

DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE SEGUNDO SUA PROXIMIDADE COM O DOMICÍLIO DOS DOENTES EM PELOTAS/RS

NUNES, Bruno Pereira¹

HARTER, Jenifer¹

RODRIGUES, Katiúscia Milano Rosales de²

ANDRADE, Rubia Laine de Paula³

CARDOZO-GONZALES, Roxana Isabel⁴

¹Acadêmico do 9º semestre da Faculdade de Enfermagem, UFPel (bpereiranunes@yahoo.com.br; jeniferharter@hotmail.com)

²Enfermeira, aluna da pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, UFPel (krosales@bol.com.br)

³Especialista em laboratório ligada ao GEO-TB/EERP-USP (rubia@eerp.usp.br)

⁴Professora Doutora Enfermeira, UFPel (roxanacardozoandre@yahoo.com)

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda, obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Tal enfermidade continua sendo um importante problema de saúde em nível mundial, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. (TB, 2010)

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de TB. Em 2007, o Brasil notificou 72194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 hab. Destes 41117 casos novos foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva), apresentando um coeficiente de incidência de 41/100.000 hab. (WHO, 2008). Estes indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009)

Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. (TB, 2010)

Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo analisar a relação entre a distância do serviço de saúde (SS) procurado pelo doente de TB para o seu diagnóstico com o tipo de primeiro serviço procurado, tempo decorrido para o diagnóstico e local de diagnóstico.

2. METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

O presente estudo é um subprojeto da pesquisa “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”, que faz parte do estudo multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil”, coordenado pela Profª Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, aprovado pelo CNPq no Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008 - Doenças Negligenciadas.

Trata-se de um estudo descritivo que analisa o desempenho dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose segundo sua proximidade

com o domicílio dos doentes em Pelotas-RS. Os SS foram classificados em SS distantes e próximos sendo que os serviços de atenção básica incluem unidades básicas de saúde, unidades básicas de saúde com programa de agentes comunitários e unidades básicas de saúde com programa de saúde da família e unidades de saúde da família; Serviços de nível secundário incluem consultórios particulares e ambulatórios de referência.

Participaram do estudo 102 sujeitos em tratamento no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em 2009 que atenderem os seguintes critérios de inclusão: ser maior de dezoito anos, residir e ter sido diagnosticado em Pelotas, estarem fora do sistema prisional, e concordarem em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um doente entrevistado foi excluído da análise do desempenho dos serviços de saúde segundo sua proximidade com o domicílio do doente uma vez que sua entrevista não contemplou as variáveis selecionadas.

Para atingir o objetivo do estudo, foi aplicado o teste Qui-quadrado, com análise de resíduo, para verificar a associação entre a variável proximidade do primeiro SS procurado com o domicílio do doente e as variáveis: tipo de SS procurado; tempo transcorrido até o diagnóstico; e diagnóstico no mesmo tipo de SS procurado.

A análise das variáveis foi realizada pelo Software STATISTICA 9.0.

3. RESULTADOS

Os resultados da Tabela 1 mostram associação estatística significativa ($p < 0,0001$) entre a proximidade e o tipo do SS procurado pelo doente. Dos doentes que procuraram primeiramente os serviços de Atenção Básica (AB) 87,9% relataram que esse era próximo de seus domicílios. Dos que procuraram hospitais como primeiro de SS 41,2% relataram que tais SS eram distantes de suas residências, apresentando resultado semelhante (35,3%) ao relatado pelos entrevistados que procuraram os serviços de Pronto-Atendimento (PA) como primeira opção.

Em relação à proximidade do primeiro serviço de saúde procurado e o tempo transcorrido até o diagnóstico, encontrou-se associação estatística significativa ($p = 0,0140$). Dos doentes que procuraram os serviços mais distantes, 46,3% tiveram seu diagnóstico realizado em até 7 dias e dos doentes que procuraram os serviços mais próximos, 39,4% demoraram mais de 1 mês para serem diagnosticados (Tabela 1).

Além disso, encontrou-se associação entre a proximidade do primeiro serviço de saúde procurado em relação ao domicílio do doente e o recebimento do diagnóstico neste mesmo tipo de serviço ($p = 0,0011$). Dos doentes que residiam próximos ao serviço de saúde, 75,8% não foram diagnosticados no mesmo tipo de serviço. Já entre os que moravam distantes, 58,8% receberam o diagnóstico no mesmo tipo de serviço procurado (Tabela 1).

4. DISCUSSÕES

Percebe-se que 68 dos 101 dos entrevistados procuraram SS distantes para o primeiro atendimento enquanto que 33 buscaram SS próximos. Esses dados diferenciam-se dos encontrados por Oliveira (2009) em seu estudo, onde 59% dos entrevistados sempre procuraram por serviços de saúde de sua área de abrangência, ou seja, os mais próximos de sua residência.

Esse resultado pode estar relacionado à baixa credibilidade dos serviços de AB pela população. Segundo Mendes (2002) vivemos atualmente num sistema de saúde fragmentado, hierarquizado, numa estrutura piramidal,

onde há a concepção de que a base da pirâmide (AB) é o nível menos complexo e o topo é o nível mais complexo. Essa compreensão de complexidade equivocada, estabelece que o nível da AB é o menos complexo e incapaz de resolver as necessidades de saúde da população, uma “medicina pobre para pobres”.

