

Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros

Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities
Puerta de entrada el diagnóstico de la tuberculosis en ancianos en municipios brasileños

Lenilde Duarte de Sá^I, Lucia Marina Scatena^{II}, Rosalina Aparecida Partezanni Rodrigues^{III}, Jordana de Almeida Nogueira^{IV}, Antonia Oliveira Silva^{IV}, Tereza Cristina Scatena Villa^V

^I Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria. João Pessoa-PB, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Departamento de Medicina Social. Uberaba-MG, Brasil.

^{III} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{IV} Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem Clínica. João Pessoa-PB, Brasil.

^V Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Sá LD, Scatena LM, Rodrigues RAP, Nogueira JA, Silva AO, Villa TCS. Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):408-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680313i>

Submissão: 04-11-2014 Aprovação: 06-04-2015

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados à *porta de entrada* de sistemas de saúde de municípios brasileiros para o diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas. **Método:** estudo tipo inquérito, cuja amostra foi de 91 idosos, em uma população de 706 casos de tuberculose. Coleta de dados feita por meio de instrumento baseado no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) adaptado para a atenção à tuberculose, com ênfase na variável *porta de entrada*. As variáveis foram categorizadas e comparadas entre os serviços de atenção primária à saúde (APS) e assistência especializada (AE). Utilizou-se análise bivariada e teste de associação do Qui-quadrado. **Resultados:** encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,0001$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e unidade que diagnosticou a tuberculose, mostrando melhor desempenho dos serviços de atenção especializada para o diagnóstico. **Conclusão:** é necessário melhorar os serviços da atenção primária à saúde para combater o retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas.

Descritores: Tuberculose; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the factors associated with the gateway of the health systems of Brazilian municipalities for the diagnosis of tuberculosis in older people. **Method:** survey study type, with a sample of 91 elders, in a population with 706 cases of tuberculosis. Data were collected by means of an instrument based on the *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) adapted for tuberculosis care, emphasizing the gateway variable. Variables were categorized and compared between primary health care (PHC) and specialized care (SC) services. Bivariate analysis and the Chi-square association test were used. **Results:** a statistically significant association ($p = 0.0001$) was found between the first health service sought and the unit that diagnosed tuberculosis, showing better performance of specialized care services in the diagnosis. **Conclusion:** it is necessary to improve primary health care services to tackle delayed diagnosis of tuberculosis in older people.

Key words: Tuberculosis; Health of the Elderly; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores asociados a la “puerta de entrada” de sistemas de salud de municipios brasileños para el diagnóstico de la tuberculosis en personas ancianas. **Método:** estudio del survey type, en el cual fue la muestra 91 ancianos en población of 706 cases of tuberculosis. Recopilación de datos hecha por medio de instrumento basado en el *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) adaptado para la atención a la tuberculosis con énfasis en la variable “puerta de entrada”. Las variables fueron categorizadas y comparadas entre los servicios de la atención primaria de la salud (APS) y asistencia especializada (AE). Se utilizó análisis bivariado y test de asociación del Chi-cuadrado. **Resultados:** se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,0001$) entre el primer servicio de salud buscado y la unidad que diagnosticó la TB, mostrando mejor desempeño de los servicios de asistencia especializada para el diagnóstico. **Conclusión:** es necesario mejorar los servicios de atención primaria de la salud para combatir el diagnóstico tardío de la tuberculosis en las personas ancianas.

Palabras clave: Tuberculosis; Salud del Anciano; Atención Primaria a la Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Lenilde Duarte de Sá E-mail: sa.lenilde@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) acomete preferencialmente adultos jovens, no entanto, em países onde a doença mostrou uma tendência de queda, resultante da implementação global de programas efetivos de controle, como a adoção da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*), tem-se observado transição na dinâmica etária e deslocamento progressivo da morbidade e mortalidade para idades mais avançadas⁽¹⁻³⁾.

No Canadá, em 2008, o grupo com idade igual e superior a 75 anos teve a maior taxa específica por idade, registrando incidência de 9,4 casos por 100 mil habitantes. Nos Estados Unidos, 21,3% dos casos notificados em 2011 pertenciam ao grupo etário de 65 anos ou mais, com incidência de 5,4 casos por 100.000 habitantes⁽⁴⁾.

