

## Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose



*Factores asociados a la selección del primer lugar para el diagnóstico de la tuberculosis*

*Factors related to the place of first choice for the diagnosis of tuberculosis*

Dândara Nayara Azevêdo Dantas<sup>a</sup>

Bertha Cruz Enders<sup>b</sup>

Ana Angélica Rêgo de Queiroz<sup>c</sup>

Alexsandro Silva Coura<sup>d</sup>

Marcela Paulino Moreira da Silva<sup>e</sup>

Rejane Maria Paiva de Menezes<sup>f</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.44767>

### RESUMO

Objetivou-se identificar os fatores associados à escolha do primeiro local para o atendimento e diagnóstico da tuberculose. Estudo descritivo, quantitativo, realizado em Natal, RN, entre fevereiro e setembro de 2012, com 60 indivíduos diagnosticados com tuberculose pulmonar que responderam a um questionário. Os dados foram analisados através dos testes Qui-Quadrado e Fisher. Os fatores associados à escolha foram: o contato anterior com a doença ( $p=0,040$ ); alerta das pessoas sobre a doença ( $p=0,018$ ); e o serviço de saúde ser o geralmente procurado antes da doença ( $p=0,002$ ). Conclui-se que fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito com tuberculose podem influenciar na escolha do local para o atendimento e diagnóstico. Torna-se necessário que os enfermeiros promovam ações relacionadas a esses fatores, favorecendo o diagnóstico precoce da tuberculose através da intensificação da busca ativa, a procura da unidade básica de saúde e a redução do fluxo de procura pelos serviços de urgência.

**Descritores:** Tuberculose pulmonar. Comportamento de escolha. Serviços de saúde. Assistência ao paciente. Enfermagem em saúde pública.

### RESUMEN

El objetivo fue identificar los factores asociados con la selección del primer lugar de atención y diagnóstico de la tuberculosis. El estudio descriptivo y cuantitativo se llevó a cabo en Natal entre febrero/septiembre de 2012, con 60 individuos con tuberculosis pulmonar, que respondieron a un cuestionario. Los datos fueron analizados a través de las pruebas Chi-cuadrado y Fisher. Los factores asociados a la selección fueron: el contacto previo con la enfermedad ( $p=0,040$ ), el aviso de las personas sobre la enfermedad ( $p=0,018$ ) y el servicio de salud ser local antes utilizado ( $p=0,002$ ). Se concluye que factores intrínsecos y extrínsecos pueden influir en elección del primer lugar de atención y diagnóstico de la tuberculosis, lo que requiere que enfermeros promuevan esos factores para la reducción de flujo de demanda de servicios de urgencia, favoreciendo el diagnóstico precoz de tuberculosis a través de búsqueda intensificada y la búsqueda de la atención primaria.

**Descritores:** Tuberculosis pulmonar. Conducta de elección. Servicios de salud. Atención al paciente. Enfermería en salud pública.

### ABSTRACT

The objective of this study was to identify factors related to the place of first choice for the diagnosis and treatment of tuberculosis. A descriptive quantitative study was conducted in Natal/RN, throughout February/September 2012 with 60 individuals diagnosed with pulmonary tuberculosis that responded a questionnaire. Data were analyzed by the Chi-square and Fisher test. The factors associated to the place of first choice were: having had previous contact with the disease ( $p=0,04$ ); the person's awareness of the disease ( $p=0,018$ ) and having had previous care at the health service unit of choice ( $p=0,002$ ). It is concluded that intrinsic and extrinsic factors may influence the individual's first choice of a place for care and diagnosis of diseases. It is important that nurses promote actions related to these factors, for the enhancement of early diagnosis of tuberculosis through case finding and access to the primary care unit thereby reducing the demand for emergency services.

**Descriptors:** Tuberculosis, pulmonary. Choice behavior. Health services. Patient care. Public health nursing.

<sup>a</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil.

<sup>b</sup> Enfermeira. Doutora. Professora do PGENF da UFRN, Natal, RN, Brasil.

<sup>c</sup> Enfermeira. Mestre. Enfermeira do Hospital Estadual Walfredo Gurgel, Natal, RN, Brasil.

