os pacientes com TB na APS possibilita diagnóstico e tratamento eficazes. Desse modo, o paciente se torna mais receptivo à equipe que o acompanha e adere à terapêutica proposta; tais ações quebram a cadeia de transmissão, evitam o abandono do tratamento e a ocorrência de multirresistência.¹³

O processo de adoecimento implica o surgimento de demandas assistenciais nem sempre disponíveis em todos os níveis de complexidade assistencial. Contudo, cabe ao sistema como um todo assegurar meios para que essas demandas sejam atendidas conforme os princípios da integralidade e intersetorialidade.¹⁵

No Brasil, a expansão da APS por meio da ESF é avaliada como exitosa, em razão da redução de internações por doenças sensíveis às intervenções no âmbito da atenção básica à saúde; é associada, ainda, à redução da mortalidade infantil e à integração desse nível de atenção com os serviços de média complexidade.¹⁵

Contudo, essa mesma avaliação alerta para a existência de condições limitantes para se garantir uma atenção

resolutiva e eficaz, tanto no acesso quanto na longitudinalidade da assistência. Esta pressupõe a existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, associada a uma relação de confiança entre profissional e usuário.¹⁵

Percebe-se que esse indicador é de extrema relevância para o PCT, considerando as dificuldades inerentes à adesão ao tratamento e até mesmo à concordância em se submeter a uma avaliação profissional, aos exames e ao DOTS.

A base populacional máxima preconizada para uma equipe da ESF, a estrutura das unidades de saúde e a sua articulação com os outros níveis assistenciais aparecem como determinantes para a organização e efetividade das ações.¹⁵

Salienta-se que a APS assume uma gama de ações programáticas em todos os ciclos de vida e uma base populacional que fica em torno de 4 mil habitantes; as equipes multiprofissionais nem sempre estão completas, além de serem designadas para atuar com recursos limitados, seja na atenção às doenças crônicas não transmissíveis, seja na atenção às doenças transmissíveis.¹⁵

Essa conjuntura interfere na efetividade das ações e na garantia do acesso da população aos recursos necessários em cada demanda. Na TB, em especial, apesar de esses recursos serem considerados de baixa complexidade e de fácil acesso, nem sempre estão disponíveis.

Como possível exemplo desse comprometimento, tem-se o fato de que alguns pacientes, mesmo estando em acompanhamento pela APS, foram submetidos à internação hospitalar (setores de clínica médica e unidade de terapia intensiva) diante do agravamento dos sintomas manifestados inicialmente.

Considerando os princípios da integralidade da atenção e a descentralização das ações e serviços no âmbito do SUS, o acesso aos métodos de diagnóstico da TB deve ser assegurado em uma área de abrangência o mais próxima possível do paciente com suspeita clínica da doença. Cabe à APS, além de realizar o atendimento da demanda espontânea, a busca ativa de sintomáticos respiratórios.⁷

Uma assistência que prime pela qualidade não deve restringir-se à obtenção de exames diagnósticos nem de remédios para o tratamento da TB, mas de todos os meios, mecanismos e tecnologias que facilitem ou promovam o alcance desses doentes aos serviços de saúde, sem ônus ou custos para eles, sua família e para a comunidade.¹⁵

Quando foi feita menção aos horários de funcionamento das unidades de saúde, para os entrevistados, estes foram compatíveis com suas necessidades; no entanto, em razão da grande procura por esses serviços, houve uma longa espera até a chegada do atendimento com o médico.

A demora no atendimento pode estar relacionada à burocracia, que leva, conseqüentemente, à formação de filas e à adoção de horários inflexíveis, inviabilizando um atendimento fluente e de qualidade. Tais situações diminuem, ainda, o tempo necessário para uma interação satisfatória entre os profissionais e o paciente.¹⁵

Tais barreiras dificultam a acessibilidade e, conseqüentemente, favorecem o abandono do tratamento; evidenciam o paradoxo entre as iniquidades na atenção à saúde e as diretrizes políticas do SUS que determinam a ampliação do acesso.¹⁴

Os entraves relacionados ao diagnóstico da TB na APS refletem uma falta de organização dos serviços que compromete a eficácia das ações do PCT, em especial a detecção dos suspeitos e a investigação diagnóstica.¹⁴

Isso foi observado no percurso dos entrevistados que, em sua maioria, somente chegaram ao diagnóstico da doença em serviços privados de saúde, em unidades de pronto atendimento (UPAs) ou em hospitais destinados ao atendimento de urgências e emergências.

