

ARTIGO ORIGINAL

**Acesso ao diagnóstico da tuberculose em um município da Amazônia Ocidental: ótica dos profissionais de saúde**

*Access to tuberculosis diagnosis in a municipality of the Western Amazon: health professionals' perspective*

*Acceso al diagnóstico de tuberculosis en un municipio de la Amazonia occidental: perspectiva de los profesionales de la salud*

Rebeca Sousa Braga<sup>1</sup> ORCID 0000-0001-6046-3670

Melisane Regina Lima Ferreira<sup>2</sup> ORCID 0000-0003-1694-5124

Rafaele Oliveira Bonfim<sup>2</sup> ORCID 0000-0001-8157-2323

Tatiane Cabral Siqueira<sup>3</sup> ORCID 0000-0002-3860-1261

Nathalia Halax Orfão<sup>1</sup> ORCID 0000-0002-8734-3393

<sup>1</sup>Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup>Hospital de Amor, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

Endereço: BR 364, Km 9,5, Porto Velho – RO.

E-mail: nathaliahalax@unir.br

Submetido: 25/01/2023

Aceito: 02/02/2023

**RESUMO**

**Justificativa e Objetivo:** identificar os fatores que fragilizam o acesso ao diagnóstico da tuberculose permite avaliar as ações e estratégias de vigilância da Atenção Primária à Saúde (APS), além de garantir acompanhamento e monitoramento dos casos. Este estudo teve como objetivo analisar a dimensão do acesso ao diagnóstico na APS, sob a ótica dos profissionais de saúde em um município da Amazônia Ocidental. **Métodos:** estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado de forma transversal e abordagem quantitativa em Porto Velho, com os profissionais que atuam na APS da zona urbana por meio de entrevistas com o questionário *Primary Care Assessment Tool*, validado para o Brasil e adaptado para a atenção à TB. Considerou-se apenas a dimensão acesso ao diagnóstico da versão para profissionais de saúde, que possui doze variáveis, apresentando como categorias de respostas segundo a escala tipo Likert. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva, após atender aos preceitos éticos. **Resultados:** foram entrevistados 266 profissionais, sendo que o escore médio foi classificado como regular, bem como quase sempre têm dificuldade para obter informação por telefone; às vezes utilizam transporte motorizado, possuem custos com transporte público no deslocamento à unidade de saúde; e às vezes perdem turno de trabalho ou compromisso para a consulta. **Conclusão:** é essencial a reflexão do protagonismo com inserção

e resolubilidade da APS, bem como conduta clínica adequada, considerando os dados epidemiológicos que permanecem desafiadores no município.

**Descritores:** *Tuberculose. Pessoal de Saúde. Diagnóstico. Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.*

## ABSTRACT

**Background and Objective:** identifying the factors that weaken access to tuberculosis diagnosis allows assessing the actions and surveillance strategies of Primary Health Care (PHC), in addition to ensuring follow-up and monitoring of cases. This study aimed to analyze the dimension of access to diagnosis in PHC from health professionals' perspective in a municipality in the Western Amazon. **Methods:** this is a descriptive survey-type study, carried out in a cross-sectional way and with a quantitative approach in Porto Velho with professionals who work in PHC in the urban area through interviews with the Primary Care Assessment Tool questionnaire, validated for Brazil and adapted for tuberculosis care. Only the access to diagnosis dimension of the version for health professionals was considered, which has twelve variables and presents categories of responses according to the Likert scale. Data were analyzed using descriptive statistics, after complying with ethical precepts. **Results:** a total of 266 professionals were interviewed, and the mean score was classified as regular as well as they almost always have difficulty obtaining information over the phone; sometimes they use motorized transport, have costs with public transport to travel to the health unit; and sometimes they miss a work shift or appointment for the appointment. **Conclusion:** it is essential to reflect on the role with PHC insertion and resolvability as well as adequate clinical conduct, considering the epidemiological data that remain challenging in the municipality.

