



Sintomático respiratório de tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações nacionais

The user with respiratory symptoms of tuberculosis in the primary care: assessment of actions according to national recommendations

Luize Barbosa Antunes¹, Jéssica Oliveira Tomberg¹, Jenifer Harter^{1,2}, Lílian de Moura Lima^{1,3}, Dagoberta Alves Vieira Beduhn¹, Roxana Isabel Cardozo Gonzales¹

Objetivo: averiguar a avaliação do sintomático respiratório de tuberculose nos serviços de Atenção Primária à Saúde, segundo as normas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Métodos:** estudo de corte transversal realizado, por meio de aplicação de formulário a 99 pessoas com tuberculose pulmonar. **Resultados:** 87,9% relataram tosse como um sintoma que motivou a busca pelo primeiro atendimento, destas 27,3% procuraram por unidades de atenção primária, onde 96,3% receberam atendimento nesse serviço, entre as quais 46,2% referiram ter sido solicitada baciloscopia de escarro pelos profissionais das unidades. **Conclusão:** mais da metade dos participantes buscou serviços de nível secundário ou terciário ao apresentar sintomas da tuberculose e, ainda, menos da metade dos indivíduos atendidos na Atenção Primária tiveram exames diagnósticos solicitados por profissionais desse serviço.

Descritores: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.

Objective: to investigate the evaluation of the user with respiratory symptoms of tuberculosis in Primary Health Care services according to the norms of the National Program for Tuberculosis Control. **Methods:** cross-sectional study with application of a form to 99 people with pulmonary tuberculosis. **Results:** a total of 87.9% participants reported cough as the symptom that motivated the search for Primary Care; from these, 27.3% sought Primary Care units, 96.3% received care in this service, of which 46.2% reported that sputum smear was requested by professionals in the units. **Conclusion:** more than half of participants sought secondary or tertiary services due to the symptoms of tuberculosis, and also less than half of patients assisted in Primary Care had diagnostic tests requested by professionals of that service.

Descriptors: Tuberculosis; Primary Health Care; Health Evaluation.

¹Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

²Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, RS, Brasil.

³Universidade Federal do Paraná. Palmas, PR, Brasil.

Autor correspondente: Luize Barbosa Antunes
Rua Irmão Fernando de Jesus, 278, Apto.201; CEP: 96040110. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: luizeeantunes@gmail.com

Introdução

A avaliação de serviços de saúde é desenvolvida para definir se determinado programa produz os resultados esperados, ou para aprimorar determinada intervenção ou ação em saúde. Fundamenta-se em teorias e conceitos de diversas áreas de conhecimento, e na relação entre as necessidades de saúde da população alvo e os serviços ofertados⁽¹⁾.

No contexto da atenção à tuberculose, a avaliação dos serviços de saúde é essencial, uma vez que, apesar da baixa densidade tecnológica que o processo de atenção à doença requer, os profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde ainda vivenciam dificuldades na realização de ações básicas como a identificação do sintomático respiratório de tuberculose⁽²⁾.

A tuberculose pulmonar é uma doença transmissível, cujo controle requer detecção precoce de casos para minimizar a disseminação do bacilo causador (bacilo de Koch).

Observa-se que a atenção à tuberculose pulmonar no cenário da Atenção Primária à Saúde vem sendo realizada, principalmente, pela busca espontânea dos indivíduos, quando se sentem doentes⁽³⁻⁴⁾, o que influencia diretamente no tempo e no processo de diagnóstico. Os sintomas respiratórios da tuberculose são comuns a outras doenças, gerando, por vezes, a não suspeição pelos profissionais de saúde e a demora do indivíduo na procura por atendimento.

