

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001370013>

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES INDIVIDUAIS NO RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro¹, Jordana de Almeida Nogueira², Lenilde Duarte de Sá³, Aline Aparecida Monroe⁴, Ulisses Umbelino dos Anjos⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶, Daiane Medeiros da Silva⁷, Sandra Aparecida de Almeida⁸

¹ Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: E-mail: deborasgt@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: jalnogueira31@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: sa_lenilde@gmail.com

⁴ Doutora em enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Riberão Preto da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: alinemonroe@yahoo.com.br

⁵ Doutor em estatística. Professor adjunto da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: ulisses@de.ufpb.br

⁶ Doutora em enfermagem. Professora titular da USP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

⁷ Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: daianemedeiros19@hotmail.com

⁸ Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: sandraalmeida124@gmail.com

RESUMO: Analisa a influência dos determinantes individuais sobre o padrão de utilização de serviços como definidora do intervalo de tempo que o doente de tuberculose demora em buscar assistência para descobrir seu diagnóstico. Pesquisa seccional, realizada em capital do Nordeste brasileiro, envolvendo 101 doentes. As variáveis foram submetidas a tratamento estatístico por meio de mediana e testes não paramétricos de *Mann Whitney* e *Kruskal Wallis*. Estimou-se um valor mediano de 20 dias para o atraso geral dos doentes, verificando-se que os indivíduos solteiros, com até oito anos de estudo e desempregados foram os que mais demoraram a procurar um serviço de saúde (30 dias). O modelo teórico confirmou a presença de fatores predisponentes que favorecem as desigualdades na busca e obtenção de cuidados. A inclusão da dimensão subjetiva na garantia de um cuidado integral pode contribuir para renovação das práticas e redução das iniquidades dos indivíduos acometidos pela tuberculose.

DESCRIPTORIOS: Tuberculose. Diagnóstico tardio. Acesso aos serviços de saúde.

THE INFLUENCE OF INDIVIDUAL DETERMINANTS IN THE DELAY OF THE TUBERCULOSIS DIAGNOSIS

ABSTRACT: Analyzes the influence of individual determinants on the service usage pattern to define the time it takes for tuberculosis patients to seek care in order to discover their diagnosis. Cross-sectional research undertaken in a Northeastern capital of Brazil, involving 101 patients. The variables were submitted to statistical treatment through median and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis non-parametric tests. A median 20 days was estimated for the patients' general delay, showing that single individuals who had less than eight years of study and were unemployed were the ones who delayed most in seeking a health service (30 days). The theoretic model used confirmed the presence of predisposing factors that favor the inequalities in the search for and obtainment of care. The inclusion of the subjective dimension in the guarantee of integral care can contribute to the renewal of practices and reduction of iniquities for individuals affected by tuberculosis.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Delayed diagnosis. Health services accessibility.

LA INFLUENCIA DE LOS DETERMINANTES INDIVIDUALES EN EL RETARDO DEL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

RESUMEN: Analiza la influencia de los determinantes individuales sobre el modelo de utilización de servicios como definidora del intervalo de tiempo que el enfermo de tuberculosis demora en buscar asistencia para descubrir su diagnóstico. Investigación seccional, realizada en capital del Noreste brasileño, involucrando 101 enfermos. Las variables fueron sometidas a tratamiento estadístico por medio de mediana y exámenes no-paramétricos de *Mann Whitney* y *Kruskal Wallis*. Se estimó un valor mediano de 20 días para el atraso general de los enfermos, verificándose que los individuos solteros, con hasta 8 años de estudio y desempleados, fueron los que más tardaron en buscar un servicio de salud (30 días). El modelo teórico confirmó la presencia de factores predispuestos que favorecen las desigualdades en la búsqueda y obtención de cuidados. La inclusión de la dimensión subjetiva en la garantía de un cuidado integral puede contribuir para renovación de las prácticas y reducción de las iniquidades de los individuos acometidos por tuberculosis.

DESCRIPTORIOS: Tuberculosis. Diagnóstico tardío. Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

O retardo no diagnóstico da Tuberculose (TB) tem sido alvo de reflexão e objeto de debate sobre a qualidade e oportunidade de acesso dos doentes aos cuidados em saúde, no qual podem estar vinculados dois tipos de atraso: o “atraso do doente”, que se refere à duração entre o início dos sintomas até a primeira visita a um serviço de saúde, e o “atraso do sistema de saúde”, relacionado ao tempo decorrido entre o primeiro contato com uma unidade de cuidados e a confirmação do diagnóstico de TB.¹⁻⁴

Com base em pesquisas envolvendo a temática, não existe um conceito unânime do que poderia se constituir em “demora do diagnóstico” indicando que um atraso “aceitável” depende dos serviços de saúde, do perfil da comunidade e da situação epidemiológica local.⁵ Compreende-se que as causas do retardo ao diagnóstico da TB diferem de acordo com a realidade de cada região, mas não podem ser atribuídas exclusivamente às barreiras impostas pelos serviços de saúde.

