

Angélica Aparecida Amarante Terra¹

Girleene Alves da Silva²

Luciane Teixeira Passos Giarola³

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais, São João Del-Rei, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

³Universidade Federal de São João Del-Rei, São João Del-Rei, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar os aspectos que dificultam o acesso ao diagnóstico da tuberculose sob a ótica da pessoa acometida, na perspectiva de contribuir para a melhoria nas ações de controle da doença. **Material e Métodos:** Estudo transversal, de cunho avaliativo, constituído por 105 pessoas com tuberculose que realizavam as consultas de controle na Atenção Primária à Saúde e no Serviço de Referência Especializado de um município prioritário mineiro. Utilizou-se o instrumento PCATool Tuberculose na versão dos doentes para a coleta dos dados e o resultado foi analisado no software R pela estatística descritiva de cada uma das variáveis referentes ao componente "acesso ao diagnóstico" do questionário. **Resultados:** O acesso ao diagnóstico apresenta fragilidades que se relacionam com questões do sistema de saúde e da pessoa acometida pela tuberculose, com o primeiro acesso e diagnóstico ocorrendo nos serviços de saúde de alta complexidade tecnológica, busca tardia para os cuidados com a saúde na percepção do adoecimento, dificuldades de identificação precoce dos sintomáticos respiratórios pelos profissionais de saúde, assim como sucessivas visitas aos serviços para conseguir atendimento e diagnosticar a doença. **Conclusão:** O acesso ao diagnóstico da tuberculose é influenciado não apenas por fatores organizacionais do sistema de saúde, mas também por determinantes individuais e sociais relacionados ao adoecimento. Esses aspectos revelam vulnerabilidades nos serviços de atenção à tuberculose, comprometendo o controle da doença. Diante disso, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde mostra-se essencial para enfrentar tais fragilidades e minimizar os impactos das desigualdades sociais sobre o cuidado ao doente.

Palavras-chave: Tuberculose; Acesso aos Serviços de Saúde; Diagnóstico Tardio; Organização e Administração; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors that hinder access to tuberculosis diagnosis from the perspective of people affected by the disease, with the aim of contributing to improvements in tuberculosis control actions.

Material and Methods: A cross-sectional, evaluative study conducted with 105 people with tuberculosis who were attending follow-up consultations in Primary Health Care and in a Specialized Reference Service in a priority municipality in the state of Minas Gerais, Brazil. Data were collected using the PCATool-Tuberculosis instrument (patients' version), and the results were analyzed using the R software through descriptive statistics for each variable related to the "access to diagnosis" component of the questionnaire. **Results:** Access to tuberculosis diagnosis showed weaknesses related to both health system factors and individual aspects of people affected by tuberculosis. Initial access and diagnosis predominantly occurred in services with high technological complexity, along with delayed health-seeking behavior following symptom perception, difficulties among health professionals in the early identification of respiratory symptomatic individuals, and the need for multiple visits to health services to obtain care and achieve a diagnosis. **Conclusion:** Access to tuberculosis diagnosis is influenced not only by organizational factors within the health system but also by individual and social determinants related to illness. These factors reveal vulnerabilities in tuberculosis care services, compromising disease control. Strengthening Primary Health Care is therefore essential to address these weaknesses and to reduce the impact of social inequalities on the care of people affected by tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis; Access to health services; Delayed Diagnosis; Organization and Administration; Health Services Evaluation.

✉ **Angélica Terra**

Endereço: : Av. Brasil, Fábricas, São João del Rei, MG.

CEP: 36301-358

✉ angelica.terra@ifsudestemg.edu.br

Submetido: 24/04/2025

Aceito: 08/01/2026



INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) ainda representa um desafio para o poder público. A persistência dos casos na população com a condição socioeconômica vulnerabilizada, reforça os laços da doença com a pobreza e as iniquidades sociais.¹ O Brasil integra o grupo de países cujos indicadores epidemiológicos e operacionais ainda estão aquém do esperado, registrando 85.936 casos novos em 2024.²

Estratégias em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS) foram recomendadas, para elaboração dos planos de ação e mobilização social, como resposta global para o controle da doença.³ Passados mais de 20 anos do início das discussões sobre a monitorização da TB,⁴ muitos desafios ainda precisam ser superados, como o reforço das ações de vigilância epidemiológica,⁵ principalmente no que tange o itinerário terapêutico da doença, que se desdobra desde a suspeição, diagnóstico, tratamento e desfecho.⁶

O controle eficaz da doença perpassa questões organizacionais dos serviços de saúde e por determinantes sociais relacionados às pessoas com TB.¹ Para a continuidade do cuidado e a melhoria nos indicadores epidemiológicos, a acessibilidade ao sistema de saúde e o acesso aos serviços por eles prestados devem assegurar a resolutividade às demandas e necessidades das pessoas com TB.^{7,8}