**Keywords:** *Tuberculosis. Health Personnel. Diagnosis. Health Services. Primary Health Care.*

## RESUMEN

**Justificación y Objetivos:** identificar los factores que debilitan el acceso al diagnóstico de tuberculosis permite evaluar las acciones y estrategias de vigilancia de la Atención Primaria de Salud (APS), además de garantizar el seguimiento y seguimiento de los casos. Este estudio tuvo como objetivo analizar la dimensión del acceso al diagnóstico en la APS, desde la perspectiva de los profesionales de salud en un municipio de la Amazonia occidental. **Métodos:** estudio descriptivo, del tipo encuesta, realizado en abordaje transversal y cuantitativa en Porto Velho con profesionales que actúan en APS en el área urbana a través de entrevistas con el cuestionario *Primary Care Assessment Tool*, validado para Brasil y adaptada para la atención de la TB. Se consideró solamente la dimensión acceso al diagnóstico de la versión para profesionales de la salud que tiene doce variables y se presenta como categorías de respuestas según la escala Likert. Los datos fueron analizados con base en estadística descriptiva, después de cumplir con los preceptos éticos. **Resultados:** se entrevistó a un total de 266 profesionales, y el puntaje promedio fue clasificado como regular, además de tener casi siempre dificultades para obtener información por teléfono; a veces utilizando transporte motorizado y teniendo costos de transporte público al desplazarse a la unidad de salud; a veces perdiendo turno de trabajo o cita para la consulta. **Conclusiones:** es esencial reflejar el papel del papel con la inserción y resolución de la APS, así como la conducta clínica adecuada, considerando los datos epidemiológicos que siguen siendo desafiantes en el municipio.

**Palabras clave:** *Tuberculosis. Personal de Salud. Diagnóstico. Servicios de Salud. Atención Primaria de Salud.*

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública em escala mundial. Em 2019, estima-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por TB e 1,4 milhão foram a óbito<sup>1</sup>. Entre os países prioritários com elevada carga da doença e coinfeção TB/HIV, o Brasil notificou 73.864 casos novos e 4.532 foram o óbito, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab<sup>1,2</sup>.

Nesse mesmo ano, Rondônia apresentou 582 casos novos e 19 óbitos (1,1 óbitos/100 mil hab.), além

de um baixo percentual de cura entre aqueles com a forma clínica pulmonar (70,3%). Dos casos notificados no estado, 43,5% (253 casos) foram em Porto Velho, sendo 14 óbitos no respectivo município (2,6 óbitos/100 mil hab.), e no país, é a segunda capital em percentual de abandono (32,6%)<sup>2</sup>.

Esses dados representam a necessidade de priorizar as medidas para controle da TB, tais como o rastreamento dos casos, a elucidação diagnóstica e o manejo do cuidado com a oferta e efetivação do tratamento diretamente observado (TDO), bem como a inserção e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visitas domiciliares para o (re)conhecimento dos determinantes sociais de saúde que envolvem o usuário, a família e a comunidade, os quais podem interferir na adesão e ações de controle da doença<sup>3,4</sup>. Além disso, é essencial o estabelecimento e fortalecimento de vínculo com maior protagonismo e resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado<sup>5</sup>.

Estudos apontam que os usuários, na maioria das vezes, são diagnosticados nos serviços de referência<sup>6</sup>, seja pelas fragilidades organizacionais e gerenciais, as quais incluem falta de recursos humanos e materiais, capacitação, rede de apoio por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e horário de funcionamento das unidades da APS, os quais dificultam a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da assistência<sup>7</sup>.

De modo complementar, existem outras barreiras que implicam o atraso do diagnóstico, tais como a distância da residência até o serviço de saúde, sobretudo em populações que residem em área rural, custos adicionais com transporte para deslocamento, falta de conhecimento, que repercute em percepção errônea dos sinais e sintomas, devido à semelhança com outras comorbidades, além do estigma, automedicação, procura de tratamento alternativo, como curandeiros ou lugares espirituais, e singularidades de algumas populações, como indígenas ou imigrantes no que se refere à abordagem devido aos diferentes idiomas e cultura<sup>8</sup>.

Além disso, a falta de integração entre os sistemas de informação e a não notificação dos casos geram um déficit de dados, interferindo nas ações de controle da doença, o que intensifica falhas na assistência prestada, retardo no diagnóstico e início do tratamento, culminando na gravidade dos sinais e sintomas, elevados percentuais de abandono e, conseqüentemente, continuidade na cadeia de transmissão da doença<sup>6,7,9</sup>.

Diante do exposto, identificar os fatores que fragilizam o acesso ao diagnóstico de TB permite avaliar as ações e estratégias de vigilância da APS, além de garantir acompanhamento e monitoramento dos casos. Assim, este estudo teve como objetivo analisar a dimensão do acesso ao diagnóstico da TB na APS, sob a ótica dos profissionais de saúde em Porto Velho-RO.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado de forma transversal a partir de

abordagem quantitativa em Porto Velho, capital de Rondônia. Atualmente, a APS do município é constituída por 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37 Unidades de Saúde da Família (USF), totalizando as 54 unidades da APS, as quais estão distribuídas nas zonas urbana (20) e rural (33), subdivididas em unidades terrestres (18) e ribeirinhas (15), bem como uma unidade móvel fluvial. Neste estudo, foram considerados somente os estabelecimentos de saúde distribuídos na zona urbana.