As limitações assistenciais identificadas nos serviços públicos de saúde, em especial na APS, interferem diretamente no acesso a uma assistência resolutiva que assegure o diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB. Por isso, faz-se necessário o planejamento das ações do PCT em âmbito local, garantindo o acesso às informações sobre a doença e meios de prevenção, bem como ao diagnóstico e ao tratamento adequado.¹⁴

Esse planejamento precisa ser pensado na perspectiva de prevenir o surgimento de novos casos, de agravos ou complicações associadas à TB, podendo, ainda, ocorrer um desfecho desfavorável ao paciente, como óbito relacionado à doença ou surgimento de TB multidroga resistente (TBMR).¹¹

Comumente, identificam-se comorbidades associadas à TB que podem interferir na adesão ao tratamento ou, inversamente, o tratamento da TB pode interferir no curso dessas outras doenças. As comorbidades que geralmente estão associadas à TB são o etilismo, o tabagismo, o uso de drogas ilícitas, a aids e a multirresistência ao esquema de tratamento, que podem atuar como determinantes para o abandono ou falência do tratamento, além da ocorrência de óbito.¹

Destaca-se que o tabagismo e o etilismo são comorbidades estatisticamente relevantes e associadas à não adesão ao tratamento, podendo agravar o quadro clínico do paciente.²

Um dos entrevistados relatou a não adesão ao tratamento por duas vezes, o que acarretou a recidiva da TB pela terceira vez, em uma forma mais grave.

O não acompanhamento e a não adesão ao tratamen-

to estão relacionados ao agravamento do quadro clínico do paciente, à internação hospitalar e ao surgimento de TBMR.¹⁴

A mortalidade por TB ainda é muito alta e, em geral, está associada ao tratamento inadequado ou irregular, ao diagnóstico tardio, à multirresistência aos medicamentos e à coinfeção por HIV.¹⁴

Sentimentos acerca da condição de ser portador de TB

Este tópico do estudo surgiu como um resultado inusitado, *a priori*, pois não estava previsto nos objetivos traçados inicialmente para esta pesquisa. Entretanto, emergiu com a força que uma demanda de cuidado possui diante de um sistema de saúde que, na prática cotidiana, tem como ênfase a doença em detrimento do ser que sofre e experiencia o adoecimento.

Nos seus relatos, os sujeitos incluíram os sentimentos acerca da condição de ser portador de TB e os impactos que essa condição trouxe de imediato para suas vidas. Percebeu-se que havia um sentimento de confiança na cura e no retorno às atividades que integravam suas vidas.

Torna-se necessário reconhecer que a TB interfere em todas as dimensões da vida do paciente, além dos sintomas da doença por si mesmos; um serviço desestruturado, que não favorece a criação de vínculos com os usuários, não considera o contexto social do doente nem seu sistema de valores, crenças e representações sobre a saúde e a doença, certamente terá mais dificuldade em efetivar as ações do PCT.¹⁴

Esse sentimento não é tão visto e o que mais prevalece é a tristeza e o medo, considerando as condições culturais onde a doença é vista como perigosa e de fácil transmissão, além do estigma que marca essa doença, de tal forma que gera autopreconceito e discriminação, repercutindo, assim, nas relações interpessoais e sociais.⁸

Observou-se que, em geral, esses sujeitos detinham um conhecimento acerca da doença, das suas manifestações, do mecanismo de transmissão e da possibilidade de cura; tal conhecimento influenciou o enfrentamento que cada um desenvolveu em particular.

Durante os relatos sobre a trajetória em busca de assistência na APS e em outros serviços, os sujeitos informaram que obtiveram acesso às informações sobre TB nesses contatos iniciais; anteriormente a esse contato, eles relataram somente ter ouvido falar, não tendo ideia do que consistia a doença.