Após a busca do usuário por atendimento no serviço de saúde, os profissionais assumem relevância na identificação do sintomático respiratório e na provisão do conjunto de ações necessária ao diagnóstico da tuberculose. Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, os serviços de atenção primária à saúde devem ser a porta preferencial dos usuários para a descoberta da doença⁽⁵⁾.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose preconiza que o indivíduo que apresenta tosse há três semanas ou mais deve ser considerado um caso potencial de tuberculose pulmonar, sendo a conduta profissional acolher o usuário e solicitar exames (ra-

diografia de tórax e baciloscopia de escarro), que possibilitem o diagnóstico. Considera-se haver agilidade do serviço no diagnóstico da tuberculose quando ocorre a média de três visitas do usuário ao serviço de saúde⁽⁵⁾. Pesquisas que avaliam os serviços de Atenção Primária evidenciam ineficiência na realização do diagnóstico da tuberculose pulmonar⁽²⁻⁴⁾. Estudo realizado na região Nordeste do Brasil e em Ribeirão Preto-SP evidenciaram que, apesar dos indivíduos com sintomas da tuberculose buscarem assistência na Atenção Primária, esses foram encaminhados para assistência à saúde em outro ponto de atenção^(6,2). Tais resultados pressupõem dificuldades dos profissionais na realização das ações de diagnóstico da doença, conforme recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Diante de tais evidências e frente às recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, buscou-se averiguar a conformidade na avaliação de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Pesquisa de corte transversal, que foi realizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, importante polo regional de saúde, com 328.275 habitantes, organizado em cinco distritos sanitários. A rede de saúde é composta por 53 unidades de atenção primária à saúde, com 34 equipes da Estratégia de Saúde da Família, totalizando a cobertura de 35,7% da população.

A pesquisa se desenvolveu no período de um ano entre 2013 e 2014, mediante entrevista com pessoas que iniciavam o tratamento para tuberculose pulmonar no período, na atenção primária, no Programa Municipal de Controle da Tuberculose. Aplicou-se o critério de inclusão de idade igual ou superior a 18 anos e o critério de exclusão de apresentar dificuldades cognitivas que impossibilitassem a aplicação do formulário.

Os dados foram coletados por meio de um formulário com variáveis numéricas e categóricas pre-

viamente codificadas. As variáveis utilizadas foram: sintomas que motivaram a busca por atendimento em saúde, primeiro serviço procurado, recebimento de atendimento no primeiro serviço procurado, número de visitas ao serviço de saúde necessárias para obter o diagnóstico da tuberculose pulmonar, o serviço de saúde que solicitou exames (radiografia de tórax e baciloscopia de escarro), onde realizou os exames, o serviço que diagnosticou a tuberculose pulmonar.

Para a avaliação do cumprimento das recomendações das ações de diagnóstico na Atenção Primária à Saúde de acordo com a política de atenção e controle da tuberculose, as variáveis foram analisadas por meio da elaboração de uma árvore decisória. Cada variável estudada constituiu um ramo da árvore, enquanto que cada informação (opção de resposta para a variável) foi comparada com as regras de decisão (parâmetros). Para a construção dessa, foram considerados os indivíduos motivados a buscar o atendimento por apresentarem tosse. O parâmetro ideal conforme critérios descritos no Manual de Controle da Tuberculose é de 100,0% dos indivíduos com sintomas respiratórios da tuberculose atendidos pela Atenção Primária terem recebido a solicitação de baciloscopia e coletado a primeira amostra na unidade, sendo necessária até três visitas ao serviço de saúde.

Para a avaliação do número de visitas ao serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico utilizou-se a média de vezes que foi a unidade. Além disso, utilizou-se o teste de Mann Whitney para a comparação do número de vezes que precisou procurar o serviço de saúde entre os grupos de diagnosticados na Atenção Primária à Saúde e diagnosticados em outros serviços de saúde. Um sujeito foi excluído desta análise, pois não respondeu à questão. O processamento e análise dos dados foram realizados no pacote estatístico da *STATSOFT-Statistica 12*.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Participaram da pesquisa 99 pessoas com tuberculose, majoritariamente do sexo masculino 59 (59,6%). Das pessoas entrevistadas 60 (60,6%) possuíam até 7 anos de estudo, 37 (37,4%) 8 anos ou mais de estudo e 2 (2,0%) não informaram. A média de idade dos entrevistados foi de 40 anos e o desvio padrão de 15,6. A idade variou entre 19 e 87 anos. Os sintomas que motivaram os participantes a procurar o serviço de saúde foram tosse (87; 87,9%), emagrecimento (81; 81,8%) e febre (75; 75,7%).