Ainda nesse sentido, Liu et al. (2007) e Yan et al. (2007) enfatizam que a falta de oportunidade de realização de treinamentos por parte dos profissionais os deixam despreparados para o manejo da TB. Caminero (2003) relata que, para o preparo dos profissionais de saúde, é necessária a implantação de ações concretas nas universidades e escolas médicas.

O controle da TB e outras áreas programáticas como Hanseníase, Hipertensão e Diabetes foi incorporado, em 2000, ao Departamento de Atenção Básica (DAB), com o objetivo de fortalecer a relação entre a ESF e as áreas programáticas da AB, organizando a atenção dessas áreas (SOUZA, 2003).

Embora o controle da TB seja responsabilidade da AB, percebe-se que a maioria dos sujeitos procuraram primeiro os SS próximos, porém a maioria não diagnosticada no mesmo local. Percebe-se ainda, que 39,4% desses entrevistados demoraram mais de um mês para obtenção do diagnóstico de TB.

Apesar da simplicidade dos métodos diagnósticos, muitos locais ainda apresentam dificuldades para a realização rápida do diagnóstico da doença, seja por não priorizarem o método da baciloscopia ou devido às deficiências no acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007).

A AB que deveria atuar como a porta de entrada ao sistema, para a promoção da saúde e prevenção das doenças, e como mecanismo de resolução da maior parte dos problemas apresentados, não consegue direcionar o fluxo populacional a ela. A concepção de complexidade leva ao maior acesso da população aos serviços secundários e terciários (MENDES, 2002).

5. CONCLUSÕES

Conclui-se que a AB (SS próximos) apresenta-se como a principal porta de entrada aos serviços de saúde para o diagnóstico da TB porém os mesmos na sua maioria não são diagnosticados nesses serviços e apresentam maior tempo para o diagnóstico.

Além disso, percebe-se necessidade de uma maior incorporação da problemática da TB nas faculdades da área da saúde a fim de que se formem profissionais de saúde atentos para essa calamidade.

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 62 p.
2. World Health Organization. **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. World Health Organization. **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. OLIVEIRA, M. F. **Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)**. 137 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2009.

5. MENDES, E.V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Ceará: Escola de Saúde Pública, 2002. 92 p.
6. LIU, X. et al. How affordable are tuberculosis diagnosis and treatment in rural China? An analysis from community and tuberculosis patient perspectives. **Tropical Medicine and International Health**, v. 12, n. 12, p. 1464-1471, 2007.
7. YAN, F. et al. Multiple perspectives on diagnosis delay for tuberculosis from key stakeholders in poor rural China: case study in four provinces. **Health Policy**, v. 83, p. 186-199, 2007.
8. SOUZA, W. V. **A epidemiologia da tuberculose em uma cidade brasileira na última década do século XX: uma abordagem espacial**. 2003. 154 f. Tese (Doutorado em Ciências/Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.
9. LEUNG, E. C. C.; LEUNG, C. C.; TAM, C. M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, v. 13, n. 3, p. 221-227, 2007.
10. CAMINERO, J. A. Is the DOTS strategy sufficient to achieve tuberculosis control in low- and middle-income countries? 1. Need for interventions in universities and medical schools. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 7, n. 6, p. 509-515, 2003.

ANEXO

Tabela 1: Análise da associação entre a proximidade do primeiro serviço de saúde procurado com o domicílio do doente e o tipo de serviço de saúde procurado, tempo transcorrido até o diagnóstico e diagnóstico no mesmo tipo de serviço procurado, Pelotas, 2009.

Variáveis	Proximidade do primeiro serviço de saúde procurado em relação ao domicílio do doente		Qui-quadrado <i>p</i>
	Próximo n (%)	Distante n (%)	
Tipo de serviço de saúde procurado			
Pronto Atendimento	3 (-9,1%)*	24 (35,3%)*	<0,0001
Serviços de atenção Básica	29 (87,9%)*	6 (-8,8%)*	
Serviços de nível secundário	0 (-0,0%)*	28 (41,2%)*	
Hospitais	1 (-3,0%)	10 (14,7%)	
TOTAL	33 (100,0%)	68 (100,0%)	
Tempo transcorrido até o diagnóstico[#]			
De 0 a 7 dias	7 (-21,2%)*	31 (46,3%)*	0,0140
De 8 a 30 dias	13 (39,4%)	25 (37,3%)	
De 31 a 270 dias	13 (39,4%)*	11 (-16,4%)*	
TOTAL	33 (100,0%)	67 (100,0%)	
Diagnóstico no mesmo tipo de serviço de saúde procurado			
Sim	8 (-24,2%)*	40 (58,8%)*	0,0011
Não	25 (75,8%)*	28 (-41,2%)*	
TOTAL	33 (100,0%)	68 (100,0%)	

Nota: As caselas com resultados em negrito (*) apresentaram resíduos significativos para o teste Qui-quadrado de associação. Os sinais negativos nas porcentagens indicam resíduo negativo.

Um doente entrevistado não lembrou o tempo transcorrido até o diagnóstico.