Estudo⁶ aponta as características individuais da população em risco como determinantes do processo de adoecimento e utilização de serviços de saúde. O modelo proposto pelos autores fundamenta-se em três categorias: predisposição, disponibilidade e necessidade, acrescentando-se a utilização prévia.

O primeiro componente predisposição, é formado pelas características que descrevem a propensão ou tendência que os indivíduos têm para procurar o serviço de saúde. Precedem o episódio da doença, estão intrinsecamente ligadas ao sujeito e incluem fatores como idade, sexo, raça/cor, religião/crença, escolaridade. O segundo componente disponibilidade está relacionado com os meios ou ferramentas que as pessoas possuem para utilizar o serviço de saúde. Estes recursos podem ser específicos do indivíduo ou da família como a renda e seguridade social,

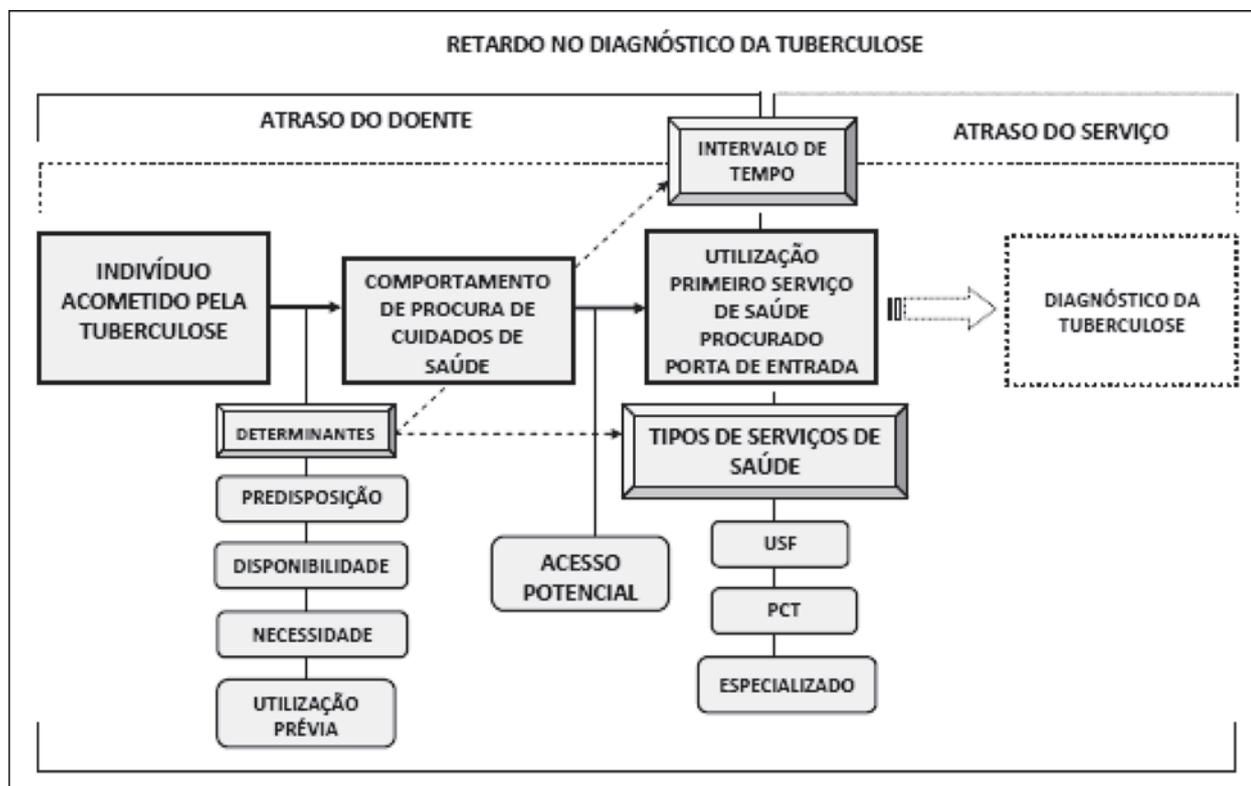
além dos atributos da comunidade na qual o indivíduo vive (região urbana/região rural). O terceiro componente, necessidade refere-se ao nível de percepção da doença que se constitui razão mais imediata para busca de serviço de saúde⁶, e o último componente é a utilização prévia de serviços de saúde que permite a compreensão dos padrões de uso da população e inclui desde o modo como se organiza a rede para atender a demanda até as respostas da comunidade com a assistência obtida.