<sup>d</sup> Enfermeiro. Doutor. Professor do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

<sup>e</sup> Enfermeira. Residente de Cardiologia do Hospital Agamenon Magalhães, vinculada a Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

<sup>f</sup> Enfermeira. Doutora. Professora do PGENF da UFRN, Natal-RN, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

O diagnóstico e tratamento precoces dos casos de tuberculose (TB) pulmonar, por meio da busca ativa do Sintomático Respiratório (SR) e tratamento oportuno, são as principais medidas preconizadas para a interrupção da cadeia de transmissão e controle da doença. Nessa perspectiva, busca-se o diagnóstico de 90% dos casos esperados e cura de 85% dos casos diagnosticados<sup>(1)</sup>.

Com a descentralização das ações de controle da doença para o âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais atuantes nesses serviços, dentre eles o enfermeiro, passaram a desempenhar importante papel no desenvolvimento dessas ações, pois estão permanentemente vinculados ao paciente e à família através das unidades de saúde, condição reafirmada pela Portaria nº 2.488/2011, relativa à revisão de diretrizes da atenção básica<sup>(2)</sup>.

No entanto, estudos<sup>(3-4)</sup> apontam que, na maioria dos casos, o diagnóstico da TB não está sendo desenvolvido nos serviços da APS, e sim nos serviços hospitalares, onde os pacientes encontram-se internados devido a caquexia e mau estado geral ocasionados pela demora na realização do diagnóstico<sup>(4)</sup>. No Município de Natal/RN, um dos sete municípios do Estado do Rio Grande do Norte e um dos 315 do Brasil prioritários para o controle da TB, 72,04% dos SR são diagnosticados na rede hospitalar<sup>(3)</sup>.

Esta é uma realidade preocupante, uma vez que se entende que o fluxo de atendimento preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deveria se dar através de níveis crescentes de densidade tecnológica<sup>(5)</sup> e o não cumprimento desse caminho pelos pacientes de TB pode estar ocasionando uma demanda aumentada nos níveis de atenção secundário e terciário do sistema de saúde brasileiro, assim como ocorre em outras situações clínicas.

A inversão no sentido preconizado do fluxo de atendimento pode se dar devido à propagação de um pensamento populacional que valoriza um modelo de atenção à saúde curativista e hospitalocêntrico<sup>(6)</sup>. No entanto, existe necessidade de estudos que elucidem os fatores envolvidos na escolha do primeiro local para o atendimento e diagnóstico da TB pelo sintomático respiratório. Nesse sentido, questiona-se: Quais fatores induzem o sintomático respiratório a escolher, dentre os diferentes serviços de saúde, o primeiro local para o atendimento e diagnóstico da TB?

Como referencial teórico norteador deste estudo, consideraram-se as variáveis básicas do Modelo de Crenças em Saúde, o qual postula que a decisão de um indivíduo com vistas a ter um comportamento saudável é determinada, fundamentalmente, por quatro variáveis psicológicas: percepção da susceptibilidade a doença; gravidade dessa doença; os benefícios de determinadas ações; e a percepção das barreiras a essas ações<sup>(7)</sup>.

Essas percepções associadas a alguns estímulos internos (sintoma) ou externos (influência da família, amigos ou dos meios de comunicação), além de fatores biográficos, psicossociais e estruturais, podem afetar a percepção individual e influenciar indiretamente no processo de tomada de decisão<sup>(8)</sup>.

Este estudo justifica-se, pois, ao se conhecer os fatores relacionados à procura pela porta de entrada ao diagnóstico da TB, poder-se-á entender melhor o comportamento do paciente na procura por consulta no serviço de saúde e subsidiar o planejamento de ações que conduzam ao fortalecimento das metas de diagnóstico precoce e controle da doença.

Portanto, objetiva-se com este estudo identificar os fatores associados à escolha do primeiro local para o atendimento e diagnóstico da TB.

## ■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em Natal/RN, Brasil. A população foi constituída pelos indivíduos diagnosticados com TB pulmonar quantificados em 304 pessoas, em 2010, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>(9)</sup>.

A amostra consistiu-se de 60 sujeitos, número determinado através do cálculo amostral para população finita<sup>(10)</sup>, com margem de erro de 0,05. A seleção dos participantes foi realizada de forma acidental e foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos; a partir do segundo mês de tratamento da doença em alguma unidade de saúde dos distritos sanitários de Natal; não estivessem no sistema prisional brasileiro; não possuíssem doenças mentais e concordassem em participar da pesquisa. Não se previram critérios de exclusão.