A atenção à TB no município é descentralizada para APS, a qual é responsável por realizar ações para identificar os sintomáticos respiratórios (SR), notificar os casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acompanhar os casos de TB em tratamento, identificando os faltosos, oferecer o TDO, investigar os contatos, oferecer o teste HIV, além de solicitar os exames diagnósticos (baciloscopia de escarro, Teste Rápido Molecular para a TB (TRM-TB) e radiografia de tórax), realizados no laboratório municipal, além de cultura de escarro e teste de sensibilidade, que são realizados no laboratório estadual.

Como rede de apoio e suporte, a nível ambulatorial o município conta com duas unidades especializadas, sendo uma para os casos de TB extrapulmonar e TB infantil, e a outra para aqueles que possuem coinfeção TB/HIV. Para casos de TB drogarristente (TB-DR) e aqueles que necessitem de internação, o estado possui um hospital e um ambulatório localizado nessa unidade como referência no nível terciário.

A população do estudo foi constituída pelos profissionais que atuam nas unidades da APS da zona urbana de Porto Velho-RO. Foram considerados como critérios de inclusão aqueles que exerciam sua função há, pelo menos, 12 meses e que tinham lidado com pelo menos um caso de TB desde sua formação. Foram considerados como critérios de exclusão todos aqueles que estavam de férias e/ou licença durante o período de coleta de dados. Ressalta-se que a delimitação deste estudo na zona urbana ocorreu na medida em que nesses locais ocorreu a maior transmissibilidade da doença, quantitativo de casos notificados de TB e desfechos desfavoráveis, quando comparada com a zona rural. Desse modo, compreender o acesso ao diagnóstico na perspectiva dos profissionais torna-se essencial.

Para o cálculo da amostra de profissionais entrevistados, foi utilizada a fórmula de cálculo amostral com população finita:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * N * P * (1 - P)}{\varepsilon^2 * (N - 1) + z_{\alpha}^2 * (1 - P)}$$

Nesse sentido, foi considerado um erro ( $\varepsilon$ ) de 5%, um intervalo confiança (Z) de 95%, proporção amostral (P) de 50% da população (N=737). Seriam entrevistados, no mínimo, 253 profissionais, sendo 136 ACS, 65 técnicos/auxiliares de enfermagem, 26 enfermeiros e 26 médicos.

Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento o questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)<sup>10</sup>, validado para o Brasil<sup>11</sup>, e, posteriormente, adaptado para a atenção à TB<sup>12</sup>. Para atender ao objetivo deste estudo, foi considerada apenas a dimensão acesso ao diagnóstico da versão para

profissionais de saúde, a qual possui doze variáveis (Quadro 1).

**Quadro 1.** Variáveis relacionadas à dimensão acesso ao diagnóstico, selecionada para este estudo

Dimensão	Variáveis
Acesso ao diagnóstico	Tempo de espera para conseguir consulta quando apresentam sinais/sintomas de TB.
	Quantidade de vezes que os usuários precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento quando apresentam sinais/sintomas de TB.
	Quantidade de vezes que os usuários precisam procurar a unidade de saúde para conseguir diagnóstico quando apresentam sinais/sintomas de TB.
	Tempo esperado pelo diagnóstico quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB.
	Procura pela unidade de saúde mais próxima de casa para consulta de diagnóstico de TB.
	Espera de mais de 60 minutos para serem atendidos quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB.
	Dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB.
	Dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB.
	Dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB.
	Utilização de transporte motorizado no deslocamento à unidade de saúde para a consulta de diagnóstico de TB.
	Gasto de dinheiro com transporte público no deslocamento à unidade de saúde durante as consultas para diagnóstico da TB.
	Perda de turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB.

**Fonte:** VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009.

As categorias de respostas variam segundo a escala de Likert, com os valores entre um e cinco, referente ao grau de relação de preferência ou concordância com as afirmações (Quadro 2).