No Brasil, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos representam 10% do total de casos notificados. Em 2010, a taxa de incidência na faixa etária de 65 anos e mais de foi aproximadamente 70/100 mil habitantes no sexo masculino e 30/100 mil no sexo feminino⁽⁵⁾. Neste mesmo grupo, a taxa de mortalidade foi de 9,4 casos para 100 mil habitantes, muito superior ao observado quando analisado o coeficiente de mortalidade geral de óbitos por TB (2,4 casos para 100 mil habitantes).

A correlação entre idade e mortalidade por TB salienta a importância do diagnóstico precoce em indivíduos com mais de 60 anos. O Brasil vem sendo considerado um país que envelhece. Entre 1960 e 2008, o aumento da população de idosos foi de 3 para 20 milhões, ou seja, houve um crescimento de quase 700% em menos de 50 anos. Em consequência, morbidades próprias do envelhecimento se tornaram mais expressivas na sociedade⁽⁶⁾.

O fenômeno do envelhecimento populacional tem trazido preocupações para enfermeiros⁽⁷⁾ e demais profissionais de saúde, no que tange ao planejamento e implementação de cuidados voltados à melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas. Esta inquietação tem impulsionado a realização de estudos que possam melhor caracterizar este grupo e discutir intervenções que se apliquem às situações clínicas e aos problemas da vida desta população⁽⁷⁾.

Em relação à TB, vale ressaltar que o tempo decorrido entre o início da doença e o diagnóstico também é mais prolongado em pessoas idosas. Nessa população, a sintomatologia escassa e inespecífica, as limitações quanto à realização e à

interpretação de exames complementares, assim como a presença de comorbidades, frequentemente, dificultam e retardam o diagnóstico da doença⁽⁸⁾.

O contexto em que se insere a problemática relação entre pessoas idosas e o aumento da incidência de TB mostra que há uma rede complexa de fatores inter-relacionados. Mudanças demográficas e epidemiológicas, associadas às demandas e necessidades diferenciadas da população, exigem resposta da rede de atenção à saúde e a superação do enfoque fragmentado e especializado do cuidado.

A frequência crescente da multimorbidade, em idades mais avançadas, é um desafio para as equipes da APS no Brasil no sentido de maximizar oportunidades de acesso a cuidados. Como porta de entrada, as unidades de APS devem constituir serviços de procura regular e servir de filtro e ponto de início do fluxo da rede de atenção, na busca coordenada da melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade⁽⁹⁾.

Dada a importância que o envelhecimento populacional assume nos dias atuais, vem se tornando cada vez mais expressiva a produção científica sobre o tema. No caso específico da relação entre envelhecimento e TB, apesar de ser um assunto de interesse da política de saúde no Brasil, poucos são os artigos publicados a respeito^(3,10-13). Ressalta-se a expressiva produção por enfermeiros, fato que revela que o protagonismo deste profissional na atenção à TB, ultrapassa as ações do cuidado clínico e atinge o campo da gestão em saúde.

Este estudo teve como objetivo analisar fatores associados à *porta de entrada* de sistemas de saúde de sete municípios brasileiros para o diagnóstico da TB em pessoas idosas. De modo particular, destaca-se a sua relevância para a literatura existente, uma vez que, apesar da saúde do idoso e do controle da TB serem consideradas áreas de prioridade da APS, não há, até o momento, artigo científico que discuta o diagnóstico da doença em idosos neste nível da rede de atenção à saúde.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico descritivo, tipo inquérito, realizado em sete municípios brasileiros, sendo três da região Sudeste, dois da Região Sul e dois da região Nordeste. Os municípios foram selecionados intencionalmente por serem prioritários para o controle da TB e apresentarem diferentes de organização da

Quadro 1 - Características organizacionais dos municípios investigados

Características	João Pessoa	Feira de Santana	Vitória	São José do Rio Preto	Ribeirão Preto	Foz do Iguaçu	Pelotas
Região do país	Nordeste	Nordeste	Sudeste	Sudeste	Sudeste	Sul	Sul
População municipal estimada para 2009	674.762	571.997	317.817	319.189	558.136	319.189	339.934
Número de Estratégia de Saúde da Família	180 ESF	83 ESF	20 ESF	14 ESF	21 ESF	31 ESF	28 ESF
Cobertura PSF	89%	49%	74%	20%	13%	33%	28%
Número de unidades na rede básica de saúde	139	14	28	24	41	33	50
Ações de controle à tuberculose	D*	D	C*	D	C	C	C

* D (Descentralizada) C (Centralizada).