Dos usuários que relataram tosse, 27 (27,3%) procuraram atendimento em unidades de atenção primária. Destes 26 (96,3%) receberam assistência. Os exames diagnósticos da tuberculose, baciloscopia de escarro e radiografia de tórax, foram solicitados para 12 (46,2%), porém nenhum usuário coletou a amostra de escarro no serviço de saúde. Os serviços de atenção primária diagnosticaram 6 (50,0%) dos usuários que tiveram os exames diagnósticos solicitados nesse serviço.

Na amostra geral, os usuários precisaram ir em média 2,3 ($\pm 1,7$) vezes aos serviços de saúde até obter o diagnóstico. Entre os diagnosticados pela Atenção Primária à Saúde a média de visitas a essa unidade foi 3,3 vezes ($\pm 2,1$), variando entre 1 e 8 visitas.

Ao comparar o grupo de sintomáticos que foi diagnosticado na Atenção Primária à Saúde com aqueles que receberam o diagnóstico em outros serviços de saúde, em relação ao número de vezes que precisaram ir à unidade de saúde para o diagnóstico da tuberculose, observou-se que há diferença significativa no teste de Mann Whitney ($p=0,040$), indicando que os usuários diagnosticados pela Atenção Primária à Saúde precisaram ir mais vezes a unidade até receberem o diagnóstico de tuberculose do que aqueles atendidos nos demais serviços.

Discussão

A tuberculose permanece como um importante agravo de saúde pública e está diretamente relacionada com os determinantes sociais, tornando-se endêmica em áreas de maior concentração populacional em vulnerabilidade social⁽⁷⁾. Estudos tem demonstrado que a doença acomete principalmente homens em idade produtiva, com baixa renda e pouca escolaridade, corroborando com este estudo^(2,3,6).

Observa-se fragilidades relacionadas à obtenção do diagnóstico da tuberculose nos serviços de Atenção Primária à Saúde, apesar das recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose⁽⁵⁾.

A organização do sistema de saúde preconiza a coordenação do tratamento da tuberculose pela Atenção Primária à Saúde, que centraliza uma gama de ações a serem desenvolvida pelas equipes, como medidas de promoção, prevenção, reabilitação, biossegurança e integralidade da atenção. Tais ações apresentam grande potencial para minimizar a transmissão do bacilo causador da tuberculose.

As evidências científicas sugerem ineficácia da prevenção e controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, aliados à fragilidade dos aspectos organizacionais dos serviços de saúde, gerando barreiras no itinerário terapêutico do indivíduo para obter o diagnóstico. Esse fato pode repercutir na baixa procura por atendimento nas unidades de Atenção Primária, observada neste e em outros estudos⁽⁸⁻⁹⁾.

Cabe salientar que a busca de uma solução rápida pela população para seus problemas de saúde gera uso de tecnologias duras e medicalização em outros níveis de atenção, além de pouca procura e/ou resolutividade da atenção primária no diagnóstico da tuberculose. Essa realidade é reforçada pela mídia que, ao reportar-se ao sistema público de saúde, comumente não o faz no nível primário.

A baixa procura dos indivíduos pela Atenção Primária à Saúde revela-se como um indicador preocupante, pois os demais pontos de atenção não desempenham a continuidade da assistência, a qual é

necessária no caso da tuberculose pulmonar, condição sensível nesse nível de atenção à saúde. A proximidade das equipes de saúde da comunidade e a lógica de atenção nesse ponto constituem aspectos positivos no controle da doença em questão.

A valorização de capacitações específicas para os profissionais regularmente sobre a problemática da tuberculose pulmonar têm efeito positivo na detecção dos casos da doença⁽³⁾. A comunicação dos diferentes setores do sistema de saúde, por meio da incorporação de um sistema de informação integrado, baseado em indicadores específicos de detecção de sintomáticos respiratórios de tuberculose em saúde contribuiria para corresponsabilizar os profissionais e o cumprimento das metas.