Um fator relevante no itinerário terapêutico é o tempo em que a pessoa acometida permanece sem o diagnóstico. Identificar os Sintomáticos Respiratórios (SR) e instituir o tratamento no prazo adequado é fundamental para evitar a transmissibilidade da doença e o agravamento do prognóstico.⁹ O diagnóstico oportuno e a eficácia no tratamento dependem da integração entre as questões organizacionais e desempenho dos serviços de saúde, a percepção rápida da pessoa com TB aos sintomas e sua busca oportuna para o cuidado, assim como a suspeição dos profissionais de saúde dos SR, logo do primeiro atendimento e o fortalecimento das ações de busca ativa dos casos.^{9,10}

O controle eficaz da doença deriva de fatores correlacionados aos doentes e aos serviços de saúde, à medida que a dependência temporal influencia no sucesso para agilizar o diagnóstico.¹¹ É fato que o atraso no diagnóstico provém da busca do doente pelos serviços de saúde quando da percepção do processo de adoecimento, assim como dos aspectos organizacionais do sistema de saúde na detecção da doença.⁹

Salienta-se que aspectos inerentes ao comportamento dos indivíduos na busca pela assistência à saúde somado aos fatores ligados com o sistema de saúde, influenciam diretamente no intervalo de tempo para a realização do diagnóstico.¹² Como diversas razões interferem nos indicadores epidemiológicos da TB, os planos e estratégias para o controle da doença devem ser

reestruturados continuamente pelos serviços de saúde. A organização dessas atividades é de responsabilidade dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT) municipais e durante as visitas de monitoramento e avaliação são capazes de identificar as fragilidades locais para propor a elaboração das estratégias que serão pactuadas em metas de curto, médio e longo prazos.¹³

Considerando os determinantes individuais dos doentes de TB e a dinâmica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, o presente estudo tem como objetivo identificar, sob a ótica da pessoa com tuberculose, os aspectos que limitam o acesso ao diagnóstico da doença, com vistas a subsidiar o aprimoramento das ações de controle no contexto local.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de cunho avaliativo, realizado em um município prioritário para as ações de controle da tuberculose no estado de Minas Gerais, pólo de referência para a saúde em sua macrorregião.¹⁴ Contou com a participação de 105 pessoas que foram diagnosticadas com tuberculose nos anos de 2018 e 2019. Neste período, dos 204 casos novos notificados, 187 foram elencados para a coleta de dados de acordo com os critérios de seleção do estudo: pacientes maiores de 18 anos, que iniciaram o tratamento há, pelo menos, um mês da data da coleta; não pertencentes ao sistema prisional; que não estavam hospitalizados no período da coleta; que não eram portadores de transtornos mentais. Amostra não probabilística do tipo voluntária. A diferença entre o número total de indivíduos notificados e o quantitativo amostral decorre de recusas, impossibilidade de contato ou indisponibilidade para participação no período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019 e foi realizada em 26 unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) que tinham pessoas com TB cadastradas e no Serviço Especializado em Tuberculose (Tisiologia) do município, locais onde os doentes de tuberculose realizam as consultas de controle mensais, constituindo-se cenários propícios para localizá-los e avaliar os serviços nos quais são atendidos.

Para analisar o indicador "acesso ao diagnóstico", foi utilizado um instrumento do componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) adaptado para avaliar a tuberculose no cenário brasileiro. O questionário utilizado para coleta dos dados é uma adaptação do PCATool, desenvolvido por Starfiled¹⁵, validado por Almeida e Macinko em 2006 e adaptado para atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto.¹⁶ Pelo contexto que envolve a dinâmica da tuberculose, foram elaboradas três versões do instrumento, sendo utilizada para este estudo aquela aplicável aos doentes de tuberculose.

O questionário engloba perguntas específicas para avaliação do desempenho dos serviços de atenção à tuberculose, considerando indicadores do itinerário terapêutico.¹⁶ Neste contexto, elegeu-se o componente "acesso ao diagnóstico" para ser avaliado no presente estudo, considerando resultados de pesquisas anteriores realizados no próprio município e que não tiveram respostas satisfatórias quando analisados pela perspectiva dos profissionais e gestores de saúde.

Do componente "acesso ao diagnóstico"¹⁶ foram utilizados os resultados das seguintes variáveis: local que diagnosticou o caso, intervalo de tempo para consulta, quantitativo de vezes de busca aos serviços de saúde para conseguir atendimento, quantitativo de vezes de busca aos serviços de saúde para fazer o diagnóstico, intervalo de tempo para o diagnóstico desde o início dos sintomas, proximidade do serviço de saúde da moradia do doente, informações por telefone na unidade de saúde, marcação de consulta por telefone, locomoção até o serviço de saúde, uso de transporte motorizado para o deslocamento e a despesa financeira com o mesmo e, perda do dia de trabalho ou compromisso em razão da consulta de tuberculose.

Os dados foram tratados e analisados utilizando o *software* estatístico de livre domínio, o programa R na versão 3.6.3. Após a digitação de todos os questionários, foi avaliada a consistência e edição do banco de dados, para eliminar a probabilidade de falhas na digitação. Após, realizou-se a análise descritiva de cada uma das variáveis referentes ao "acesso ao diagnóstico", a partir da distribuição de frequências absolutas e relativas.