A falta de conhecimento sobre a TB ainda é uma constante na sociedade, tendo implicação direta na busca por assistência à saúde, como também na adesão ao tratamento; o retardamento do diagnóstico deixa a sociedade mais

vulnerável ao contágio.¹⁴

Outros fatores que implicam diagnóstico precoce incluem a busca pelos serviços várias vezes até se obter uma atenção considerada satisfatória. A falta de organização, a qualidade do atendimento, a falta de vínculo entre o usuário e a APS e o modo de funcionamento dos serviços são apontados como alguns dos motivos pelos quais o usuário busca atendimento em nível secundário.¹⁰

De acordo com a trajetória do paciente na busca pelo diagnóstico, percebeu-se que a maioria teve que recorrer a vários serviços de saúde para estabelecer o diagnóstico de TB. Essa barreira diverge do que o PCT preconiza, principalmente na descentralização do atendimento, em que a UBS tem um papel crucial na resolubilidade das demandas dos usuários, incluindo-se o portador de TB.¹⁴

CONCLUSÃO

O diagnóstico da TB em nível de APS não está sendo efetivado conforme preconizam as diretrizes do PCT e as orientações em âmbito internacional. Na maioria das vezes, foi efetivado em clínicas privadas não conveniadas ao SUS ou no serviço especializado para doenças infectocontagiosas, ou, ainda, em serviços de pronto atendimento.

Existem lacunas que interferem tanto na longitudinalidade da assistência quanto na criação de vínculos assistenciais entre os profissionais e os usuários dos serviços da APS.

A APS foi o primeiro nível de assistência procurado pelos pacientes quando apresentaram os primeiros sintomas da doença; entretanto, as dificuldades no acesso e na efetivação do diagnóstico determinaram a busca por serviços privados ou até mesmo em outros níveis de complexidade.

Percebe-se a necessidade de se avaliar o comprometimento da APS no acompanhamento dos pacientes suspeitos ou com diagnóstico confirmado. Dada a complexidade do adoecimento por TB, não basta assegurar o acesso ao serviço sem garantir atenção resolutiva e integrada em uma rede assistencial.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The stop TB strategy. Genebra: World Health Organization; 2012.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Citado em: 10 abr 2014]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf>.
4. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. Rev Esc Enferm. [Internet]. 2012 jan-fev [Citado em: 4 mar 2013];46(1):111-18. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n1/v46n1a15.pdf>>.
5. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino A No, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 maio [Citado em: 4 mar 2013];29(5):945-54. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n5/12.pdf>>.
6. Costa PV, Senna AL, Oliveira LGD, Siqueira RCAG, Figueiro SP. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2010. Cad Saúde Colet. [Internet]. 2012 fev [Citado em: 4 mar 2013];20(2):195-202. Disponível em: <http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_195-202.pdf>.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da situação das doenças transmissíveis no Brasil no período de 2000 a 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Citado em: 1 mar 2013]. Disponível em: <http://portalsaude.sau.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap3.pdf>.
8. Gosoni GD, Ganapathy S, Kemp J, Auer C, Somma D, Karim F. Gender and socio-cultural determinants of delay to diagnosis of TB in Bangladesh, India and Malawi. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2008 [Citado em: 4 abr 2014];12(7):848-55. Disponível em: <<http://www.who.int/tdr/publications/documents/gender-determinants.pdf>>.
9. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. J Bras Pneumol [Internet]. 2012 jan-fev [Citado em: 4 abr 2014];38(2):202-9. Dis-

ponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n2/v38n2a09.pdf>>.

10. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 jun [Citado em: 4 abr 2014];47(6):1149-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01149.pdf>>.

11. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012 jun [Citado em: 3 abr 2014];31(6):461-8. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n6/v31n6a03.pdf>>.

12. Oliveira LGD, Natal S, Chrispim PPM. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. *Revista APS* [Internet]. 2010 jan-fev [Citado em: 3 abr 2014];13(3):357-64. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/612/348>>.

13. Barreto AJR, Sá LD, Nogueira JA, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 jul [Citado em: 28 jul 2013];17(7):1875-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/27.pdf>>.

14. 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* [Internet]. 2011 maio-jun [Citado em: 3 abr 2014];37(4):512-20. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n4/v37n4a14.pdf>>.

15. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Assessoria de Normalização; 2007. [Citado em: 10 abr 2014]. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf>.

Submissão: junho de 2014

Aprovação: dezembro de 2016