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que integram a pesquisa.

atenção à TB modalidades (centralizada e descentralizada). Na região Sudeste encontram-se: Ribeirão Preto (RP), São José do Rio Preto (SJRP), Vitória (VI). Na região Sul, Foz do Iguaçu (FI) e Pelotas (PE). Na região Nordeste, João Pessoa (JP) e Feira de Santana (FS). As características organizacionais dos municípios investigados encontram-se no Quadro 1.

A população de estudo foi constituída por todos os casos de TB em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos ($n = 91$), identificados em um total de 706 casos de TB em pessoas de todas as idades e procedentes dos sete municípios: 10 de RP, 17 de SJRP, 07 de VI, 16 PE, 07 FI, 13 de JP e 21 de FS.

Os serviços de saúde apontados foram agrupados de acordo com a organização do processo de trabalho, horário de atendimento, tipo de qualificação profissional da equipe de saúde, densidade e complexidade tecnológica para o atendimento ao usuário, classificados em: Atenção Primária à Saúde (APS), Pronto atendimento (PA), Serviços especializados (SE) e Ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose (PCT)⁽¹⁴⁾, discriminados a seguir:

- Atenção Primária à Saúde (APS): nesta modalidade estão inseridas as unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família (USF). Os serviços são caracterizados pelo atendimento de demanda espontânea e programada, funcionamento em horário comercial, existência de uma equipe de generalistas e de recursos de baixa densidade tecnológica.
- Pronto atendimento (PA): composto pelas unidades de pronto atendimento que prestam atendimento à livre demanda, funcionamento de 24 horas por dia, existência de equipe emergencialista, recursos de média densidade tecnológica, apoio diagnóstico local de raio X e laboratório.
- Serviços especializados (SE): composto por consultórios particulares e hospitais, com recursos de média e alta densidade tecnológica, equipes especializadas e de apoio diagnóstico.
- Ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose (PCT): ambulatórios de referência para o acompanhamento dos casos de TB, recursos de média densidade tecnológica, equipes especializadas e apoio diagnóstico⁽¹⁴⁾.

As entrevistas foram realizadas no período de julho a dezembro de 2010. A coleta dos dados foi realizada em fontes primárias (entrevista com doente) empregando-se um instrumento baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*⁽¹⁵⁾, adaptado para a atenção à TB⁽¹⁶⁾, com ênfase nas dimensões da Atenção Primária à Saúde.

Para o estudo, foram selecionadas nove variáveis, relacionadas ao componente *porta de entrada*: primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário idoso quando apresentou sinais sugestivos da doença; tempo para conseguir uma consulta; profissional de saúde que suspeitou de TB à primeira consulta; primeiro serviço que solicitou exame de escarro; primeiro serviço que solicitou raio-X; encaminhamento para outro serviço; quantas vezes precisou ir ao serviço para descobrir que tinha TB; quantos dias levou para descobrir que tinha TB; serviço de saúde que realizou o diagnóstico.

O entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo escalas de classificação variadas como: dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e de somatória (escala de *Likert*). Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel*® 2003, para posterior transferência para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistica 9.0* da *Statsoft*.

As variáveis estudadas foram categorizadas conforme suas especificidades, comparadas entre os diferentes serviços de saúde. Como serviços da APS, foram considerados: Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades básicas de saúde com Programa de Agentes Comunitários (PACS) e unidades básicas com Programa Saúde da Família (PSF). Como modalidades assistenciais especializadas (AE) foram considerados setores de pronto atendimento, hospitais, consultórios, unidades com programa de controle da tuberculose (PCT), ambulatórios de referência, policlínicas entre outros. Os indicadores levantados foram submetidos a tratamento estatístico por meio de análise bivariada e teste de associação do Qui-quadrado (χ^2).

A análise estatística para calcular o tempo em dias decorrido para conseguir uma consulta, número de vezes que precisou comparecer ao serviço e tempo em dias para efetivação do diagnóstico, foi realizada com base em uma medida de tendência central: a mediana. Para acusar uma associação estatisticamente

significativa entre os valores medianos e estas variáveis, foi aplicado o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, protocolo número 0984/2008.