As respostas de algumas variáveis são categóricas e se ordenam em uma escala tipo *Likert* com escores entre zero e cinco, sendo atribuído o valor zero para as respostas "não se aplica" e os valores de um a cinco para o grau de concordância das afirmações, sendo os menores valores considerados os escores menos satisfatórios. As questões socioeconômicas foram apresentadas considerando as análises descritivas de suas variáveis.

Respeitando os princípios éticos estabelecidos por normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde,¹⁷ o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº 2.085.061/2017 - CAAE: 65955617.7.0000.5147), com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em todos os participantes.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico dos pacientes com TB entrevistados. Observa-se que os participantes, em sua maioria, eram homens (55,2%, n=58), adultos jovens (56,1%, n=59), não finalizaram

o ensino fundamental (29,6%, n=31), solteiros (54,3%, n=57), estavam desempregados no momento da entrevista (41,9%, n=44) e possuíam renda entre um e três salários mínimos (38,1%, n=40).

Tabela 1: Perfil socioeconômico dos pacientes com tuberculose. Juiz de Fora/MG, Brasil, 2018/2019

| Variáveis | n | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 58 | 55,2 |
| Feminino | 47 | 44,8 |
| TOTAL | 105 | 100 |
| Idade (anos) | | |
| 18-39 | 59 | 56,1 |
| 40-59 | 35 | 33,4 |
| ≥ 60 | 11 | 10,5 |
| TOTAL | 105 | 100 |
| Escolaridade | | |
| Sem escolaridade | 3 | 2,9 |
| Ensino fundamental incompleto | 31 | 29,6 |
| Ensino fundamental completo | 15 | 14,3 |
| Ensino médio incompleto | 14 | 13,3 |
| Ensino médio completo | 20 | 19 |
| Ensino superior incompleto | 10 | 9,5 |
| Ensino superior completo | 12 | 11,4 |
| TOTAL | 105 | 100 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 57 | 54,3 |
| Casado | 25 | 23,8 |
| Separado/Divorciado | 17 | 16,1 |
| Viúvo | 5 | 4,8 |
| Outro | 1 | 1,0 |
| TOTAL | 105 | 100 |
| Vínculo Empregatício | | |
| Desempregado | 44 | 41,9 |
| Contribuinte | 31 | 29,5 |
| Não-contribuinte | 14 | 12,4 |
| Autônomo | 7 | 7,6 |
| Aposentado | 9 | 8,6 |
| TOTAL | 105 | 100 |
| Renda Familiar | | |
| Sem renda | 6 | 5,7 |
| Serviço eventual | 5 | 4,8 |
| Até 1 salário mínimo* | 22 | 21 |
| De 1 a 3 salários | 40 | 38,1 |
| De 3 a 5 salários | 20 | 19 |
| Mais que 5 salários | 12 | 11,4 |
| TOTAL | 105 | 100 |

Legenda:*Salário mínimo: R\$ 954,00

A Figura 1 permitiu a avaliação do local no qual o paciente recebeu o diagnóstico da TB. Observa-se que a grande maioria dos pacientes (36,19%, n= 38), foi diagnosticada em hospital público. A rede privada concentrou o segundo maior número de diagnósticos (20,0%, n=21), seguida do ambulatório de referência (17,14%, n=18) e da atenção primária à saúde (15,24%, n=16). O pronto atendimento respondeu por 9,5% (n=10) dos diagnósticos, enquanto outros locais representaram 1,9% (n=2).

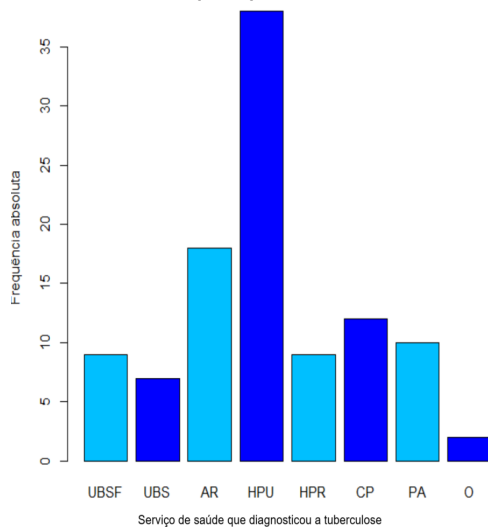


Figura 1: Serviço de saúde que diagnosticou a tuberculose

Legenda: UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família, UBS - Unidade Básica de Saúde, AR - Ambulatório de Referência, HPU - Hospital Público, HPR - Hospital Privado, CP - Consultório Particular, PA - Pronto Atendimento, O - Outros.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências em relação o itinerário do acesso ao diagnóstico. Observa-se nessa tabela que a maioria dos doentes consegue uma consulta em um dia e necessita procurar o serviço de saúde apenas uma vez para conseguir atendimento. Porém, para descobrir a doença a maioria precisa procurar o serviço de saúde cinco ou mais vezes e demora cinco ou mais semanas para ter o diagnóstico. Por outro lado, apesar de inferior, também é expressivo o número de pacientes que necessitam de cinco ou mais dias para conseguir uma consulta, que precisam procurar o serviço de saúde cinco ou mais vezes para conseguir atendimento e que descobrem a doença logo que consegue o atendimento, tendo o diagnóstico realizado em uma semana.