A coleta de dados foi cumprida entre fevereiro e setembro de 2012 e concretizada através da colaboração de duas acadêmicas de Enfermagem e uma Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, devidamente treinadas para recrutamento dos sujeitos e aplicação do instrumento utilizado.

Os sujeitos foram identificados com ajuda dos enfermeiros responsáveis pelo controle da TB pulmonar das unidades de saúde de Natal. Esses profissionais forneceram informações sobre a data da consulta mensal para controle do tratamento da doença, que seria realizada na própria unidade de saúde, ou agendaram uma visita domiciliar com um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Em uma dessas ocasiões, um dos colaboradores comparecia no local, data e horário agendados e convidava o paciente com TB a participar da pesquisa e a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente se realizava a entrevista e preenchimento do instrumento em uma sala disponibilizada pela unidade de saúde, ou em um ambiente da residência do paciente que ele se sentisse a vontade para responder aos questionamentos.

Nos casos em que o sujeito aceitou participar, mas não pôde responder o questionário nesse primeiro encontro foram marcados outro dia, local e horário mais convenientes para a realização da entrevista.

O instrumento utilizado era formado por questões fechadas e foi elaborado pelos próprios pesquisadores. Para sua testagem, foi realizado um pré-teste com cinco pacientes com TB de um Município adjacente à Natal, os quais não foram incluídos na amostra final, em janeiro de 2012. Depois de alguns ajustes, foi enviado a dois enfermeiros doutores com experiência em estudos na área da TB para avaliação do conteúdo.

Para o desenvolvimento deste estudo, especificamente, foram utilizadas variáveis quanto ao perfil sociodemográfico (sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, vínculo empregatício, renda familiar, dependentes da renda); local do atendimento e diagnóstico da TB e motivo para escolha deste local; instituição geralmente procurada antes de desenvolver TB; estado de saúde e algumas variáveis relacionadas ao modelo de crenças em saúde, tais como: conhecimento e preocupação sobre o estado de saúde, procura anterior pelo serviço e orientação para procurá-lo, contato anterior com a doença e alerta da televisão, comunidade, unidade de saúde, vizinhos, amigos, colegas ou outra pessoa o que poderia ser a doença.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Parecer Nº 513/2011, CAAE nº 0246.0.051.000-11 e cumpre a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes, normas regulamentadoras e aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 para Windows. A análise se deu através da estatística descritiva, utilizando-se médias, frequências, desvio padrão e amplitude. Para verificar as associações, as variáveis foram dicotomizadas e efetuaram-se os testes de Qui-Quadrado e de Fisher, considerando associação significativa aquela com  $p < 0,05$ .

## ■ RESULTADOS

### Perfil sociodemográfico

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos pacientes com TB pulmonar entrevistados. Verificou-se que os participantes, em sua maioria, eram homens (55%,  $n=33$ ), brancos (41,7%,  $n=25$ ), casados (40%,  $n=24$ ), estudaram até o ensino fundamental incompleto (40%,  $n=24$ ), estavam empregados (33,3%,  $n=20$ ) e possuíam renda de até dois salários mínimos (66,7%,  $n=34$ ). No tocante à idade dos entrevistados, constatou-se média de 46,32 anos ( $\pm 18,536$ ;  $X_{\min}=18$ ;  $X_{\max}=80$ ).

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico dos pacientes de tuberculose pulmonar. Natal/RN, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	55
Feminino	27	45
<b>Raça</b>		
Branca	25	41,7
Negra	15	25
Parda	19	31,6
Amarela	1	1,7
<b>Estado civil</b>		
Casado	24	40
Solteiro	23	38,3
Viúvo	5	8,3
Divorciado	7	11,7
União estável	1	1,7
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	8	13,4
Fundamental incompleto	24	40
Fundamental completo	5	8,3
Médio incompleto	4	6,7
Médio completo	15	25
Superior incompleto	2	3,3
Superior completo	2	3,3
<b>Vínculo empregatício</b>		
Desempregado	12	20
Empregado	20	33,3
Autônomo	6	10
Atividades domésticas	6	10
Estudante	3	5
Aposentado	13	21,7
<b>Renda familiar</b>		
< 1 salário mínimo*	6	10
De 1 a 2 salários mínimos	34	56,7
De 3 a 4 salários mínimos	12	20
De 5 a 6 salários mínimos	3	5
> 6 salários mínimos	5	8,3
<b>Dependentes da renda</b>		
Uma pessoa	4	6,7
Duas pessoas	10	16,7
Três pessoas	10	16,7
Quatro pessoas	13	21,7
Cinco pessoas	11	18,2
Seis ou mais pessoas	12	20