RESULTADOS

Entre o total de casos de TB em idosos (n = 91), 37(40,6%) buscaram os serviços da APS quando começaram a sentir os sinais e sintomas da doença, porém 54 (59,4%) optaram pelo primeiro atendimento em unidades da AE. Para 37,4% a suspeita clínica dos casos de TB foi efetuada no primeiro contato, não apresentando diferença estatisticamente significativa em relação às modalidades de serviços investigadas (valor p=0,6039). A respeito dos exames para comprovação diagnóstica, a avaliação radiológica foi priorizada em 68,1% dos

Tabela 1 - Associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelos idosos e condutas dos profissionais diante dos sinais e sintomas da Tuberculose, 2010

Variáveis	Primeiro SS procurado			Valor p
	APS n (%)	AE n (%)	TOTAL n (%)	
Suspeita de TB primeira consulta				
Não	22 (59,5)	35 (64,8)	57 (62,6)	0,6039
Sim	15 (40,5)	19 (35,2)	34 (37,4)	
TOTAL	37 (100,0)	54 (100,0)	91 (100,0)	
O primeiro SS solicitou BK				
Não	20 (54,1)	35 (64,8)	55 (60,4)	0,4445
Sim	17 (45,9)	19 (35,2)	36 (39,6)	
TOTAL	37 (100,0)	54 (100,0)	91 (100,0)	
O primeiro SS solicitou RX				
Não	11 (29,7)	18 (33,3)	29 (31,9)	0,6876
Sim	26 (70,3)	36 (66,7)	62 (68,1)	
TOTAL	37 (100,0)	54 (100,0)	91 (100,0)	
Encaminhou para outros serviços				
Não	14 (37,8)	25 (46,3)	39 (42,9)	0,5516
Sim	23 (62,2)	29 (53,7)	52 (57,1)	
TOTAL	37 (100,0)	54 (100,0)	91 (100,0)	
Unidade que diagnosticou a TB				
APS	20 (54,1)	9 (16,7)	29 (31,9)	0,0001
AE	17 (45,9)	45 (83,3)	62 (68,1)	
TOTAL	37 (100,0)	54 (100,0)	91 (100,0)	

SS: Serviço de Saúde / AB Serviços de Atenção Básica/ AE: Atenção Especializada

Tabela 2 - Mediana e quartis do tempo em dias para conseguir primeira consulta, número de vezes que compareceu ao serviço de saúde e tempo em dias para o diagnóstico, segundo modalidades de serviços, 2010

Primeiro SS procurado	Tempo em dias para conseguir a primeira consulta			
	n (%)	Mediana	Quartil 25 e 75	valor p
Atenção Primária Saúde	37 (40,7)	1,0	[0,0; 7,0]	0,0214
Atenção Especializada	54 (59,3)	0,0	[0,0; 1,0]	
Número de vezes que precisou ir ao SS para descobrir a TB				
Serviço que Diagnosticou	n (%)	Mediana	Quartil 25 e 75	Valor-p
Atenção Primária Saúde	29(31,9)	3,0	[2,0; 6,0]	0,9763
Atenção Especializada	62 (68,1)	3,0	[2,0; 4,0]	
Tempo em dias para descobrir a TB				
Serviço que Diagnosticou	n (%)	Mediana	Quartil 25 e 75	Valor-p
Atenção Primária Saúde	29(31,9)	15,0	[6,0; 30,0]	0,5885
Atenção Especializada	62 (68,1)	15,0	[4,0; 40,0]	

SS: Serviço de Saúde

casos. O exame bacteriológico, método prioritário para o diagnóstico, foi solicitado em apenas 39,6% (Tabela 1).

A associação entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo idoso e o seu encaminhamento a outros serviços para investigação diagnóstica, não apresentou evidência de significância estatística ($p > 0,05$).

A respeito da *porta de entrada* nos sistemas municipais de saúde, entre os usuários idosos que acessaram os serviços da APS, 20 (54,1%) tiveram a TB neles diagnosticada. Já em relação aos 54 usuários que fizeram opção pela AE, 83,3% obtiveram a confirmação diagnóstica nestes serviços. Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p = 0,0001$) entre o primeiro serviço de saúde procurado e a unidade que diagnosticou a TB, mostrando melhor desempenho dos serviços de AE para o diagnóstico da doença em pessoas idosas. (Tabela 1).