No que se refere à solicitação de exames pelo enfermeiro, sua mensuração é importante indicador para a avaliação da incorporação das ações diagnóstico da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. A baixa solicitação de exames pode ser reflexo da cultura de utilização do sistema de referência pelos profissionais das unidades de Atenção Primária⁽²⁾, realidade que coaduna com a falta de preparo dos profissionais e a não responsabilização das ações de controle da tuberculose⁽¹⁰⁾.

A solicitação de baciloscopia do usuário sintomático respiratório envolve toda a equipe de saúde. Por se tratar a tuberculose de doença de menor prevalência em relação a outras doenças tratadas na atenção primária, há menor experiência dos profissionais nesta área, o que pode gerar insegurança no profissional para realizar a solicitação de baciloscopia de escarro, que pode preferir encaminhar este usuário para a unidade especializada, gerando nova busca por atendimento na mesma ou em outra unidade, atrasando o diagnóstico. A centralização das ações no médico já foi identificado por outros profissionais da Atenção Primária à Saúde⁽¹¹⁻¹²⁾.

As repetidas visitas dos indivíduos devido à falta de acesso às ações de diagnóstico da doença aos serviços de Atenção Primária estão diretamente relacionadas ao atraso na obtenção do diagnóstico^(3,9) e

pode, ainda, refletir a desvinculação do indivíduo com a Atenção Primária à Saúde.

A realização da coleta do escarro na unidade de origem favorece a realização do exame, visto que garante a amostra no ato do primeiro atendimento e com isso possibilita o diagnóstico ainda que o sintomático respiratório não retorne ao serviço de saúde. Contudo, neste estudo nenhum indivíduo refere ter coletado o escarro na unidade de atenção primária à saúde que solicitou a baciloscopia, concordando com outros estudos^(4,13). Por se tratar de uma doença transmissível, a agilidade da coleta é fundamental. Nesse sentido, os serviços de saúde não podem admitir atrasos para o diagnóstico, sendo imprescindível sua responsabilização nesta etapa do processo.

Além disso, outros fatores influenciam a não realização da coleta de escarro na unidade de atenção primária à saúde. A inadequação do local disponível no serviço de saúde para a coleta de escarro⁽¹⁴⁾, desconhecimento dos profissionais acerca das medidas de biossegurança durante a coleta da amostra⁽¹⁵⁾, a deficiência na estrutura dos serviços que, por vezes, não possuem refrigerador ou caixa térmica para acondicionamento do material biológico colhido⁽¹⁶⁾. Tais aspectos trazem à tona a necessidade de assegurar uma estrutura mínima das unidades de Atenção Primária para o diagnóstico da tuberculose.

Cabe salientar que o cenário em estudo enfrenta problemas na descentralização das ações de controle da tuberculose para Atenção Primária à Saúde, o que implica em limitações na agilidade da obtenção do diagnóstico. A descontinuidade da atenção aos sintomáticos respiratórios da tuberculose envolve despesas financeiros para os sujeitos quanto ao deslocamento da amostra até o laboratório e a busca do resultado do exame⁽¹⁵⁾.

Referente à radiografia de tórax como exame diagnóstico, o acesso à realização deste exame pelos indivíduos com sintomas de tuberculose pulmonar é igualmente necessário para a obtenção do diagnóstico oportuno, além de ser o exame preferencial para conhecer a extensão da lesão⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Portanto, a

solicitação e acesso à realização da radiografia tem importância para o indivíduo, sua família e também epidemiológica.

Acredita-se que a baixa solicitação de radiografia de tórax entre os SR associam-se a deficiências no acesso ao exame pelo sistema público de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde. A maioria dos usuários refere demora na realização do exame, tendo que, por fim, custeá-lo⁽¹⁸⁾. Isso não ocorre no nível secundário, onde muitos serviços oferecem o exame⁽¹⁹⁾.