Fonte: Dados da pesquisa.  
\*Salário mínimo=R\$622,00

## Porta de entrada para o atendimento e diagnóstico da tuberculose

No Gráfico 1 apresenta-se a predominância da procura dos pacientes com TB pulmonar pelo primeiro local para o atendimento e diagnóstico da doença. Destaca-se que, dentre os 43,3% que optaram por serviços eletivos, a procura por unidades de saúde correspondeu a 26,7%, e dentre os que procuraram os serviços de urgência 41,7% correspondeu a hospitais.

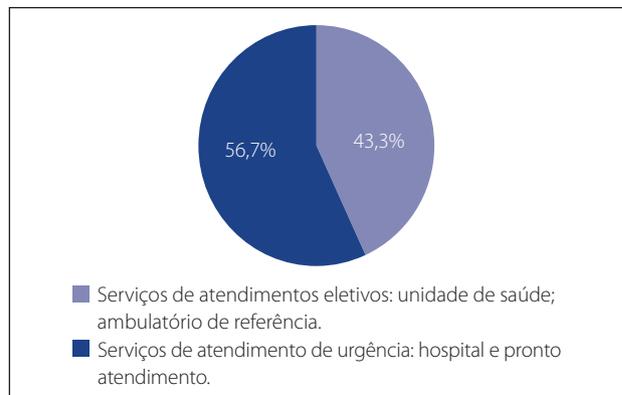
## Motivo de escolha do primeiro local para o atendimento e diagnóstico

Entre os motivos de escolha do primeiro local para atendimento e diagnóstico da TB pulmonar, o vínculo foi citado por 28,3% dos sujeitos; a facilidade de acesso ao serviço de saúde, por 25%; conselho de amigos, vizinhos, familiares, colegas de trabalho ou outra pessoa, por 16,7%; sinais e sintomas, por 10%; garantia de atendimento, por 8,3%; busca de resolutividade do problema, por 3,3%; e outros motivos foram mencionados por 8,3% dos entrevistados.

A Tabela 2 apresenta os motivos de escolha do primeiro local para atendimento e diagnóstico da TB pulmonar apontados pelos entrevistados de acordo com o serviço de saúde procurado.

## Fatores associados à escolha do primeiro local para o atendimento e diagnóstico

Conforme apresentado na Tabela 2, verifica-se que o contato anterior com pessoas com os mesmos sinais e sintomas ( $p=0,040$ ), a frequência com que vizinhos, amigos,



**Gráfico 1** – Procura do primeiro local para atendimento e diagnóstico da tuberculose pulmonar. Natal/RN, Brasil, 2013.

Fonte: Dados da pesquisa.

colegas de trabalho ou outras pessoas alertaram sobre o que poderia ser a doença ( $p=0,018$ ) e o serviço de saúde geralmente procurado antes de desenvolver a TB ( $p=0,002$ ) foram fatores associados com a escolha da porta de entrada para o atendimento e diagnóstico da TB pulmonar.

## ■ DISCUSSÃO

Diante do grande número de diagnósticos da TB ocorridos em nível hospitalar<sup>(3-4)</sup>, o presente estudo, por trazer resultados que apontam fatores estatisticamente relacionados a procura dos doentes por esse serviço de saúde, contribui de forma original e significativa para o avanço do estado da arte deste fenômeno.

Verifico-se neste estudo, a predominância do forte teor social da doença que atinge, em sua maioria, indivíduos

**Tabela 2** – Motivos de escolha do primeiro local para atendimento e diagnóstico da tuberculose de acordo com o serviço de saúde procurado. Natal/RN, Brasil, 2013.