Sobre as variáveis que se relacionam às características organizacionais e à locomoção do doente aos serviços de saúde foi construída a Tabela 3 de acordo com as sete variáveis de acesso ao diagnóstico, representadas por V1 a V7 (Quadro 1).

As frequências observadas indicam que a maioria dos doentes sempre demorou mais de sessenta minutos para ser atendida, apresentou dificuldades para se deslocar até o serviço de saúde, para solicitar informações e marcar consulta pelo telefone, além de perder o turno de trabalho ou compromisso para ir à consulta. Por outro lado, a maioria nunca precisou utilizar transporte motorizado ou gastar dinheiro com transporte para chegar ao serviço de saúde.

Tabela 2: Distribuição de frequências em relação o itinerário do acesso ao diagnóstico

| Variável | | Intervalo de tempo para consulta no serviço de saúde desde o início dos sintomas (unidade = dias) | Quantitativo de vezes de busca aos serviços de saúde para conseguir atendimento (unidade = nº de vezes) | Quantitativo de vezes de busca aos serviços de saúde para fazer o diagnóstico (unidade = nº de vezes) | Intervalo de tempo para o diagnóstico desde o início dos sintomas (unidade = semanas) |
|--------------------|-------|---|---|---|---|
| Escala Frequência | | | | | |
| 5 ou mais unidades | n_i | 21 | 19 | 36 | 52 |
| | f_i | 0,20 | 0,18 | 0,34 | 0,49 |
| 4 unidades | n_i | 1 | 6 | 3 | 3 |
| | f_i | 0,01 | 0,06 | 0,03 | 0,03 |
| 3 unidades | n_i | 5 | 10 | 22 | 4 |
| | f_i | 0,05 | 0,09 | 0,21 | 0,04 |
| 2 unidades | n_i | 10 | 11 | 20 | 12 |
| | f_i | 0,09 | 0,10 | 0,19 | 0,11 |
| 1 unidade | n_i | 66 | 58 | 24 | 34 |
| | f_i | 0,63 | 0,55 | 0,23 | 0,32 |
| Não sabe | 1 | 1 | 1 | - | - |
| | 0,01 | 0,01 | 0,01 | - | - |

Legenda: n_i - frequência absoluta; f_i - frequência relativa

Quadro 1: Relação das variáveis de acesso ao diagnóstico de TB

| Variáveis | Indicadores de acesso ao diagnóstico |
|-----------|---|
| V1 | Ao procurar o serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido? |
| V2 | Teve dificuldade para pedir informação por telefone no serviço de saúde? |
| V3 | Teve dificuldade para marcar consulta por telefone no serviço de saúde? |
| V4 | Teve dificuldade para ser deslocar até o serviço de saúde? |
| V5 | Foi necessário o uso de transporte motorizado para o deslocamento até o serviço de saúde? |
| V6 | Foi necessário o gasto com dinheiro pelo transporte para o deslocamento até o serviço de saúde? |
| V7 | Foi necessário perder turno de trabalho ou algum compromisso para consulta no serviço de saúde? |

Tabela 3: Distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis de acesso ao diagnóstico

| Escala Variável | Não se aplica | | Nunca | | Quase nunca | | Às vezes | | Quase Sempre | | Sempre | |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | n _i | f _i | n _i | f _i | n _i | f _i | n _i | f _i | n _i | f _i | n _i | f _i |
| V1 | 1 | 0,01 | 21 | 0,21 | 5 | 0,05 | 7 | 0,07 | 17 | 0,18 | 46 | 0,47 |
| V2 | 30 | 0,31 | 10 | 0,10 | 8 | 0,08 | 7 | 0,07 | 2 | 0,02 | 40 | 0,41 |
| V3 | 30 | 0,31 | 10 | 0,10 | 1 | 0,01 | 2 | 0,02 | 11 | 0,11 | 43 | 0,44 |
| V4 | 0 | 0,00 | 9 | 0,09 | 3 | 0,03 | 8 | 0,08 | 3 | 0,03 | 74 | 0,76 |
| V5 | 1 | 0,01 | 73 | 0,75 | 2 | 0,02 | 1 | 0,01 | 1 | 0,01 | 19 | 0,19 |
| V6 | 2 | 0,02 | 69 | 0,71 | 2 | 0,02 | 0 | 0,00 | 2 | 0,02 | 22 | 0,22 |
| V7 | 4 | 0,04 | 22 | 0,22 | 3 | 0,03 | 4 | 0,04 | 3 | 0,03 | 61 | 0,62 |

Legenda: n_i - frequência absoluta; f_i - frequência relativa; V - variável

DISCUSSÃO

Assim como em outras pesquisas sobre a TB, as características socioeconômicas dos participantes do estudo possuem forte ligação com o fator social, reiterando, em sua maioria, indivíduos com pouca formação escolar, adultos jovens e desempregados.^{1,10,11}

Ao se identificar que a maioria dos diagnósticos da TB está sendo realizada em serviços de saúde com níveis de complexidade avançados, observa-se divergência em relação ao indicado pelas políticas de controle da tuberculose quando se trata de descentralizar as ações para a APS, ponto de interlocução das Redes de Atenção à Saúde (RAS).¹⁸ Sendo a APS o acesso preferencial para os SR ou para a pessoa com tuberculose no sistema de saúde, torna-se salutar ações que visem ampliar a busca ativa, assim como a oferta do tratamento diretamente observado, fortalecendo o vínculo com a unidade de saúde para o cuidado e a adesão ao tratamento.