O reconhecimento de que a situação de saúde e a utilização de serviços variam significativamente dependendo do contexto e das singularidades de cada indivíduo, lança luz sobre a importância da acessibilidade enquanto instrumento capaz de conferir direcionalidade à intervenção, identificando os fatores que dificultam, bem como os que facilitam a busca e obtenção por cuidados.

Com o intuito de explicitar que as distintas características da população podem determinar a possibilidade de ingressar ou não ao sistema de serviços de saúde, um novo diagrama é esquematizado para relacionar os indicadores levantados ao problema central elencado na pesquisa, o retardo no diagnóstico da TB, cujo foco está ajustado sob o olhar do doente (Figura 1).

Assenta-se na prerrogativa que o indivíduo suspeito de TB possui atributos individuais que determinam seu comportamento de procura de cuidados e, por conseguinte, influencia diretamente no intervalo de tempo que o mesmo demora em buscar assistência em saúde para descobrir seu diagnóstico.

Na perspectiva de identificar aspectos da singularidade dos sujeitos que podem influenciar o acesso ao serviço de saúde, este estudo analisa o tempo decorrido entre o aparecimento dos sinais e sintomas da TB e a procura pelo primeiro serviço de saúde segundo os indicadores propostos por Aday e Andersen.⁶



PCT: Ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose; USF: Unidade de Saúde da Família.

Figura 1 - Diagrama de estudo do retardo no diagnóstico da tuberculose na perspectiva do atraso do doente

MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa epidemiológica, seccional (inquérito), de abordagem quantitativa, realizada em João Pessoa-PB, município eleito pelo Ministério da Saúde como prioritário ao controle da tuberculose. Conta com 702.234 habitantes e organiza a atenção à saúde de forma regionalizada, em cinco Distritos Sanitários, com 180 Unidades de Saúde da Família (USFs), perfazendo uma cobertura de 84%. Para os casos de TB coexistem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

O universo do estudo foi constituído por pacientes em tratamento de TB residentes em João Pessoa, sendo excluídos os pacientes menores de 18 anos e a população carcerária. O tamanho da amostra estimada foi calculada através do programa *Statistic* (usando os comandos *Several means*, *ANOVA*, *1-Way*) e, considerando os parâmetros: probabilidade do erro tipo I = 0,05; probabilidade do erro tipo II = 0,20; e variação devido ao erro = 0,2, determinou-se que

seriam necessários 100 informantes.⁷ A seleção dos casos foi por conveniência devido à necessidade de coletar dados de todos os doentes em tratamento.

Os dados foram coletados nos meses de julho a outubro de 2009 por meio de fonte primária – entrevistas com doentes. O questionário utilizado foi adaptado e validado,⁸ contendo indicadores de avaliação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Para este estudo foram eleitas 17 variáveis, selecionadas a partir do eixo de determinantes individuais do acesso proposto por Aday e Andersen,⁶ e que se adequavam aos indicadores de “predisposição”, “disponibilidade”, “necessidade” e “utilização prévia”. Predisposição: sexo, idade, raça/cor, estado civil, crença ou religião e escolaridade. Disponibilidade: ocupação, renda mensal e número de pessoas que dependem da renda. Necessidade: frequência com que via propagandas/campanhas/trabalhos educativos antes de adoecer, alguém da família fez tratamento para TB, avaliação do conhecimento da TB antes de adoecer e intensidade dos sintomas. Utilização prévia: primeiro local procurado nos episódios

anteriores de adoecimento; frequência em que procurava serviços de saúde para controle preventivo; frequência em que procurava serviços de saúde para consulta de rotina/exame de rotina; e frequência em que procurou pelo serviço de saúde mais perto da residência quando adoeceu.

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*. A análise estatística para cálculo do tempo o tempo em dias decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da TB e a busca pelo primeiro serviço de saúde foi feita com base em uma medida de tendência central: a mediana. Para acusar uma associação estatisticamente significativa entre os valores medianos e os determinantes individuais, foram aplicados testes não

paramétricos de *Mann Whitney e Kruskal Wallis*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o protocolo de n. 0589. Foi garantido o sigilo das informações e o consentimento por escrito foi solicitado aos entrevistados.

RESULTADOS

Ao analisar o tempo em dias decorridos entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde segundo as variáveis relacionadas ao indicador “predisposição”, constata-se evidência suficiente para rejeitar a afirmativa de que as variáveis “estado civil” e “escolaridade” possuem categorias de resposta com medianas iguais (valores de $p=0,0083$ e $0,0385$, respectivamente) e, conseqüentemente, pelo menos uma das medianas parece ser diferente (Tabela 1).