**Quadro 2.** Categorias de respostas dos profissionais na dimensão acesso ao diagnóstico, das variáveis C1 a C12, de acordo com os respectivos escores

Variáveis	Opções de respostas				
<b>C1</b>	5 dias ou mais	4 dias	3 dias	2 dias	1 dia - 24 horas
<b>C2 e C3</b>	5 vezes ou mais	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1 vez
<b>C4</b>	5 ou mais semanas	4 semanas	3 semanas	2 semanas	1 semana
<b>C5</b>	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b>C6 a C12</b>	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
<b>Escores</b>	0 a 1	1,1 a 2	2,1 a 3	3,1 a 4	4,1 a 5

**Fonte:** adaptado de Villa & Ruffino-Netto (2009).

Os dados foram coletados entre maio de 2018 e fevereiro de 2019, e após armazenados no programa *Microsoft Excel*. Foram analisados por meio de estatística descritiva no *software* Statistica 13.4 da TIBCO. Foi determinado o escore médio da dimensão elencada para este estudo, que correspondeu à somatória de todos os escores médios das variáveis dividida pelo total de variáveis e, por fim, um escore de cada variável que corresponde ao valor médio obtido pela somatória das respostas para cada pergunta e dividido pelo total de participantes<sup>12</sup>.

Posteriormente, conforme a escala Likert de resposta do instrumento, os escores médios foram classificados como não satisfatório (0 a 1,6), regular (1,7 a 3,3) e satisfatório (3,4 a 5).

O projeto matriz intitulado “Dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde para o manejo do cuidado aos doentes de tuberculose em Porto Velho-RO” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia, conforme Parecer 2.585.934, atendendo às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas ocorreram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos profissionais de saúde, na unidade de saúde em que eles atuavam e local que resguardava a privacidade dos mesmos.

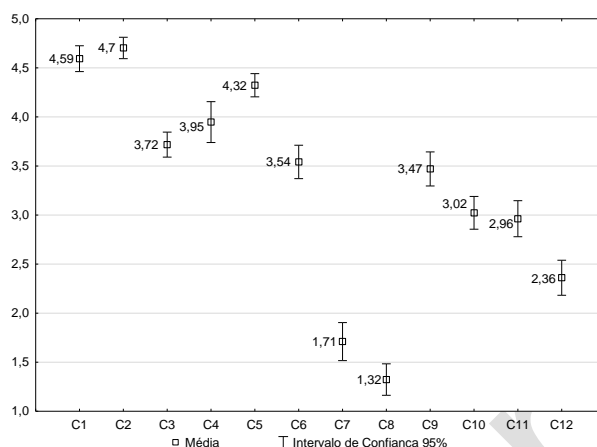
## RESULTADOS

Foram abordados 401 profissionais, dos quais 120 foram excluídos, sendo que 65 eram ACS, 33, técnicos/auxiliares de enfermagem, 13, enfermeiros, e 9, médicos, considerando que não haviam lidado com pelo menos um caso de TB desde sua formação (73). Estavam de férias durante o período da coleta de dados (29), licença (14). Não haviam exercido sua função há pelo menos 12 meses (4), além de 15 recusas, seja por indisponibilidade de horário, interrupção da entrevista durante a aplicação do questionário, diversas tentativas de abordagem sem aceite do profissional, desejo de responder sozinho ao questionário e afirmação de que tal pesquisa não traria retorno ao serviço, totalizando 266 profissionais de saúde entrevistados.

O escore médio geral da dimensão acesso ao diagnóstico foi classificada como regular (3,3), na qual, independentemente da categoria profissional, também diz respeito que, no que se refere aos usuários com sinais e sintomas da TB, quase sempre têm dificuldade para obter informação por telefone (1,71); às vezes utilizam transporte motorizado (3,02) e possuem custos com transporte público (2,96) no deslocamento à unidade de saúde; e às vezes perdem turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde quando apresentam sinais/sintomas de TB (2,36) (Figura 1).

Apresentou escore satisfatório sobre o tempo de espera de um dia para conseguir consulta (4,59), e precisam procurar a unidade de saúde uma vez para conseguir atendimento (4,7) e duas vezes para o diagnóstico (3,72), sendo que esse ocorre em duas semanas (3,95). Sempre procuram pela unidade mais

próxima de sua residência (4,32), quase nunca esperam mais de 60 minutos para serem atendidos (3,54) e quase nunca possuem dificuldade para deslocamento até a unidade (3,47). Além disso, apresentou agendamento de consulta por telefone não satisfatório, considerando que quase sempre têm dificuldade (1,32) (Figura 1).