Pela corresponsabilização dos municípios no controle da tuberculose,¹⁹ a APS toma como atribuição as ações de controle do PCT municipal, descentralizando o manejo da doença. Essa premissa amplia o acesso da população geral, assim como dos mais vulneráveis, às ações de controle da doença, identificando precocemente os casos e minimizando os riscos de transmissibilidade da tuberculose.⁹

Como foi observado, a busca pelos serviços básicos de saúde encontra-se aquém do recomendado

pelas políticas de controle da TB, impedindo o progresso da descentralização para a APS, sugerindo nexos com questões organizacionais dos serviços de saúde e com o doente, como evidenciadas em outros estudos.^{8,20} O presente estudo aponta as questões referentes aos serviços de saúde que podem limitar o acesso ao diagnóstico, sendo elas: a baixa cobertura da APS, totalizando 57,95% da população total,²¹ assim como implementação tardia da efetivação das ações de controle da TB no município cenário do estudo e, pelos resultados tardios do diagnóstico, a percepção tênue dos sinais clínicos da TB pelos profissionais da APS, postergando a identificação dos possíveis SR assim como o início do tratamento oportuno.²²

A pessoa com TB procura os serviços de saúde voluntariamente devido à queixa de tosse constante, configurando neste caso a busca passiva.²³ Esta situação converge para que os doentes busquem tardiamente os

serviços de saúde, permitindo a progressão da doença, o aumento de sua transmissibilidade, o diagnóstico inoportuno ou não realização, em sua grande maioria, pela APS.⁹ Este cenário agrava-se por intervenções pontuais que muitas vezes são insuficientes por falhas no planejamento referente às atividades de busca ativa dos casos, nos quais os profissionais de saúde têm dificuldade de identificar precocemente os SR na comunidade ou em grupos vulneráveis, assim como aqueles usuários que buscam as unidades de saúde, espontaneamente, por outros motivos de saúde que não a tosse.²³

O processo de descentralização das ações do PCT do município cenário de estudo está ocorrendo gradativamente e sua implementação vem sendo efetivada desde o ano de 2004. A atenção à TB era centrada no ambulatório de referência e, por precisão, no âmbito hospitalar. Ocorre um direcionamento para a APS desde o ano seguinte ao citado, com a capacitação dos profissionais da APS para a busca ativa dos SR e tratamento supervisionado, assim como o diagnóstico e consultas médicas de controle mensais.²²

Os desafios impostos para a efetivação da descentralização para a APS expõem as fragilidades estruturais, organizacionais e desempenho desses serviços,^{8,24} revelando as dificuldades de implementação das atribuições pertinentes ao controle da TB na atenção básica, sem o planejamento adequado das ações que efetivamente sejam centradas no paciente e nos grupos de risco vulneráveis, assim como maior comprometimento político dos gestores de saúde.²⁵

As premissas supracitadas reiteram os achados no estudo, indicando a incapacidade da rede básica em identificar as necessidades da comunidade e atendê-las. Quando a APS não oferece um desempenho satisfatório para o manejo da TB, identificando precocemente os SR, o quadro clínico do doente pode agravar propiciando, muitas vezes, a internação no ambiente hospitalar, local onde o diagnóstico é realizado.²⁶

O itinerário das estratégias de controle da TB inicia-se com a suspeição da doença pela identificação dos SR e se finda com o desfecho do caso, sendo o mais favorável a cura. Nesse percurso, o doente deve seguir os níveis crescentes de densidade tecnológica para ser atendido, acessando a APS como ponto referencial e, caso haja necessidade, ser referenciado aos outros níveis de assistência à saúde.²⁸

O que se observa é a inversão desse fluxo. Como demonstrado no estudo, a pessoa acometida pela tuberculose busca os serviços mais complexos primeiramente, na busca pela resolutividade do seu problema. Essa realidade é crítica, uma vez que a inversão desse caminho provoca o aumento pela procura por outros serviços de saúde, como os pronto-atendimentos e as instituições hospitalares, ocasionando o aumento em sua demanda.²⁷

O delineamento estrutural e organizacional das unidades de saúde deve ser planejado conforme as necessidades iminentes de sua população, no intuito de instituir medidas de qualificação profissional para a suspeição imediata dos SR, assim como o desenvolvimento de ações voltadas diretamente para o doente, não limitando a responsabilidade ao usuário que busca espontaneamente o serviço de saúde quando da percepção dos sintomas iniciais.²⁷