Tabela 1 - Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde, segundo as variáveis relacionadas ao indicador “predisposição”. João Pessoa-PB, 2009

Variáveis sociodemográficas dos doentes de TB	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	p
Sexo					
Feminino	28	27,7	25,5	[7,5; 52,5]	0,7772
Masculino	73	72,3	20,0	[7,0; 60,0]	
Faixa Etária					
Até 40 anos	57	56,4	30,0	[8,0; 60,0]	0,1599
Maior que 40 e menor que 60	31	30,7	20,0	[7,0; 40,0]	
60 anos ou mais	13	12,9	8,0	[7,0; 30]	
Raça/Cor (n=97)*					
Branco	22	22,7	15,0	[7,0; 30,0]	0,5928
Negro	19	19,6	20,0	[7,0; 40,0]	
Pardo	56	57,7	30,0	[8,0; 60,0]	
Estado civil					
Solteiro	45	44,6	30,0	[15,0; 90,0]	0,0083
Casado/União estável	50	49,5	15,0	[7,0; 30,0]	
Separado/Divorciado/Viúvo	6	5,9	6,5	[3,0; 8,0]	
Crença ou religião (n=97)*					
Sem religião	19	19,6	15,0	[7,0; 45,0]	0,7158
Católica	52	53,6	25,0	[8,0; 60,0]	
Evangélica	26	26,8	17,5	[7,0; 60,0]	
Escolaridade					
Até oito anos de estudo	65	64,4	30,0	[14,0; 60,0]	0,0385
Mais de oito anos de estudo	21	20,8	14,0	[5,0; 30,0]	
Sem escolaridade	15	14,8	8,0	[5,0; 30,0]	

* Excluídas as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo ($n<5$).

Verifica-se que os indivíduos solteiros e com até oito anos de estudo foram os que mais demoraram a procurar um serviço de saúde quando se

perceberam doentes, apresentando valor mediano de 30 dias em ambos os casos.

Quanto ao perfil econômico influenciar o in-

intervalo de tempo entre a percepção da doença e a busca por cuidados médicos, identifica-se diferença estatisticamente significativa nos valores das medianas apenas da variável “situação empregatícia” ($p=0,0232$) (Tabela 2). Observa-se que os doentes

desempregados, afastados ou do lar apresentam um atraso maior de 30 dias para procurar uma porta de entrada ao sistema de saúde quando comparados aos empregados, autônomos ou aposentados.

Tabela 2 - Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde, segundo as variáveis relacionadas ao indicador “disponibilidade”. João Pessoa-PB, 2009 (n=101)

Variáveis econômicas dos doentes de TB	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	p
Situação empregatícia					
Desempregado	33	32,7	30,0	[15,0; 90,0]	0,0232
Empregado/Autônomo	34	33,7	15,0	[8,0; 30,0]	
Aposentado	17	16,8	8,0	[5,0; 15,0]	
Outros*	17	16,8	30,0	[14,0; 60,0]	
Renda mensal da família†					
Até 0,5 salário mínimo	12	11,9	35,0	[17,5; 105,0]	0,2171
De 0,5 a 1 salário mínimo	39	38,6	20,0	[8,0; 60,0]	
Acima de 1 salário mínimo	50	49,5	15,0	[7,0; 30,0]	
Número de pessoas que dependem da renda					
Até 3 pessoas	35	34,6	30,0	[8,0; 45,0]	0,1795
De 4 a 6 pessoas	53	52,5	15,0	[7,0; 45,0]	
Mais de 7 pessoas	13	12,9	30,0	[15,0; 150,0]	

* A categoria “outros” corresponde aos estudantes, afastados ou do lar; † Salário mínimo: R\$ 465,00.

Já avaliando a relação entre variáveis relacionadas ao indicador “necessidade” e o período para buscar atendimento de saúde, os resultados mostram que o perfil de conhecimento não

determinou precocidade ou demora no tempo de busca entre os doentes de TB, pois todas as variáveis apresentam medianas equivalentes ($p>0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde, segundo as variáveis relacionadas ao indicador “necessidade”. João Pessoa-PB, 2009 (n=101)

Variáveis de conhecimento dos doentes de TB	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	p
Acesso propagandas/trabalhos educativos					
Nunca	48	47,5	15,0	[7,0; 60,0]	0,7185
Às vezes	32	31,7	30,0	[8,0; 60,0]	
Sempre	21	20,8	30,0	[8,0; 30,0]	
Tratamento progressivo para TB em familiares					
Sim	36	35,6	20,5	[7,5; 60,0]	0,9182
Não	60	59,4	20,0	[7,0; 52,5]	
Não sabe	5	5,0	20,0	[8,0; 30,0]	
Conhecimento prévio sobre TB (n=97)*					
Ruim	80	82,5	20,0	[7,5; 52,5]	0,5691
Regular	17	17,5	30,0	[7,0; 60,0]	
Intensidade dos sintomas					
Fraco	8	7,9	32,5	[8,5; 60,0]	0,5649
Moderado	20	19,8	30,0	[9,0; 90,0]	
Forte	73	72,3	20,0	[7,0; 40,0]	

* Excluídas as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo ($n<5$).