Ao analisar o tempo em dias decorridos para conseguir consulta no primeiro serviço de saúde procurado (Tabela 2), identificou-se diferença estatisticamente significativa nos valores medianos das modalidades de serviços investigadas ($p = 0,0214$). Nos serviços da APS, os valores encontrados entre o quartil 25 e o 75 apresentaram maior dispersão. A amplitude interquartilica foi de 7 dias. (Tabela 2).

Quanto ao número de vezes que o idoso precisou comparecer ao serviço de saúde para descobrir a doença, constata-se

que não houve diferença estatisticamente significativa entre as modalidades de serviços ($p > 0,05$), apresentando valores médios equivalentes ($M_d = 3$). A mediana do tempo do diagnóstico da TB foi de 15 dias, sendo observada variação de 6 a 30 dias nos serviços da APS e de 4 a 40 dias nos serviços de AE.

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados obtidos foi feita em consonância com objetivo do estudo, ou seja, analisar fatores associados à *porta de entrada* de sistemas de saúde de sete municípios brasileiros para o diagnóstico da TB em pessoas idosas.

Uma pesquisa desenvolvida, contemplando 41 municípios brasileiros, constatou que a Estratégia Saúde da Família (ESF) promoveu maior acesso da pessoa idosa ao serviço de saúde⁽¹⁷⁾. No presente estudo, 40,6% de idosos doentes de TB fizeram opção pelos serviços da APS como porta de entrada nos sistemas de saúde locais. No entanto, observou-se que apenas 22,0% obtiveram o diagnóstico nesses serviços, por ocasião do primeiro contato. Desse modo, este estudo confirma resultados de outra pesquisas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, mostrando que os serviços de APS não são os primeiros procurados pelos doentes de TB e nem o primeiro a mostrar-se efetivo para a comprovação diagnóstica. Este fato evidencia o incipiente desempenho desses serviços no controle da doença, nesse caso, extensivo à população idosa.

Estudo realizado sobre as barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde que favorecem o retardo do diagnóstico em pessoas que envelhecem aponta os seguintes problemas na Estratégia Saúde da Família: horários inadequados de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), transferência de responsabilidades para os usuários para a confirmação diagnóstica, falta de competência profissional para atribuir diagnósticos e falta de ações específicas para a identificação de sintomáticos respiratórios idosos no território adscrito à UFF⁽¹³⁾. Provavelmente os problemas citados concorram para que o diagnóstico da TB seja conferido pelos serviços especializados, o que contraria a política de saúde brasileira que determina que o controle da doença seja de responsabilidade dos serviços da APS, nos quais se incluem as USF.

O fato de mais da metade dos idosos atendidos terem sido encaminhados para outro tipo de serviço de saúde sugere que trabalhadores da saúde, na consulta, não suspeitam de TB, principalmente na fase inicial da doença, aspecto já evidenciado em estudos realizados na região Nordeste do Brasil⁽¹³⁾ e na Espanha. Neste último país, a condição de o doente ter mais de 60 anos estava associada ao fato de não haver suspeitar de TB em sua admissão⁽²⁰⁾.

Os profissionais de saúde que atuam no contexto da APS devem ser sensíveis às necessidades assistenciais de saúde do idoso⁽²¹⁾, principalmente pelo reconhecimento de ser a TB uma doença marcante na história da saúde no Brasil e pelo desempenho de ações no cuidado na ESF que deve ser marcado pelas relações que evidenciam acolhimento e vínculo⁽²¹⁻²²⁾.

Diante dos fatos, é imperioso lembrar a responsabilidade das equipes da USF em relação ao diagnóstico da TB⁽¹³⁾. Embora a literatura aponte fragilidades no que diz respeito à atuação dos profissionais da APS nas ações de controle da

TB, um estudo destaca o envolvimento dos profissionais da Enfermagem, principalmente nas atividades de supervisão do tratamento e busca de faltosos⁽²²⁾.

Quanto ao tipo de exame para esclarecimento diagnóstico, observa-se que o Raio X foi mais solicitado do que a baciloscopia. Considera-se que as características individuais da pessoa idosa tendem a justificar a solicitação do Raio X em virtude da queda da capacidade funcional que concorre para a redução de episódios de tosse, o que dificulta a produção do material mucogênico para a coleta do escarro. Um estudo realizado com idosos com TB, em uma capital do Nordeste do Brasil, mostrou que 75% desses doentes também realizaram Raio X e não a baciloscopia⁽⁸⁾.