Ainda que ífero, mas não menos importante, os achados do estudo demonstram uma parcela

considerável de diagnósticos sendo realizada na rede privada, representada pelos consultórios e hospitais particulares. Fatores como a facilidade no acesso, a garantia de atendimento e a resolutividade do problema podem ser considerados os motivos para a escolha de outros serviços de saúde como o local de atendimento e diagnóstico da tuberculose.^{27,28}

Outro ponto considerável identificado no estudo foi a lentidão no itinerário terapêutico, atestando o atraso para a realização do diagnóstico e, por consequência, a descontinuidade no cuidado. Nesse percurso, observou-se que é rápido conseguir atendimento nos serviços de saúde, no entanto, a resposta para um diagnóstico pode ultrapassar um mês. Esse atraso pode estar relacionado às questões do sistema de saúde e ao próprio doente.^{9,29,30}

O intervalo de tempo entre a chegada do doente ao serviço até seu diagnóstico é fator determinante para a efetividade das ações de controle e sucesso no prognóstico da pessoa com TB.³⁰ Ao relacionarmos o sistema de saúde como um dos determinantes da demora no seguimento das ações de controle da TB é possível identificar que as questões organizacionais e de desempenho desses serviços contribuem para essa circunstância. Fatores como dificuldade na suspeição da doença no primeiro contato com o serviço relacionados aos sintomas inespecíficos e insidiosos da TB,⁹ podem indicar um despreparo dos profissionais na identificação das características clínicas da doença e inadequada avaliação dos suspeitos;^{27,31} o fluxo de atendimento dos serviços de saúde, indicando questões institucionais que podem interferir na efetividade das políticas de controle da TB;³² o número insuficiente de médicos para atender a demanda associado à alta rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde;³³ assim como as dificuldades no atendimento ao doente pelos meios de comunicação sociais e, por consequência, o aumento da procura por outros serviços que atendam suas necessidades imediatas, como os hospitais e pronto-atendimentos.^{28,31}

Essas situações revelam o atraso no acesso ao diagnóstico da TB pelos serviços de saúde.

Por outro lado, fatores associados ao doente contribuem significativamente com a demora na identificação da doença e, por conseguinte, o agravamento do caso. A percepção dos sintomas clínicos da TB, a busca pelo serviço de saúde e o acesso às ações de controle da doença configuram-se como o "tempo do doente".^{9,30,31,33} Esse tempo é crucial para a identificação oportuna dos SR e seu atraso pode influenciar nas medidas de controle da doença.¹⁰

Ao relacionarmos o doente como detentor de características intrínsecas e extrínsecas que implicam diretamente no diagnóstico da TB,¹ elucidamos a vulnerabilidade social como fator que pode contribuir para o retardo do diagnóstico da doença. A procura

pelos serviços de saúde precedente ao aparecimento da doença; os aspectos financeiros e geográficos para acessar esses serviços e, o entendimento sobre a doença, são atributos individuais que influenciam diretamente o comportamento de autocuidado pelos doentes de TB.³⁰ Essas singularidades afetam o tempo de busca pelo serviço de saúde e, como consequência, o atraso no diagnóstico.¹¹

Estudos apontam que há atraso no diagnóstico da TB mesmo depois do primeiro atendimento ao doente.^{9,34,35} Esse atraso relaciona-se à suspeita da doença e à realização dos exames para revelar o diagnóstico, gerando um ciclo recorrente de sucessivas visitas aos serviços de saúde.^{9,34,35} Esse fator pode ser agravado pela limitação no horário de atendimento das unidades básicas de saúde, que funcionam em horário comercial, dificultando o acesso dos usuários aos serviços prestados.²⁹ O componente organizacional dos serviços de atenção básica, elucidados pelos gestores de saúde, poderia ampliar o horário de atendimento das unidades de saúde com o intuito de favorecer o acesso aos seus serviços aqueles que tem dificuldades de deslocamento nos horários atualmente determinados.

O tipo de serviço que o doente procura como primeiro atendimento pode influenciar na efetivação do diagnóstico.^{11,27,31} Como exposto pelo estudo, a porta de entrada do doente de TB não tem sido a APS, mas, sim, os serviços de alta densidade tecnológica, os quais sugerem a facilidade no acesso, qualidade no atendimento e resolutividade da prestação da assistência.^{9,27} O acesso preferencial para os doentes de TB aos serviços de saúde deve ser a APS.²⁷ Contudo, a procura pelo primeiro serviço ultrapassa o fluxo preconizado, reforçando a busca passiva tardia, que se mostra ineficaz na detecção e diagnóstico precoce dos casos, pois depende do doente reconhecer o início dos sintomas para buscar espontaneamente os serviços de saúde.¹⁸ Demonstrado por um estudo na Rússia, o tempo entre a suspeita e o diagnóstico revelou ser menor na busca ativa quando comparado à busca passiva, uma semana e 6,9 semanas, respectivamente.¹⁸