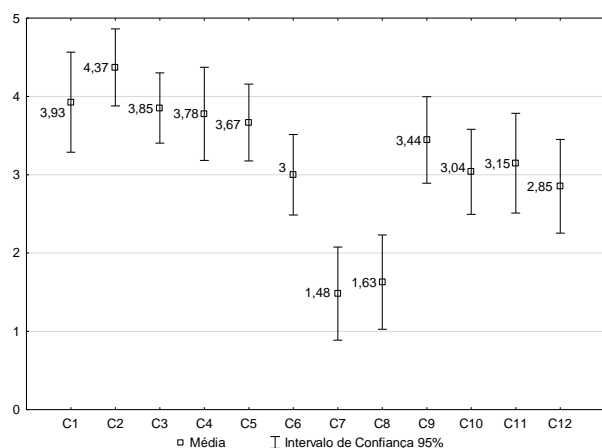
**Figura 1.** Representação gráfica da média e do intervalo de confiança das respostas dos profissionais de saúde entrevistados, de acordo com a dimensão acesso ao diagnóstico, em Porto Velho-RO, no período de julho de 2018 a fevereiro de 2019.

**Legenda:** C1 -Tempo de espera para conseguir consulta quando apresentam sinais/sintomas de TB. C2 - Quantidade de vezes que os usuários precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento quando apresentam sinais/sintomas de TB. C3 - Quantidade de vezes que os usuários precisam procurar a unidade de saúde para conseguir diagnóstico quando apresentam sinais/sintomas de TB. C4 - Tempo esperado pelo diagnóstico quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C5 - Procura pela unidade de saúde mais próxima de casa para consulta de diagnóstico de TB. C6 - Espera de mais de 60 minutos para serem atendidos quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB. C7 - Dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C8 - Dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C9 - Dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C10 - Utilização de transporte motorizado no deslocamento à unidade de saúde para a consulta de diagnóstico de TB. C11 - Gasto de dinheiro com transporte público no deslocamento à unidade de saúde durante as consultas para diagnóstico da TB. C12 - Perda de turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB.

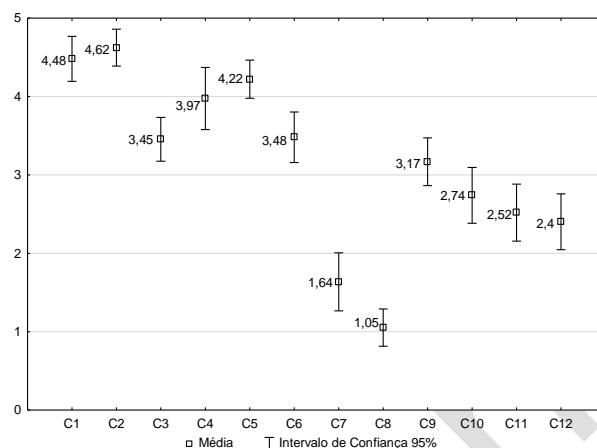
Entretanto, quando foi observado de acordo com a categoria profissional, verificou-se escore regular na ótica dos médicos (3,0) e enfermeiros (3,23) sobre o tempo de espera com mais de 60 minutos, quando os usuários apresentam sinais e sintomas da TB, bem como para a equipe de enfermagem, no que diz respeito sobre a dificuldade dos usuários para se deslocarem até a unidade de saúde, quando apresentam sinais/sintomas de TB. E, por fim, identificou-se escore não satisfatório para médicos (1,48) e técnicos/auxiliares de enfermagem (1,64) sobre a dificuldade dos suspeitos de TB na obtenção de informações por telefone na unidade de saúde quando apresentam sinais/sintomas de TB (Figura 2).



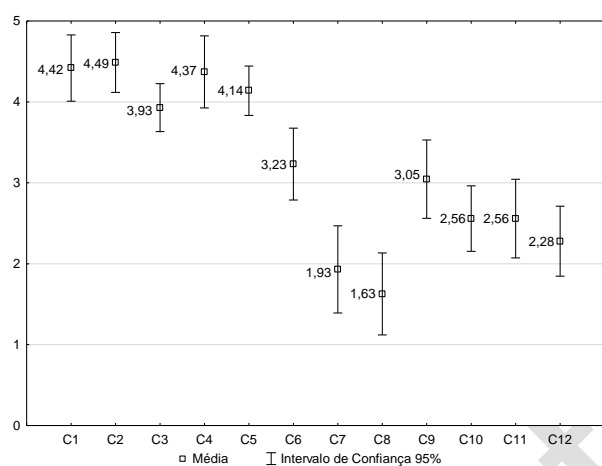




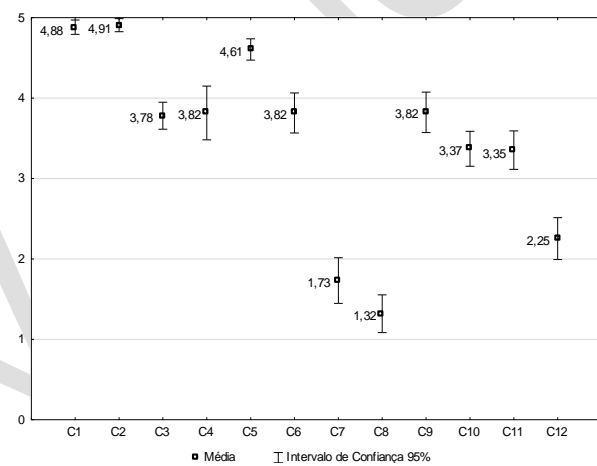
(a)