Motivo de escolha do primeiro local para atendimento e diagnóstico	Primeiro serviço de saúde procurado					
	Eletivo*		Urgência†		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sinais e sintomas	0	0	6	100	6	100
Vínculo com a equipe de saúde	12	70,6	5	29,4	17	100
Conselhos de amigo, familiar, etc	5	50	5	50	10	100
Facilidade de acesso ao serviço de saúde	6	40	9	60	15	100
Garantia de atendimento	1	20	4	80	5	100
Outros	2	40	3	60	5	100
Em busca de resolutividade do problema	0	0	2	100	2	100

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Eletivo = Serviços: unidade de saúde, ambulatório de referência.

†Urgência = Serviços: hospital e pronto atendimento.

**Tabela 3** – Associação entre fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito com tuberculose pulmonar e a escolha do primeiro local para o atendimento e diagnóstico da doença. Natal/RN, Brasil, 2013

Fatores intrínsecos e extrínsecos	Primeiro serviço de saúde procurado				p*
	Eletivo*		Urgência†		
	n	%	n	%	
<b>Estado de saúde</b>					
Debitado	18	43,9	23	56,1	0,896
Não debilitado	8	42,1	11	57,9	
<b>Conhecimento sobre o estado de saúde**</b>					
Sim	7	63,6	4	36,4	0,093
Não	17	36,2	30	63,8	
<b>Contato anterior com pessoas com os mesmos sinais e sintomas</b>					
Sim	18	56,3	14	43,8	0,040
Não	8	29,6	19	70,4	
<b>Preocupação com o estado de saúde</b>					
Pouca preocupação	5	38,5	8	61,5	0,689
Muita preocupação	21	44,7	26	55,3	
<b>Importância dada à saúde para a vida**</b>					
Pouca importância	3	75	1	25	0,212
Muita importância	23	41,1	33	58,9	
<b>Frequência com que a televisão, comunidade, unidade de saúde, ou outro meio alertaram sobre o que poderia ser a doença**</b>					
Difícilmente	24	44,4	30	55,6	0,614
Frequentemente	2	40	3	60	
<b>Frequência com que vizinhos, amigos, colegas de trabalho ou outra pessoa alertaram sobre o que poderia ser a doença**</b>					
Difícilmente	24	52,2	22	47,8	0,018
Frequentemente	2	15,4	11	84,6	
<b>Orientação para procurar o serviço</b>					
Teve orientação de alguém	12	37,5	20	62,5	0,330
Procurou por conta própria	14	50	14	50	
<b>Procura pelo serviço de saúde escolhido como primeiro local, anterior à doença atual</b>					
Sim	20	50	20	50	0,141
Não	6	30	14	70	
<b>Serviço de saúde geralmente procurado antes de desenvolver a tuberculose**</b>					
Serviço de atendimento eletivo	24	55,8	19	44,2	0,002
Serviço de atendimento de urgência	2	11,8	15	88,2	
<b>Compra de medicamentos antes da procura</b>					
Sim	9	34,6	17	65,4	0,233
Não	17	50	17	50	

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Eletivo = Serviços: unidade de saúde, ambulatório de referência; †Urgência = Serviços: hospital e pronto atendimento.

† Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

\*\*Variáveis que utilizaram o teste Fisher.

de baixa renda e escolaridade<sup>(11)</sup>, características comuns a pessoas com essa enfermidade nas diferentes regiões geográficas do Brasil, conforme apontam outros estudos<sup>(12-13)</sup>.

Como constatado nessa investigação, esses pacientes estão ingressando no sistema de saúde por instituições de atendimento de urgência, assim como apresentado em outras pesquisas<sup>(3,12,14)</sup>. Esta realidade reflete uma inversão do fluxo de atendimento e diagnóstico da TB pulmonar, já que se preconiza a APS como porta de entrada ao SUS<sup>(5,14)</sup>, assim como sugere a incapacidade da rede básica em identificar as necessidades da comunidade e atendê-las, o que causa uma superlotação do setor de urgência com problemas que poderiam ser resolvidos em outros níveis de atenção<sup>(5)</sup>.