No que concerne ao tempo para obter o diagnóstico, 50% das pessoas idosas levaram mais de 15 dias para confirmar a TB. A baixa capacidade de suspeição diagnóstica, por parte dos profissionais, favorece o retardo do diagnóstico da doença, caracterizando atraso relacionado ao desempenho do serviço de saúde. A demora do sistema de saúde é entendida como o intervalo de tempo decorrido entre a primeira consulta, em qualquer unidade de saúde, e a data do diagnóstico⁽²³⁾.

Estudo de caso-controle realizado na cidade de Recife-PE analisou o acesso aos serviços de saúde e identificou que não houve diferença entre idosos e não idosos com TB em relação à demora para o início do tratamento. Ambos tiveram que procurar mais de dois serviços de saúde e o tempo foi superior a dois meses até que fosse feito o diagnóstico da doença⁽¹¹⁾. No Estado do Rio de Janeiro, para a população em geral, a mediana de tempo do início dos sintomas até o diagnóstico foi de 60 dias⁽²⁴⁾.

Estudo realizado em Maryland (EUA) mostrou que 45% do total de 158 pacientes de TB permaneceram sem diagnóstico durante 30 dias após o primeiro contato com o serviço de saúde e 16% por 90 dias após a primeira consulta médica. De todos os entrevistados, a média de idas aos serviços de saúde para obtenção de diagnóstico foi de 2,6 vezes. Ressalte-se que do total de 398 visitas de saúde realizadas por pacientes sintomáticos nesta coorte, apenas 40% resultaram no diagnóstico da TB, sinalizando a necessidade de melhorar procedimentos para o diagnóstico⁽²⁵⁾.

Em Nazimabad, no Paquistão, estudo mostra que a duração do atraso total, levando em consideração o período entre o início dos sintomas e o começo do tratamento, foi de 120 dias, ou seja, quatro meses. Evidencia-se que nos casos nos quais foram constatados retardo do diagnóstico, os serviços de saúde foram responsáveis por 64% e os pacientes por 27%. O mesmo artigo informa que diagnóstico e tratamento tardios resultaram em complicações para o doente, como perda de peso em 40%, hemoptise em 21%, anorexia em 17% e impossibilidade de realizar a rotina de trabalho em 12% das ocorrências⁽²⁶⁾.

O retardo no diagnóstico e a demora do início do tratamento, portanto, têm sido importantes para avaliar a qualidade e a oportunidade do acesso dos doentes aos cuidados em saúde. Em estudo realizado no Brasil, que analisou as tendências da mortalidade por TB, no período de 1980 a 2004, observou-se o aumento do número de óbitos por TB entre grupos com 60 anos ou mais. Em 2004, do total de óbitos por TB com idade conhecida, 56,1% ocorreram em indivíduos de 50 anos ou mais de idade, em contraste com 45,1% em 1980⁽¹⁾.

As evidências sugerem que a Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR) na população em geral não tem sido priorizada para identificar e diagnosticar os doentes de TB⁽¹⁹⁾, principalmente, entre os indivíduos com mais de 60 anos. A detecção precoce dos casos de TB, uma das atribuições das equipes da APS, é uma prerrogativa para atender as orientações da política nacional da humanização do cuidado em saúde e a garantia de um cuidado integral⁽¹⁷⁾. Esta ação de controle da doença deve ter como alvo a diminuição do tempo de obtenção do diagnóstico, bem como a redução do sofrimento do doente⁽²⁷⁾.

Além da competência profissional para o manejo das ações de controle da TB, é importante considerar a organização dessas ações nos sistemas locais de saúde. Estudo em municípios brasileiros revelou que a forma de organização da atenção à TB (ESF ou ambulatório) não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Estudo sobre fortalecimento da APS, tendo como cenário quatro capitais do Brasil, informa que a assistência à tuberculose foi considerada uma das ações mais difíceis de descentralização⁽²⁸⁾. Informa também que os municípios brasileiros enfrentam problemas que comprometem a APS como porta de entrada preferencial do sistema. Ainda, cita problemas relacionados aos horários restritos de funcionamento, às dificuldades de manejo da demanda espontânea e baixa resolutividade, além do fato de usuários desconhecerem o local de funcionamento da UFS⁽²⁸⁾. Estes problemas, sem dúvida, tornam complexo o desafio para controlar a TB, sobretudo na população que envelhece.