(c)



(b)



(d)

**Figura 2.** Representação gráfica da média e do intervalo de confiança dos escores da dimensão acesso ao diagnóstico obtido pelos profissionais médicos (a), enfermeiros (b), técnicos e auxiliares de enfermagem (c) e ACS (d) na dimensão acesso ao diagnóstico (variáveis C1 a C12), em Porto Velho-RO, no período de julho de 2018 a fevereiro de 2019.

**Legenda:** C1 -Tempo de espera para conseguir consulta quando apresentam sinais/sintomas de TB. C2 - Quantidade de vezes que os usuários precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento quando apresentam sinais/sintomas de TB. C3 - Quantidade de vezes que os usuários precisam procurar a unidade de saúde para conseguir diagnóstico quando apresentam sinais/sintomas de TB. C4 - Tempo esperado pelo diagnóstico quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C5 - Procura pela unidade de saúde mais próxima de casa para consulta de diagnóstico de TB. C6 - Espera de mais de 60 minutos para serem atendidos quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB. C7 - Dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C8 - Dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C9 - Dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. C10 - Utilização de transporte motorizado no deslocamento à unidade de saúde para a consulta de diagnóstico de TB. C11 - Gasto de dinheiro com transporte público no deslocamento à unidade de saúde durante as consultas para diagnóstico da TB. C12 - Perda de turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB.

## DISCUSSÃO

Diante dos achados encontrados, é importante refletir sobre a elevada quantidade de profissionais que afirmaram não ter lidado com nenhum caso de TB, considerando que o município possui elevado coeficiente de incidência (66,7 casos/ 100 mil hab.), quando comparado com o país (54,7 casos/100 mil

hab.) e de abandono<sup>2</sup>, o que contribui com a perpetuação da cadeia de transmissão, independentemente de ser área coberta pela equipe de Saúde da Família. De modo complementar, será que houve o contato com a TB durante os atendimentos, porém não foi identificado o bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, encaminhando para outros níveis de atenção para elucidação diagnóstica e repercutindo no atraso?

Além disso, alguns profissionais demonstraram desmotivação em participar da pesquisa, o que pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho e a incapacidade de se perceber como ator essencial no contexto de prevenção de agravos e controle dos casos<sup>13</sup>, bem como contribuir na identificação dos desafios e obstáculos ainda existentes e participar da formulação de políticas de saúde e reorganização das ações e serviços.

O escore médio regular representa os desafios no acesso ao diagnóstico que ainda persistem na resolubilidade e protagonismo da APS, mesmo sendo esse nível de atenção a principal porta de entrada dos SR e responsável pela busca ativa, detecção precoce, diagnóstico e tratamento dos casos de TB pulmonar, além das demais ações que envolvem a vigilância em saúde para o controle da doença nos territórios sanitários.

Nesse sentido, é importante refletir de que modo a APS tem se organizado e se estruturado para realizar as visitas domiciliares, identificando precocemente aqueles que se caracterizam como SR para o diagnóstico de TB ativa, bem como aqueles que apresentam a infecção latente da TB (ILTb)? Como tem acontecido as capacitações e sensibilização dos profissionais de saúde acerca da TB? De que forma a equipe tem se empoderado e inserido todos os seus membros na discussão dos casos de TB, seja do seu território sanitário e/ou da área de abrangência da unidade, visando ações de prevenção e controle deste agravo?

No que diz respeito ainda sobre o escore médio regular a partir das variáveis, a não obtenção de informações por telefone pode dificultar o esclarecimento de dúvidas sobre os sinais e sintomas, seja do caso índice, contatos ou pessoas da comunidade que, por diversas vezes, precisam utilizar transporte motorizado ou custear com transporte público para o deslocamento de suas residências até a unidade de saúde, mesmo procurando aquela mais próxima de sua residência. Tais aspectos caracterizam territórios extensos geograficamente e centralização das unidades que comportam mais de uma equipe na mesma estrutura física e, conseqüentemente, distanciam do seu território, o que pode interferir no acesso aos serviços de saúde, retardo no diagnóstico, criação e fortalecimento do vínculo, bem como na aproximação e efetivação das ações pelas equipes.