O mesmo ocorre quando analisado o intervalo de tempo em relação à utilização prévia do sistema de saúde por parte dos doentes de TB (Tabela 4). Fazer uso ou não de uma unidade de

saúde antes do episódio da doença não determinou disparidades entre o número de dias de cada variável deste indicador, evidenciando-se que as medianas são proporcionais ($p > 0,05$).

Tabela 4 - Mediana do tempo em dias que o doente demorou para procurar o primeiro serviço de saúde, segundo as variáveis relacionadas ao indicador "utilização prévia". João Pessoa-PB, 2009 (n=101)

Variáveis de utilização prévia de serviços de saúde	Tempo decorrido entre o início dos sintomas da doença e a primeira procura por um serviço de saúde				p
	n	(%)	Mediana	Quartil 25 e 75	
Primeiro local procurado nos episódios anteriores de adoecimento					
Serviços de saúde	63	62,4	20,0	[7,0; 40,0]	0,2090
Outros*	10	9,9	15,0	[8,0; 20,0]	
Nenhum	28	27,7	32,5	[7,5; 120,0]	
Procura por SS* para controle preventivo					
Sempre	23	22,8	30,0	[14,0; 60,0]	0,7749
Às vezes	21	20,8	21,0	[14,0; 45,0]	
Nunca	57	56,4	15,0	[7,0; 60,0]	
Frequência da procura por SS próximo à residência para consulta/exame de rotina					
Sempre	22	21,8	25,5	[8,0; 30,0]	0,6354
Às vezes	16	15,8	17,5	[7,0; 30,0]	
Nunca	63	62,4	20,0	[8,0; 60,0]	
Procurou pelo SS mais perto da residência quando adoeceu					
Sim	52	51,5	20,5	[7,0; 60,0]	0,9757
Não	49	48,5	15,0	[8,0; 60,0]	

* A categoria "outros" refere-se a locais religiosos, benzedeiros ou farmácia; * SS: Serviço de Saúde.

Em relação ao tempo decorrido entre o início dos sintomas de TB e a primeira procura por um serviço de saúde, independente dos determinantes individuais, constata-se valor mediano igual a 20, primeiro quartil igual a 7 e terceiro quartil de 60 dias. Valores extremos foram observados, identificando demora de até um ano na procura por obtenção de cuidados.

DISCUSSÃO

Alguns estudos mostram que o atraso de tempo entre o início dos sintomas e o primeiro contato do usuário com um profissional de saúde é maior entre os usuários do sexo masculino.⁹⁻¹³ A diferença dos papéis sociais entre homens e mulheres, é apontada como determinante de distintos riscos de exposição ou do acesso aos cuidados em saúde. Estudo realizado em Tamil Nadu, Sul da Índia, aponta que os homens empregados encontram dificuldades de tirar licença do trabalho para procurar os serviços. Entre as mulheres a disponibilidade de tempo para a procura dos serviços de saúde durante o horário em que estão abertos e a oportunidade que apresentam para visitar as unidades em prol da saúde dos

seus filhos são apontados como potentes condicionantes de utilização.⁹

Tal evidência também pode estar relacionada ao modelo naturalizado de masculinidade em que o corpo masculino é visto como resistente e forte para o trabalho, capaz de enfrentar qualquer dificuldade para desempenhar sua função de mantenedor da família, ocasionando demora na identificação de suas necessidades e retardo na busca por cuidados de saúde.¹⁴

Outras diferenças entre sexo e papéis de gênero também podem influenciar o desenvolvimento e o desfecho da TB quando analisadas sob a perspectiva do comportamento, como a má alimentação, uso abusivo de álcool, tabagismo e drogas que podem resultar na diminuição da imunidade e, por conseguinte, no surgimento da doença. Estudo desenvolvido na Índia verificou que o risco de progressão da infecção para a TB pulmonar foi 8,6% nos homens e 3,1% nas mulheres, ressaltando que quase a totalidade dos alcoolistas e fumantes era do sexo masculino. Em uma análise minuciosa, em que excluiu-se deste grupo (alcoolistas e fumantes) a relação da progressão da infecção entre masculino e feminino foi reduzida.¹⁵⁻¹⁶

Estudos brasileiros reiteram que a presença de mulheres nos serviços de atenção primária é mais frequente que a de homens.¹⁰⁻¹¹ Atribui-se tal ocorrência ao comportamento masculino, sob duas vertentes: a socialização (tempo destinado ao trabalho, sair com amigos, prazeres noturnos, etc.) e o processo de cuidar desvinculado da prática masculina.¹²⁻¹³