Considerando o que aqui se desenvolveu sobre a perspectiva da APS como porta de entrada da pessoa idosa com TB no sistema de saúde, este estudo vem respaldar observação já feita em outra pesquisa envolvendo esta preocupante relação. É premente a necessidade dos serviços da APS se reestruturarem para oferecer cuidado integral e resolutivo a idosos com TB⁽¹³⁾. Reafirma-se, mais uma vez, que o diagnóstico da TB é de responsabilidade dos profissionais das USF e que, havendo suspeita clínica, devem fazer coleta de escarro para exame no primeiro contato com o usuário, promovendo o diagnóstico precoce⁽¹³⁾.

De modo particular, respeita-se o entendimento de autores de que, no âmbito da APS, a Enfermagem deve ser sensível às necessidades assistenciais de saúde do idoso por meio da interação enfermeiro-usuário⁽²¹⁾, postura necessária para o desenvolvimento de cuidados consoantes às peculiaridades que envolvem as pessoas que envelhecem e são vulneráveis à TB.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nos sete municípios brasileiros indicam que os serviços de APS apresentam limitações para atuar como porta de entrada no sistema de saúde, sobretudo no que diz respeito à suspeição de casos de TB em idosos e para a confirmação diagnóstica precoce da doença. O fato da maioria dos diagnósticos de TB em idosos ter sido conferida pelos serviços da AE contraria diretrizes da política de saúde no Brasil, uma vez que situa a TB como área estratégica da APS.

A organização da atenção do sistema de saúde nos municípios estudados não dispõe de mecanismos eficazes para atender às demandas e necessidades diferenciadas da população idosa, que requer definição de estratégias gerenciais e mecanismos de comunicação entre os diferentes serviços para o acesso ao diagnóstico de TB, considerando hábitos e o contexto onde vive para a superação do enfoque fragmentado do cuidado.

Recomenda-se a reorganização dos serviços de saúde, de modo a fortalecer os serviços da APS como porta de entrada à população com idade superior a 60 anos, que constitui um grupo vulnerável à TB. Ressalta-se a importância de qualificar profissionais de saúde para a suspeição e realização do diagnóstico precoce da doença com vistas à prevenção de casos e de promoção à saúde de pessoas pertencentes a esse grupo etário e à comunidade em geral.

AGRADECIMENTO

Agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - PROCAD NF 08/2008.

REFERÊNCIAS

1. Bierrenbach AL, Gomes ABF, Noronha EF, Souza MFM. Tuberculosis incidence and cure rates, Brazil, 2000-2004. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 15];41(Suppl.1):1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/en_6490.pdf
2. Towhidi M, Azarian A, Asnaashari A. Pulmonary tuberculosis in the elderly. *Tanaffos* [Internet] 2008 [cited 2013 Mar 15];7(1):52-7. Available from: http://www.tanaffosjournal.ir/files_site/paperlist/r_309_120920101639.pdf
3. Tavares LM, Oliveira ABM, Braga LAV, Andrade FB, Ferreira Filha MO. Incidência de casos de tuberculose em idosos no município de Cabedelo - Paraíba, Brasil. *Fiep Bulletin* [Internet]. 2010 [cited 10 Mar 2013]; 80(N. esp.). Available from: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/1730>
4. World Health Organization [WHO]. Global tuberculosis report. Geneva: WHO; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Situação Epidemiológica e Política de Controle da Tuberculose no Brasil. V Encontro Nacional de Tuberculose. II Fórum da Parceria Brasileira. [cited 2013 Feb 05] Brasília: Secretaria de Vigilância da Saúde; 2012. Available from: <https://docs.google.com/folder/d/0B0CE2wqdEaR-UnNuOHBDUVhyTG8/edit?pli=1#docId=0B0CE2wqdEaR-eXY5TS1jWDVviaXc>
6. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 03];43(3):548-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf
7. Lisboa CR, Chianca TCM. [Epidemiological, clinical and of functional independence profile of an institutionalized elderly population]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [updated 2015 May 12; cited 2015 Mar 15];65(3):482-8. Available