Portanto, as investigações dos casos suspeitos de TB não podem se limitar ao usuário que procura o serviço de saúde<sup>(15)</sup>, pois, assim, podem corroborar para o diagnóstico tardio da doença, agravamento do quadro clínico e a superlotação dos serviços de alta complexidade. As ações de busca por SR pelas unidades de saúde devem ser intensificadas, a fim de proporcionar a identificação precoce dos casos de TB pulmonar.

Para isso, os profissionais devem receber constantes capacitações para estarem preparados para identificá-los<sup>(16)</sup>, pois um dos motivos relacionados ao atraso na identificação dos casos ocorre pela inadequada avaliação dos suspeitos ou a procura tardia do serviço de saúde por esses indivíduos. Com essa realidade, a busca passiva dos casos converge para o diagnóstico tardio de TB, principalmente pela falta de planejamento gerencial referente às atividades de busca ativa<sup>(17)</sup>.

Entretanto, uma peculiaridade relativa à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Natal deve ser considerada: apenas 31,13% da população está coberta<sup>(18)</sup>. Apesar de não ter sido foco desse estudo, acredita-se que essa característica também pode estar influenciando à escolha dos serviços de urgência como primeiro local para o diagnóstico da TB pulmonar, uma vez que grande parte da população não reside em área adscrita e, portanto, quando necessitam de assistência à saúde, têm que recorrer a esses serviços, já que não possuem instituições da APS perto da residência que possibilitem acesso ao atendimento.

Outro estudo aponta que a escolha pelos serviços de urgência é pautada em experiências prévias com alguns serviços de saúde e em aspectos culturais. Além disso, afirma que muitos doentes acreditam que esses locais possuem maior infraestrutura para diagnosticar e tratar problemas de saúde e, por isso, confiam mais nesses serviços<sup>(19)</sup>.

No presente estudo, os motivos de escolha dos hospitais e pronto atendimento corroboram com as hipóteses de que os pacientes que os procuram apresentam-se com sinais e sintomas que necessitam de cuidados mais intensivos e muitas vezes ficam internados devido ao mau estado de saúde<sup>(4)</sup>. E, além disso, salienta-se a persistência de valores culturais ainda vinculados ao modelo curativista e hospitalo-

cêntrico, motivando os pacientes a buscarem esses serviços pela procura por resolutividade do problema de saúde<sup>(6)</sup>.

Essa situação se relaciona com uma cultura na qual as unidades de saúde são vistas como locais de promoção da saúde e de prevenção de doenças, e não como instituições capazes de serem resolutivas e de assegurar o atendimento de maior complexidade, quando este for necessário<sup>(5)</sup>. Nesse sentido, dados relativos ao retardo do diagnóstico da TB, nas pessoas que procuraram como primeira escolha para tratamento da doença as unidades da APS<sup>(14)</sup>, corroboram para a perpetuação desse pensamento.

Logo, acredita-se que, para superação dessas concepções culturais e consequente priorização da escolha pelos serviços da atenção básica, as unidades de saúde necessitam promover o acesso dos usuários ao atendimento e dar resolutividade aos seus problemas a partir da primeira procura pelo serviço.

Porém, para isso, os profissionais da atenção básica, assim como os gestores municipais, devem criar estratégias que promovam a superação das dificuldades geográficas, estruturais, organizacionais e operacionais, para que possibilitem o acesso dos usuários ao ingresso no serviço de saúde através da oferta de atendimento e, consequentemente, fortifiquem a concepção de que esses locais são capazes de ser resolutivos.

Apesar de todos esses aspectos, foram algumas variáveis do Modelo de Crenças em Saúde, como o contato prévio com a doença, fatores desencadeantes externos e o alerta de pessoas próximas sobre o que poderia ser a doença<sup>(8)</sup>, além do serviço de saúde geralmente procurado antes de se ter TB, que apresentaram associação estatística significativa com a procura pelos serviços de saúde escolhidos prioritariamente quando se está doente de TB.

Dentre essas variáveis, o alerta de pessoas trata-se de um fator desencadeante externo<sup>(8)</sup>, e o contato prévio com a doença uma variável estrutural, ambos modificadores do comportamento em saúde, que, no tocante à TB, correspondem a fatores importantes para a decisão da escolha do serviço de saúde procurado. Isso ocorre pelo fato de alertarem ao indivíduo que ele pode estar com uma doença infectocontagiosa e, assim, influenciá-lo na decisão e procura por instituições de referência no diagnóstico e/ou tratamento da doença, bem como estimularem a prática de uma atitude frente ao problema de saúde apresentado.