Entretanto, este fenômeno não é uma regra, difere entre localidades e traduz expressões culturais distintas. No Vietnã, por exemplo, as mulheres demoram mais a procurar um serviço de saúde, buscam estabelecimentos de baixa qualidade, habitualmente se automedicam e se isolam por apresentar mais medo de sofrer com o estigma da doença.¹⁷

Não obstante, neste estudo não foi constatado maior demora para procurar um serviço de saúde quando comparado às medianas de tempo entre os sexos feminino e masculino. Do mesmo modo, o tempo de procura não foi influenciado pela faixa etária, divergindo de estudos internacionais nos quais a demora do paciente pela procura por cuidados de saúde esteve associada a populações acima de 45 anos e à velhice.⁴⁻⁵

No quesito raça/cor, é sabido que as pessoas da raça negra têm chance duas vezes maior de contrair TB do que os brancos.¹⁸ Incorre que este grupo possui menor grau de escolaridade, baixa remuneração, posição inferior no mercado de trabalho, precárias condições de moradia e acesso reduzido aos serviços de saúde.¹⁹ No Brasil, pesquisa²⁰ aponta que os brancos têm chances aumentadas em 3% de consumir serviços de saúde, além de que seus favorecimentos sociais os levam a dispor de melhores recursos na área da saúde. No estudo observa-se que 50% dos doentes brancos iniciaram seu percurso no sistema de saúde pelos serviços especializados que em sua maioria se constituem de consultas particulares sob pagamento direto. Todavia, não foi identificada associação entre a variável raça/cor e tipo de serviço de saúde procurado no atual estudo, até porque a condição de "ser pobre" os iguala.

Quanto a influência do estado civil para obtenção por cuidados em saúde, estudos mostram que homens casados ou com companheiras têm maior prevalência de consultas médicas.²¹⁻²² Estes achados legitimam os resultados encontrados nesta pesquisa, na qual a variável estado civil determinou maior tempo de demora para buscar assistência em saúde na categoria dos indivíduos solteiros (30 dias de atraso).

Em relação à religião, observou-se que os doentes seguem as tendências predominantes no país: católica e evangélica. Apesar das controvérsias científicas relacionadas à espiritualidade e o campo da saúde, sabe-se que as crenças podem levar as pessoas a atitudes extremas durante a vida. No processo de enfrentamento da doença ou problema de saúde, podem recorrer exclusivamente a recursos espirituais/religiosos, desconsiderando o auxílio médico e uso de tecnologias terapêuticas. Mesmo havendo a possibilidade desses riscos alterarem o padrão de comportamento de procura de cuidados em saúde, neste estudo a variável religião não influenciou diferenças estatisticamente significativas no tempo de procura de cuidados de saúde.

Quanto ao nível de escolaridade, pesquisas assinalam que indivíduos com níveis mais baixos de educação são menos propensos a usar serviços de saúde, o que por conseguinte, interfere no processo de identificação da doença.¹⁻² Estes apontamentos ratificam o resultado deste estudo, ao mostrar que entre os doentes com pouca escolaridade, a mediana do tempo de demora em busca por cuidados foi de 30 dias.

O segundo indicador analisado, a disponibilidade, mostrou que 11,9% dos doentes de TB investigados, vivem com até meio salário mínimo e 38,6% com até um salário mínimo, o que corresponde a 50,5% do total de entrevistados sobrevivendo com aportes insignificantes de renda, sendo o percentual de doentes empregados/autônomos equivalentes aos dos desempregados. A situação econômica agrava-se em famílias numerosas, as quais dependem de irrisório suporte financeiro.

As influências socioculturais e econômicas vêm sendo amplamente discutidas como fatores predisponentes ao retardo do diagnóstico da TB.²³⁻²⁶ O estigma, a pobreza, a não aceitação da doença, a impossibilidade de faltar ao emprego para comparecer ao serviço de saúde e/ou pagar meios de transporte para comparecer às consultas, colaboram com essa problemática.³

Estudo realizado em Shanghai evidenciou que condições de baixa renda, marginalização e falta de evidências clínicas para a TB, a exemplo do indício de hemoptise, contribuem com uma média de atraso de 21 dias para o diagnóstico da TB.³

No presente contexto, a renda não esteve associada ao atraso do doente de TB. Entretanto, a situação empregatícia determinou prolongamento do tempo de procura por atendimento médico entre os doentes desempregados, afastados ou do lar,

corroborando com estudo brasileiro, desenvolvido em Recife-PE, o qual mostrou que a condição de desemprego esteve significativamente associada ao atraso do doente nos cuidados com a TB.²⁷