- from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a13.pdf> Portuguese.
8. Mishima EO, Nogueira NA. Tuberculose no idoso: estado de São Paulo, 1940 a 1945. *Bol Pneumol Sanit* [Internet]. 2001 [cited 2015 Mar 15];9(1):1-7. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v9n1/v9n1a02.pdf>
 9. Mendes EV. [Health care networks]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 13];15(5):2297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf> Portuguese.
 10. Vendramini SHF, Villa TCS, Cardozo Gonzales RI, Monroe AA. [Tuberculosis in the elderly: concept analysis]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2003 [cited 2015 Mar 13];11(1):96-103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16565.pdf> Portuguese.
 11. Cavalcanti ZR, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Ximenes R, Montaroyos U, Verçosa MKA. Characteristics of elderly tuberculosis patients in Recife, Brazil: a contribution to the tuberculosis control program. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2006 Nov-Dec [cited 2015 Mar 13];32(6):535-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/en_a11v32n6.pdf
 12. Pozzoli SML. [Tuberculosis in elderly people: the abandonment of the treatment]. *Rev Kairós* [Internet]. 2001 [cited 2015 Mar 13];4(2):101-15. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/vxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=469405&indexSearch=ID> Portuguese.
 13. Oliveira AAV, Sá LD, Nogueira JA, Andrade SL, Palha PF, Villa TC. Tuberculosis diagnosis in the aged: barriers to accessing health services. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 30];47(1):145-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a18v47n1.pdf
 14. 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 Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 Jan-Feb [cited 2013 May 19];21(Spec No):190-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/24.pdf>
 15. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2004 [cited 2013 May 19];19(4):303-17. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.766/epdf>
 16. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Performance assessment questionnaire regarding TB control for use in primary health care clinics in Brazil. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 15];35(6):610-2. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n6/en_v35n6a14.pdf
 17. Rodrigues RAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 15];43(4):316-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/en_7272.pdf
 18. Figueiredo TMRM, Villa TC, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino Neto A, Nogueira JA, et al. Performance of primary healthcare services in tuberculosis control. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 15];43(5):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/en_265.pdf
 19. Scatena LM, Villa TCS, Rufino Neto A, Kritisk AL, Figueiredo TMRM, Vendramine SHF, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnoses in Brazilian municipalities. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 15];43(3):10-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_248.pdf
 20. Mostaza JL, García N, Fernández S, Bahamonde A, Fuentes MI, Palomo MJ. [Analysis and predictors of delays in the suspicion and treatment among hospitalized patients with pulmonary tuberculosis]. *An Med Interna* [Internet]. 2007 Oct [cited 2015 Mar 15];24(10):478-83. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.766/pdf>
 21. Lima CA, Tocantins FR. [Healthcare needs of the aged: perspectives for nursing]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 15];62(3):367-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf> Portuguese.
 22. Gomes ALC, Sá LD. The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 15];43(2):364-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a16v43n2.pdf
 23. Mfinanga SG, Mutayoba BK, Kahwa A, Kimaro G, Mtandu R, Ngadaya E, et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [cited 2013 May 19];8:158. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515835/pdf/1472-6963-8-158.pdf>
 24. Selig L, Belo M, Cunha AJLA, Teixeira EG, Brito R, Luna AL, et al. [Deaths attributed to tuberculosis in the state of Rio de Janeiro]. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2004 [cited 2013 May 19];30(4):335-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n4/v30n4a06.pdf> Portuguese.
 25. Golub JE, Bur S, Cronin WA, Gange S, Baruch N, Comstock GW, et al. Patient and health care system delays in pulmonary tuberculosis diagnosis in a low-incidence state. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2005 Sep [updated 2015 May 11; cited 2013 May 19];9(9):992-8. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2005/00000009/00000009/art00009?token=004f104d7e2a46762c6b665d36703c70442e4a6d5f673f7b2f27375f2a72752d7094a22121483ff>
 26. Habibullah S, Sadiq A, Anwar T, Sheikh MA. Diagnostic delay in tuberculosis and its consequences. *Pak J Med Sci*. 2004;20(3):266-9.
 27. Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B, Amigot B, Estrada S, Algorry G. Delay in tuberculosis and treatment in the four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2008 [cited 2013 May 19];12(1):63-8. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2008/00000012/00000001/art00013?token=0043118027b76504c486667256a3a796c53404459356a332b25757d5c4f6d4e227a> Portuguese.
 28. Almeida PF, Fausto MCR, Giovannella L. [Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care]. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [cited 2013 May 19];29(2):84-95. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003 Portuguese.