Considera-se como uma limitação do estudo o número reduzido de sintomáticos respiratórios de tuberculose identificados nos serviços de atenção primária à saúde que compunham a amostra, o que impossibilitou a aplicação de análises mais robustas para a problematização da atenção a estes indivíduos.

Por fim, o principal benefício ao avaliar o sintomático respiratório de tuberculose, conforme as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose é a agilidade do diagnóstico. Por meio da suspeita da doença solicitam-se os exames laboratoriais e, desta forma, oportuniza-se o tratamento precoce dos indivíduos com tuberculose, reduz-se sua morbimortalidade e interrompe-se a cadeia de transmissão do bacilo no território, contribuindo diretamente para o controle da doença em âmbito individual e coletivo.

Conclusão

Menos da metade dos indivíduos atendidos na Atenção Primária à Saúde tiveram exames diagnósticos solicitados por profissionais desse serviço. Nenhum indivíduo recebeu as ações de saúde necessárias ao diagnóstico da doença, conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

As unidades de Atenção Primária apresentam deficiências na identificação do sintomático respiratório de tuberculose e na responsabilização do serviço pela coleta de escarro. Ainda os indivíduos diagnosticados na atenção primária necessitaram ir mais vezes ao serviço de saúde para obter o diagnóstico de tuber-

culose. É premente iniciativas da gestão do município para sensibilizar os profissionais diante da problemática da doença, para que estes efetivem a política de controle prevista nos serviços de atenção primária.

Colaborações

Antunes LB e Tomberg JO contribuíram para a concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Harter J, Lima LM e Beduhn DAV contribuíram para concepção, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Cardozo-Gonzales RI contribuiu para a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(2):144-57.
2. Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. *Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):898-904.
3. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(3):300-5.
4. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(n. esp.):190-8.
5. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Paiva RCG, Nogueira JA, Sá LD, Nóbrega RG, Trigueiro DRSG, Villa TCS. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2014 [citado 2015 nov 16]; 16(3):520-6. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/23491>
7. Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. *Pulmão RJ*. 2012; 21(1):4-9.
8. Beraldo AA, Arakawa T, Pinto ESG, Andrade RLP, Wysocki AD, Sobrinho RAS, et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):3079-86.
9. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(5):945-54.
10. Sá LD, Barrêto AJR, Oliveira AAV, Pinheiro PGOD, Nogueira JA. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(3):437-42.
11. Cardozo-Gonzales, RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. *Rev Enferm Saúde*. 2011; 1(1):24-32.
12. 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(3):1149-58.
13. Beduhn DAV, Harter J, Reis SP, Antunes LB, Cardozo-Gonzales RI. Desempenho laboratorial de las unidades de atención primaria em el diagnóstico de tuberculosis em Pelotas, Brasil. *Rev Peru Med Experimental Salud Publica*. 2013; 30(4):621-5.
14. Balderrama P, Vendramini SF, Santos MLSSG, Ponce MAZ, Oliveira IC, Villa TCS, et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2014 [citado 2015 nov 16]; 16(3):511-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n3/pdf/v16n3a03.pdf

15. Nóbrega RG, Nogueira JA, Sá LD, Uchôa REMN, Trigueiro DRSG, Paiva RCG. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2015 nov 16]; 15(1):88-95. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a10.pdf.
16. Dantas DNA, Silva MPM, Oliveira DRC, Enders BC, Paiva REA, Arcêncio RA. Ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. *Rev Rene*. 2011; 12(n. esp):980-94.
17. Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski A, Trajman A. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(4):512-20.
18. Higueta LMS, Nieto-Ríos JF, Daguer-Gonzalez S, Ocampo-Kohn C, Aristizabal-Alzate A, Velez-Echeverri C, et al. Tuberculose em pacientes transplantados renais: experiência de um único centro em Medellín-Colômbia, 2005-2013. *J Bras Nefrol*. 2014; 36(4):512-8.
19. Clementino FS, Miranda FAN. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(4):584-90.