Ao mesmo tempo, a perda de turno de trabalho ou compromisso para comparecer à unidade que, por sua vez, funciona apenas em horário comercial em sua maioria, repercutiu no medo do desemprego, o que, visando aos determinantes sociais de saúde, acarreta em graves vulnerabilidades para o acometimento de doenças, entre elas a TB<sup>8,14-16</sup>. Nesse ponto, é importante ainda refletir sobre o Programa “Saúde na Hora”, instituído pela Portaria 930, de 15 de maio de 2019, com a expansão do horário de atendimento das unidades da APS, embora não esteja claro sobre outros aspectos, tais como melhorias de infraestrutura,

contratação de recursos humanos e aumento do salário concomitantemente à jornada de trabalho. Destaca-se, ainda, que, em Porto Velho, as equipes atuam com carga horária de 30 horas semanais, ou seja, no período da manhã ou vespertino, o que pode se caracterizar como um obstáculo e desafio ainda maior na procura por atendimento e acesso aos serviços de saúde.

Ressalta-se ainda que a utilização do telefone para o agendamento de consulta, o qual foi avaliado como não satisfatório, bem como a obtenção de informações por este é uma ferramenta que exige reflexão sobre a sua inserção junto ao processo de trabalho, sobretudo quando consideramos os aspectos supracitados de distanciamento entre as residências e unidade de saúde, custos para deslocamento, pessoas que residem na área rural com estradas inadequadas e difícil acesso.

Concomitantemente a isso, o próprio período da pandemia, por exemplo, na qual há a reorganização dos serviços de saúde, o distanciamento e isolamento social, além das demais recomendações sanitárias, reduziu a procura por atendimento pelos usuários com outras sintomatologias que não aqueles da COVID-19, ao mesmo tempo em que sobrecarregou o cenário que já era escasso no que diz respeito aos recursos humanos, materiais e estruturais, tornando-se ainda mais preocupante<sup>8,17</sup>.

Estudos apontam uma burocracia no sistema de agendamento de consultas, desconsiderando a classificação de risco, a fragmentação da assistência e o não acompanhamento e monitoramento dos casos em tratamento pela APS, além de existir lacunas nas orientações aos usuários e ações de educação em saúde, as quais ocorrem apenas de forma verbal e pontual<sup>14,18-20</sup>.

No que se refere à procura pela unidade de saúde mais próxima de casa para consulta de diagnóstico de TB, estudos apontam a busca fora de sua área de cobertura devido ao estigma da doença que implica o receio de que outras pessoas da comunidade saibam sobre sua condição, bem como fragilidades no conhecimento por parte dos usuários e até mesmo dos profissionais em relação ao funcionamento da RAS, repercutindo na busca tardia e/ou por unidade mais distante, além de outros níveis de atenção, até mesmo para elucidação diagnóstica<sup>16,19,14-21</sup>.

Ainda que as variáveis sobre tempo de espera, procura por atendimento e diagnóstico tenham sido categorizadas com escores satisfatórios, suscitam reflexões acerca da ocorrência na prática, tendo em vista que não basta a realização precoce do diagnóstico, pois é fundamental a presença de profissionais capacitados, insumos e rede de apoio para a realização dos exames, implementação das medidas de biossegurança e o imediatismo no início do tratamento<sup>20,22,23</sup>.

As divergências entre os escores se correlacionam com as singularidades no processo de trabalho das diferentes categorias profissionais no que se refere à oferta das ações e serviços para o acesso ao diagnóstico. Como limitação deste estudo, é importante que a complementação da visão do usuário seja inserida para compreender como é recebida e percebida por este.

Os resultados deste estudo apontam dificuldades no acesso ao diagnóstico na APS, que exige o seu protagonismo com sua inserção e resolubilidade, visando ao controle da doença, à identificação do perfil e

às vulnerabilidades dos casos, bem como à conduta clínica adequada, considerando os dados epidemiológicos que ainda permanecem como desafiadores no município. A inserção de estratégias que superem os desafios pode se caracterizar tanto no desempenho e qualidade dos serviços quanto na motivação e integração das equipes, ao olhar para o território e atuar de acordo com as prioridades, entre elas, as condições crônicas, como a TB.