Além disso, a instituição geralmente procurada pelo indivíduo, ao apresentar qualquer problema de saúde, também se mostrou associada à escolha da porta de entrada para o atendimento e diagnóstico da TB pulmonar. Nesse contexto, pressupõe-se que os serviços de saúde que atendem esses usuários favorecem a criação de um vínculo entre os profissionais de saúde e o paciente, que, em outras situações clínicas, predispõem a uma nova procura por esses serviços,

tanto pela credibilidade e satisfação com os atendimentos quanto pela confiança de resolutividade do problema.

Para a criação desse vínculo é indispensável a existência de um profissional da saúde a quem o doente sempre recorra quando apresentar um problema, seja de origem biológica ou não. O atendimento pelo mesmo profissional firmado em apoio, compreensão, comunicação e escuta predispõe ao estabelecimento de vínculo entre o usuário e a equipe<sup>(20)</sup>.

Pautado nessas considerações, a variável relacionada ao serviço de saúde geralmente procurado antes de desenvolver a TB pode ser trabalhada pelos profissionais da APS, na perspectiva do fortalecimento do vínculo com a comunidade, buscando proporcionar a procura por esse local em situações de surgimento de um novo problema de saúde.

## ■ CONCLUSÃO

O contato prévio com a doença, alerta de pessoas sobre o que poderia ser a doença e o serviço de saúde procurado antes de desenvolver a TB são fatores estatisticamente relacionados à escolha do primeiro local para o atendimento e diagnóstico da doença. Isso sugere que fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito com TB podem influenciar na escolha do local para o diagnóstico.

Percepção de barreiras é uma variável que pode estar relacionada à decisão de um indivíduo para o comportamento saudável não analisada e, portanto, constitui uma limitação do estudo. Sugere-se que outros inquéritos sejam desenvolvidos com a finalidade de complementar as informações produzidas na atual investigação.

Por fim, entende-se que o estudo contribui ao conhecimento científico sobre o comportamento em saúde do paciente de TB, na medida em que descreve uma tendência na procura pelo serviço de diagnóstico e descreve fatores relacionados a esse comportamento. Espera-se que estes dados possam ser utilizados pelos profissionais da APS, em especial os enfermeiros, para criar estratégias assistenciais e educacionais que proporcionem alteração do fluxo de procura dos pacientes pelos serviços de atendimento de urgência para o diagnóstico de TB.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2011.

### ■ Endereço do autor:

Dândara Nayara Azevêdo Dantas  
Rua Doutor José Bezerra, 905, ap. 102, Barro Vermelho  
59022-120, Natal, RN  
E-mail: dandara\_dantas@hotmail.com

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília; 2011.
3. Cirino ID. As ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde: a visão do doente [dissertação]. Natal (RN): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
4. Oliveira MF. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007) [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
5. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do sistema único de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):574-80.
6. Scatena LM, Villa TCS, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3):389-97.
7. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974;2:328-35.
8. Coleta MFD. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças.* 2010;18(1-2): 69-78.
9. Ministério da Saúde (BR), Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Tabela de dados tuberculose. Brasília; 2011.
10. Field A. Descobrir a estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Oliveira JF, Antunes MBC. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde da família do Recife: a perspectiva do usuário. *Rev APS.* 2012;15(1):4-13.
12. 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.
13. Santos A, Vieira ILV, Maçaneiro AP, Souza SS. Perfil demográfico-epidemiológico da tuberculose pulmonar bacilífera no município de São José, Santa Catarina, Brasil. *Rev APS.* 2012;15(1):49-54.
14. Sobrinho RAS, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(6):461-8.
15. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(2):207-16.
16. Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso MAA, Silva VA. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. *Rev Rene.* 2011;12(n.esp.):1028-35.
17. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JÁ, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. *Rev Rene.* 2012;13(3):572-81.
18. Prefeitura Municipal de Natal (BR), Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão 2009. Natal: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
19. Oliveira MF, Arcêncio RA, Netto AR, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4):898-904.
20. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(2):176-82.

Recebido: 23.01.2014

Aprovado: 28.07.2014