Ao considerarmos que a busca passiva se baseia na iniciativa do indivíduo procurar os serviços de saúde para o cuidado, a relação desta com fatores de risco do doente pode dificultar a suspeição dos sinais clássicos da TB, como exemplo a associação com o tabagismo, que é considerado uma comorbidade psiquiátrica e devido a presença da tosse ser atribuída meramente ao uso do fumo e não à TB dificulta a suspeição do doente, postergando o diagnóstico da doença.^{18,36}

O presente estudo aponta que a demora no atendimento do SR nas unidades de saúde (espera superior a 60 minutos) é considerada um fator de risco para a transmissibilidade da TB tanto, para os profissionais quanto para os usuários que frequentam esses serviços. Se comparados com a população geral, os profissionais de saúde, que estão constantemente em contato com os SR, apresentam risco aumentado de infecção e adoecimento

pela tuberculose.³⁷ Para além do fator de risco estar associado aos profissionais que lidam diretamente com os SR ou com os doentes bacilíferos, seus comunicantes e usuários em geral também correm risco de contrair a doença.³⁸ Medidas de biossegurança para o controle da transmissibilidade do bacilo nos serviços de saúde incluem questões administrativas, ambientais e de proteção respiratória.³⁹ Para um maior impacto e implementação dessas medidas, as de cunho administrativo e precaução respiratória estão entre as que menos dispõem recursos para a gestão dos serviços de saúde.³⁷

Em consonância com o exposto anteriormente, barreiras econômicas relacionadas ao doente podem influenciar no itinerário terapêutico, atrasando seu processo e dificultando o vínculo com o tratamento. Indicadores econômicos como perda do dia de trabalho e gastos com transporte para o deslocamento até os serviços de saúde para consulta, geram impacto financeiro direto no doente, implicando em perda de rendimentos e contribuindo para o não retorno dos doentes aos serviços de saúde, o que prejudica as ações de controle da doença e contribui para o adoecimento do indivíduo e o risco de transmissibilidade da doença.³¹

Quando se estuda a prestação de serviços acessíveis para comunicação com os serviços de saúde, o estudo apontou que os doentes não conseguem ter informações e/ou agendar consultas pelo telefone nos serviços de saúde, contribuindo para as sucessivas visitas dos doentes a esses serviços, aspecto que aumenta o risco de transmissibilidade da TB, elevando-se quando correlacionado com a demora no atendimento ser superior, na maioria das vezes, a 60 minutos.³¹ Esses são indicadores organizacionais de estrutura e desempenho dos serviços de saúde nas ações de controle da tuberculose.

Cabe salientar que este estudo apresenta algumas limitações, das quais destacamos: o longo período de coleta; as dificuldades de comunicação com a pessoa com TB atendida na APS; dificuldades de acessibilidade em alguns serviços de saúde e que os resultados refletem a realidade de um município. Sugerimos que outras investigações sejam realizadas para elencar os pontos que retardam o diagnóstico da tuberculose a favorecem a descontinuidade das ações de controle da doença.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que o acesso ao diagnóstico TB constitui um processo complexo e multifatorial, que não se resolve exclusivamente pela descentralização das ações para a APS, a qual, de forma isolada, tem se mostrado insuficiente para garantir o diagnóstico precoce. Embora os achados reflitam a realidade de um contexto local específico, as fragilidades identificadas são semelhantes às observadas em outros municípios prioritários, o que amplia o

potencial de generalização dos resultados para cenários com organização assistencial e desafios estruturais semelhantes.

Nesse sentido, torna-se imprescindível que gestores e profissionais de saúde alinhem as práticas locais às diretrizes dos programas de controle da TB, assegurando fluxos assistenciais efetivos, qualificação permanente das equipes e integração entre vigilância e atenção. Destaca-se a necessidade de fortalecer a busca ativa de casos, a identificação precoce de sintomáticos respiratórios e a educação em saúde, com foco no reconhecimento dos sinais e sintomas da doença e na redução das barreiras socioculturais que retardam a procura pelos serviços.

O acesso oportuno ao diagnóstico da TB permanece como um desafio prioritário da Saúde Pública, por envolver determinantes relacionados aos indivíduos adoecidos, à organização dos serviços, à atuação profissional e às decisões de gestão. Dessa forma, recomenda-se que as equipes de saúde invistam na construção do vínculo com os usuários, no fortalecimento das ações de vigilância em saúde e na ampliação da resolutividade da APS, enquanto os gestores devem assumir o enfrentamento da TB como prioridade estratégica, garantindo condições estruturais, organizacionais e políticas que sustentem essas ações.