Referente ao terceiro indicador estudado, a necessidade, a literatura aponta que a auto-percepção da saúde gera utilização de serviços. O entendimento da gravidade do problema e a necessidade de intervenções curativas leva o cidadão a um senso crítico do seu estado e a ser agente ativo no evento. No caso da TB, estudos apontaram que a percepção de alterações fisiopatológicas, como tosse, perda de peso, hemoptise repercutiu em maior agilidade para obtenção de cuidados.^{1,3,27} Por outro lado, a ausência de entendimento legítima a passividade do doente ou lhe confere um direcionamento inapropriado do que deve ser feito frente ao agravamento. Tais condições podem potencializar o retardo ao diagnóstico, como evidenciado em estudo realizado na Etiópia, em que longos períodos de atraso foram influenciados pela falta de percepção da necessidade de buscar atendimento de saúde.²⁸

Embora neste estudo não tenha sido encontrada associação entre as variáveis do perfil de conhecimento do doente em relação ao tempo transcorrido na procura por um serviço de saúde, chama atenção que na avaliação de 82,5% dos doentes o conhecimento sobre a doença foi considerado ruim, mesmo que uma pequena parcela já tenha tido contato com um doente de TB na família. Ainda mais preocupante foi constatar que as ações educativas continuam inexpressivas e que a procura por cuidados de saúde se deu predominantemente pelo agravamento dos sintomas, ou seja, após um período relevante de adoecimento.

Essa lacuna do desconhecimento e a consequente falta de autonomia para gerir o processo saúde-doença abre espaço para discutir o quarto indicador – utilização prévia de serviços de saúde. Entre os doentes entrevistados foi constatado que 62,4% utilizaram previamente os serviços de saúde em adoecimentos progressivos a TB. Em contrapartida, 56,4% nunca procuraram pelo serviço de saúde para realizar controle preventivo, indicando baixa inserção das ações dos serviços de atenção básica no cotidiano destes indivíduos.

A expectativa é que seja criado, a partir do uso frequente de um mesmo serviço, vínculo e confiança entre o usuário e a equipe, permitindo uma maior interação e influência destes na situação de saúde da comunidade, como identificação precoce de um problema de saúde. Porém, o uso

frequente de serviços de saúde não determinou menor periodicidade em descobrir a TB nesta investigação.

Da mesma forma, seria esperado que a variável relacionada à proximidade do serviço ao domicílio do doente pudesse influenciar o tempo gasto para procurar o primeiro serviço de saúde a fim de diagnosticar a TB. Pesquisas apontam que a localização geográfica e consequente dificuldade de acesso aos serviços de saúde ocasiona procura de provedores de cuidados não-formais ou adoção de práticas alternativas para combater os sintomas, resultando em extensos períodos de atraso até ao diagnóstico da doença.^{2,4,28} Entretanto, neste estudo, não foi encontrada evidência de associação entre o tempo em dias que o doente demorou a procurar por cuidados de saúde e a localização das modalidades de serviços investigadas.

Pesquisa que analisou do tempo médio de retardo ao diagnóstico entre países periféricos e de alta renda verificou variação de 4,9 a 162 dias de demora relativa ao início dos sintomas até a primeira consulta em um serviço de saúde, com mediana de 31,7 dias entre os 46 países periféricos e 25,8 dias nos 10 países de alta renda, comprovando-se atrasos estatisticamente semelhantes (p-valor 0,637).²⁹

Comparando os achados da pesquisa²⁹ com o valor mediano encontrado neste estudo (20 dias de demora), verificam-se escores equivalentes de atraso nos dois grupos de países pesquisados: Etiópia (1998) – 15 dias, Índia (1997-1998) – 20 dias, Índia (2003) – 21 dias; China (2006) – 19 dias, Malásia (1994) – 15 dias, Japão (1997) – 21 dias, Estados Unidos (1994) – 25 dias e Hong Kong (2004) – 20 dias.

No entanto, o relevante não é que o número de meses ou dias seja inferior ou superior a um padrão esperado de atraso, mas as consequências individuais e coletivas de cada minuto que um portador ativo da TB passa sem os cuidados necessários. O conhecimento da realidade das comunidades, incluindo também instituições vulneráveis como o sistema prisional,³⁰ e do modo de andar a vida dos seus indivíduos pode fortalecer as relações entre equipes/usuários e promover agilidade na busca e obtenção de cuidados.

CONCLUSÃO

Ao analisar a mediana do tempo em dias que o doente de TB demorou para procurar os serviços de saúde verificou-se diferença estatísti-

camente significativa nos valores das medianas das variáveis “estado civil” ($p=0,0083$), “escolaridade” ($p=0,0385$) e “situação empregatícia” ($p=0,0232$). Os indivíduos solteiros, com até oito anos de estudo e desempregados, estudantes, afastados ou do lar foram os que mais demoraram a procurar um serviço de saúde (30 dias).