Ressalta-se que a coleta de dados ocorreu no período antes da pandemia, cujas modificações na reorganização do serviço de saúde e foco na assistência tornam ainda mais preocupantes na execução de estratégias desde o acesso ao diagnóstico até o acompanhamento dos casos, tendo em vista a sobrecarga do sistema e priorização do controle da COVID-19. Portanto, urge a necessidade de retomar e melhorar as estratégias de controle da TB e fortalecer a APS no que se refere à estrutura adequada, melhoria nas ações de vigilância, capacitação e incentivo aos profissionais para a qualidade no atendimento e melhoria no acesso.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020. Geneva: WHO; 2020.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico da Tuberculose. Brasília, n. esp., março. 2021.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
4. Freitas PR, Honda ER, Pinto ESG, et al. Intervenção educativa sobre tuberculose para Agentes Comunitários de Saúde em unidades da Atenção Primária à Saúde em um município da Região Norte. Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins 2020, 7(3):145-157. <https://doi.org/10.20873/uftv7-8556>
5. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília, CONASS, 2015.
6. Silva LT, Felipini MCC, Oliveira TB de, et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção 2019; 9(1):48-54. <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.12249>
7. Villa TCS, Brunello MEF, Andrade RL de P. Capacidade gerencial da atenção primária à saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil. Texto & Contexto – Enfermagem 2018, 27(4):e1470017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001470017>
8. Marahatta SB, Yadav RK, Giri D, et al. Barriers in the access, diagnosis and treatment completion for tuberculosis patients in central and western Nepal: a qualitative study among patients, community members and health care workers. Plos One 2020; 15(1):1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227293>
9. Ferreira MRL, Bonfim RO, Siqueira TC, et al. Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa: uma revisão integrativa. Revista Enfermagem Contemporânea 2018;7(1):63-71. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1579>
10. Starfield B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
11. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características

- organizacionais e do desempenho dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
12. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Tuberculose: pesquisas operacionais. 1. ed. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2009.
  13. Zawedde-Muyanja S, Nakanwagi A, Dongo JP, et al. Decentralization of child tuberculosis services increases case finding and uptake of preventive therapy in Uganda. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2018; 22(11):1314-1321. <https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0025>
  14. Ereso BM, Ymer SA, Grandmann C, et al. Barriers for tuberculosis case finding in Southwest Ethiopia: A qualitative study. *Plos One* 2020, 15(1): e0226307. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226307>
  15. Oliveira AH, Pinto AGA, Lopes M do SV, et al. Therapeutic itinerary of people with tuberculosis in face with their health needs. *Escola Anna Nery* 2019; 23(3):e20190034. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0034>
  16. Tomberg JO, Spagnolo L de ML, Harter J, et al. Comportamento de busca por serviços de saúde para a detecção da tuberculose. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2020; 10:1-18. <https://doi.org/10.5902/2179769241815>
  17. Baumgarten A, Hilgert JB, Pinto IC, et al. Facility infrastructure of primary health services regarding tuberculosis control: a countrywide cross-sectional study. *Primary Health Care Research & Development* 2018; 20:e67. <https://doi.org/10.1017%2FS1463423618000646>
  18. Gali JH, Varma HV, Badam AK. Hurdle in the eradication of tuberculosis: delay in diagnosis. *The Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis* 2018; 68(1):32-38. [https://doi.org/10.4103/ejcdt.ejcdt\\_124\\_18](https://doi.org/10.4103/ejcdt.ejcdt_124_18)
  19. Shiferaw MB, Zegeye AM. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in Amhara state, Ethiopia. *BMC Health Services Research* 2019; 19, 232. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4056-7>
  20. Spagnolo LML, Tomberg JO, Martins MD da R, et al. Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2018, 39:e20180157. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180157>
  21. Vyas A, Creswell J, Codlin AJ, et al. Community-based active case-finding to reach the most vulnerable: tuberculosis in tribal areas of India. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2019; 23(6):750-755. <https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0741>
  22. Kweza PF, Schalkwyk, Abraão N, et al. Estimating the magnitude of pulmonary tuberculosis patients missed by primary health care clinics in South Africa. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2018; 22(3):264-272. <https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0491>
  23. Rodríguez-Márquez I, Montes F, Upegui LD. et al. Delays in diagnosing pulmonary tuberculosis within a context of medium incidence, Medellín, Colombia, 2017: a operational research. *BMC Public Health* 2020; 20(1):757. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08829-9>

### **Contribuições dos autores:**

**Rebeca Sousa Braga** contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. **Melisane Regina Lima Ferreira** contribuiu na coleta de dados e revisão crítica do manuscrito. **Rafaele Oliveira Bonfim** contribuiu na revisão crítica do manuscrito. **Tatiane Cabral Siqueira** contribuiu na coleta de dados e revisão crítica do manuscrito. **Nathalia Halax Orfão** contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito a ser publicada e

são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Layout Version