O estudo reafirma evidências produzidas em outros municípios brasileiros prioritários,¹⁴ ao demonstrar que barreiras socioculturais, organizacionais, geográficas e econômicas continuam limitando o acesso aos serviços e a procura oportuna por assistência, reforçando a urgência de intervenções articuladas, intersetoriais e sustentáveis para o controle efetivo da tuberculose no país.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro RS, Oliveira GP, Oliveira EXG, Melo ECP, Coeli CME, Carvalho MS. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil [Internet]. Rev. panam. salud pública. 2013 [citado em 2020 fev. 15]; 34(6):446-451. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a11.pdf>.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2025 [citado em 2026 jan. 02]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025>.
3. World Health Organization. Global tuberculosis control 2009: Epidemiology, strategy, financing, Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 2019 nov. 11]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
16. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. J BrasPneumol. 2009; 35(6):610-12. DOI: 10.1590/S1806-37132009000600014.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2012 [citado em 2019 set. 12]; Seção 1:59-62. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 2020 jan. 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>.
19. Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 ; 19(6):1289-1296. DOI: 10.1590/S0104-11692011000600003.
20. Horta TC, Guimarães MAMB. Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde: projeto de implantação [Internet]. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde. 2014 [citado em 2019 nov. 23]; 03-133. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf.
21. Silva EA. Avaliação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora-MG: a percepção de profissionais de saúde [Internet]. Tese (Doutorado). Juiz de Fora: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2019 [citado em 2020 jan. 23]. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/11796>.
22. Conde MB, Melo FAF, Marques AMC, Cardoso NC, Pinheiro VGF. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J BrasPneumol. 2009;35(10):1018-1048. DOI: 10.1590/S1806-37132009001000011.
23. Arakawa T, Magnabosco GT, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Ruffino-Netto A et al. Programa de controle da tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. Rev. Saúde Pública. 2017; 51:23. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006553.
24. Duarte R, Silva DR, Rendon A, Alves TG, Rabahi MF, Centis R, et al. Eliminação da tuberculose na América Latina: considerações. J BrasPneumol. 2018; 44(2):73-76. DOI:

10.1590/S1806-37562017000000449.

25. Balderrama P, Vendramini SF, Santos MLSSG, Ponce MAZ, Oliveira IC, Villa TCS. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. *Rev. Eletr. Enf.* 2014; 16(3):511-9. DOI: 10.5216/ree.v16i3.21408.

26. Dantas DNA, Enders BC, Queiroz AAR, Coura AS, Silva MPM, Menezes RMP. Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2014 set;35(3):75-81. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.03.44767.

27. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AM. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. enferm.* . 2010; 63(4): 574-580. DOI: 10.1590/S0034-71672010000400012.

28. 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.* 2013; 47(6): 1149-1158. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004650.

29. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino-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. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000022.

30. Quintero MCF, Vendramini SHF, Santos MLSSG, Santos MR, Gazetta CE, Lourenção LG, Soler ZASG et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev. Salud Pública.* 2018; 20 (1): 103-109. DOI: 10.15446/rsap.V20n1.64177.

31. Trigueiro DRSG, Nogueira J, Sá LD, Monroe AA, Anjos UU, Villa TCS et al. A influência dos determinantes individuais no retardo do diagnóstico da tuberculose. *Texto contexto-enferm.* 2014; 23(4): 1022-1031. DOI: 10.1590/0104-07072014001370013.

32. Mizuhira VF, Gazetta CE, Vendramini SHF, Ponde MAZ, Wysocki AD, Villa TCS. Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose [Internet]. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2015 [citado em 2019 out. 24]; 22(2) 94-98. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-22-2/Procura%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20para%20o%20diagn%C3%B3stico%20da%20tuberculose.pdf.

33. Sá LD, Rodrigues DCS, Barrêto AJR, Oliveira AAV, Pinheiro PGOD, Nogueira JÁ. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(3): 437-42. DOI: 10.5380/ce.v16i3.21245.

34. Bawankule S, Syed ZQ, Gaidhane A, Khatib N. Delay in DOTS for new pulmonary tuberculosis patient from rural area of Wardha District, India. *Online Journal of Health and Allied Sciences* [Internet] 2010 Jan/Mar [citado 2020 jan. 03]; 9(1):1-

7. Disponível em: <https://web-archive.southampton.ac.uk/cogprints.org/6991/1/2010-1-5.pdf>.

35. Gaviria MB, Henao HM, Maratínez TM, Bernal Elisa. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia [Internet]. *Rev. Panam Salud Publica.* 2010 [citado em 2020 jan. 23]; 27(2): 83-92. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n2/83-92>.

36. Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. psiquiatr. clín.* 2005; 32(5): 276-282. DOI: 10.1590/S0101-60832005000500005.

37. Araújo ML. A biossegurança em tuberculose hospitalar na formação de residentes do HUPAA [Internet]. Dissertação (Mestrado). Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2018 [citado em 2019 out.24].

38. Galavote HS, Cola JP, Lima RCD, Prado TN, Brotto LDA, Sales CMM. Avaliação da linha do cuidado no atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios em um programa de referência ao controle da tuberculose no município de Vitória – Espírito Santo [Internet]. *Rev. APS.* 2015 [citado em 2019 dez. 12]; 18(3): 281-292. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15562>.

39. Kritski A, Dalcolmo MP, Mello FCQ, Carvalho ACC, Silva DR, Oliveira MM et al. O papel da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose nos esforços nacionais e internacionais para a eliminação da tuberculose. *J BrasPneumol.* 2018;44(2):77-81. DOI: 10.1590/S1806-37562017000000435.