O modelo teórico utilizado confirmou a presença de fatores predisponentes que favorecem as desigualdades na busca e obtenção de cuidados. No entanto, a interpretação das variáveis selecionadas não leva em conta a variabilidade e a dinâmica de seus significados sociais concretos. Uma das limitações dos estudos de associações é que decompõe o todo a partes, associadas entre si por relações lineares de causa-efeito, e assim, lidam com uma positividade condicional inerente a um discurso que abstrai a variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados das práticas sociais em que tais possibilidades de adoecimento são vividas e experienciadas.

Reconhecendo que as ações de controle da doença assumem diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários, espera-se que sejam incluídos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, rotinas e processos de busca sistemática das necessidades de saúde, e desenvolvidas habilidades para reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico, no qual se dá o encontro do sujeito e equipe.

REFERÊNCIAS

- 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*. 2005 Set; 9(9):992-8.
- Salaniponi FML, Harries AD, Banda HT, Kang'ombe C, Mphasa N, Mwale A, et al. Care seeking behaviour and diagnostic processes in patients with smear-positive pulmonary tuberculosis in Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000 Abr; 4(4):327-32.
- Wang W, Jiang Q, Abdullah ASM, Xu B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *Eur J Public Health*. 2007 Out; 17(5):419-42.
- Yimer S, Bjune G, Alene G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Infect Dis*. 2005 Dez; 5(112):1-7.
- Ward J, Siskind V, Konstantinos A. Patient and health care system delays in Queensland tuberculosis patient 1985-1998. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001 Nov; 5:1021-7.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* [online]. 1974 [acesso 2011 Out 14]; 9(3):208-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
- Hair Junior JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre (RS): Bookman; 2005.
- Villa TCS, Ruffino Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009 Jun; 35(6):610-2.
- Balasubramanian R, Garg R, Santha T, Gopi PG, Subramani R, Chandrasekaran V, et al. Gender disparities in tuberculosis: report from a rural DOTS programme in south India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004 Mar; 8(3):323-32.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687-707.
- Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005, 10(1):105-9.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000 Mai; 50(10):1385-401.
- Sá LD, Santos ARBN, Oliveira AAV, Nogueira JA, Tavares LM, Villa TCS. O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar. *Texto Contexto Enferm*. 2012; Abr-Jun; 21(2):409-17.
- Costa-Júnior FM, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psic Teor Pesq*. 2009 Jan-Mar; 25(1):55-63.
- World Health Organization. Gender and tuberculosis. Geneva (SW): WHO; 2002.
- World Health Organization. Gender in tuberculosis research. Geneva (SW): WHO; 2004.
- Thorson A, Hoa NP, Long NH. Health-seeking behavior of individuals with a cough of more than 3 weeks. *Lancet*. 2000 Nov; 356(9244):1823-4.
- Programa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) [online]. Relação entre a ocorrência de tuberculose e um conjunto de fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde da população brasileira usando a PNAD 2003. 2010 [acesso 2010 Dez 10]. Disponível em: http://www.ime.unicamp.br/sinape/sites/default/files/Trabalho_19Sinape.PDF
- Batista LE. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte [tese]. Araraquara (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências e Letras; 2002.
- Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(Supl):77-87.
- Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público

- de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2011 Abr; 45(3):475-84.
22. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Soc Sci Med.* 2004 Nov; 59(10):2121-9.
23. Needham DM, Godfrey-Faussett P, Foster SD. Barriers to tuberculosis control in urban Zambia: the economic impact and burden on patients prior to diagnosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998 Oct; 2(10):811-7.
24. Lawn SD, Afful B, Acheampong JW. Pulmonary tuberculosis: diagnostic delay in Ghanaian adults. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998 Ago; 2(8):635-40.
25. Long NH, Johansson E, Lönnroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan VK. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999 Mai; 3(5):388-93.
26. Greene JA. An ethnography of nonadherence: culture, poverty, and tuberculosis in urban Bolivia. *Cult Med Psychiatry.* 2004 Set; 28:401-25.
27. Santos MAPS, Albuquerque MFP, Ximenes RAA, Lucena-Silva NLCL, Braga C, Campelo ARL, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. *BMC Public Health.* 2005 Mar; 5(25):1-8.
28. Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. *BMC Public Health.* 2002 Set; 2:23.
29. Sreeramareddy CT, Panduru KV, Menten J, Ende JV. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis.* 2009 Jun; 9:91.
30. Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. *Texto Contexto Enferm.* 2012; Jan-Mar; 21(1):17-25.