

Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social

Why do tuberculosis patients look for urgency and emergency unities for diagnosis: a study on social representation

Regiane de Paula^I, Fernando Lefevre^{II}, Ana Maria Cavalcanti Lefevre^{III},
Vera Maria Neder Galesi^{IV}, Daniela Schoeps^{II}

RESUMO: *Objetivo:* Conhecer as representações sociais de pacientes e profissionais que atuam na área de tuberculose sobre os motivos da busca de diagnóstico e tratamento nas unidades de urgência e emergência e não nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa de Saúde da Família próximos à sua residência. *Métodos:* A pesquisa foi realizada nos serviços de saúde dos municípios de Guarulhos e São Paulo, em unidades hospitalares e UBS. Foram entrevistados 20 pacientes e 20 funcionários dessas unidades e para a análise dos depoimentos foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. A pergunta apresentada aos usuários foi “Por que o Sr.(a) procurou a urgência/emergência do hospital e não a UBS para saber se tinha tuberculose?” Aos profissionais foi perguntado “Por que você acha que o paciente busca diagnóstico no pronto-socorro/hospital e não na UBS?”. *Resultado:* Como resultado encontramos duas grandes categorias explicativas: (A) Padrões culturais e (B) Falhas da rede básica. *Conclusão:* A análise das duas vertentes explicativas mostra que as ações desencadeadas pelos serviços de saúde devem levar em conta os padrões culturais presentes no imaginário social da população; que as equipes de saúde devem receber treinamento sobre conhecimentos específicos da tuberculose; que há necessidade de contratação de recursos humanos para as unidades básicas de saúde e mais insumos destinados à programação.

Palavras-chave: Representação social. Tuberculose. Serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Cultura organizacional. Profissionais de Saúde.

^IInstituto Educatie de Ensino e Pesquisa – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Divisão de Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde de Estado – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Daniela Schoeps. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Avenida Doutor Arnaldo, 715, Cerqueira Cesar, CEP: 01246-904, Sao Paulo, SP, Brasil. E-mail: danischoeps@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos (DAHW).

ABSTRACT: *Objective:* To understand the social representations of patients and professionals working in the field of tuberculosis, on the reasons for seeking diagnosis and treatment in the emergency room and not in the primary health care units called *Unidades Básicas de Saúde* (UBS) or in the health program *Programa de Saúde da Família* near their residence. *Methods:* The survey was conducted in the health services in the municipalities of São Paulo and Guarulhos, Brazil, in hospitals and UBS. We interviewed 20 patients and 20 employees of these units, using the Collective Subject Discourse methodology to analyze their statements. The question presented to the users was: "Why did you seek the urgent emergency hospital and not the UBS to see if you had tuberculosis?" For professionals it was asked: "Why do you think the patient seeks diagnosis in the hospital and not in the UBS?" *Results:* As a result, two categories were found: (A) the cultural patterns; and (B) faults of the basic network. *Conclusion:* Analysis of the two explanatory dimensions show that the actions triggered by the health services should take into account the cultural patterns present in the social imaginary of the population; the health staff should receive training on specific knowledge of tuberculosis; there is a necessity of hiring human resources for the UBS and more inputs for programming.

Keywords: Social representation. Tuberculosis. Health services. Primary health care. Organizational culture. Health Personnel.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um sério problema social, econômico e de saúde pública. Estima-se que ocorram oito milhões de casos novos de TB em todo o mundo a cada ano. Mais de dois milhões de mortes anuais são devidas à TB, que mata mais jovens e adultos do que qualquer outra doença infecciosa¹. A importância dessa doença é maior nos países em desenvolvimento, nos quais ocorrem 95% dos casos, em razão de seus fortes componentes sociais e econômicos¹. As pessoas com baixa renda vivendo em comunidades urbanas densas, com condições precárias de habitação e famílias numerosas têm maior probabilidade de se infectar, adoecer e morrer de TB². Nos países desenvolvidos, a TB é considerada um problema de saúde pública reemergente³.

Com o surgimento da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS), em 1981, observa-se, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, um crescente número de casos notificados de TB em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A associação dessas duas enfermidades constitui um sério problema de saúde pública, levando ao aumento da morbidade e da mortalidade pela TB em muitos países^{2,4}. As metas internacionais estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pactuadas pelo governo brasileiro são descobrir 70% dos casos de tuberculose estimados e curar pelo menos 85%, para que seja possível o controle da doença⁵.

No ano de 2011, o Brasil notificou 69.245 casos com um coeficiente de incidência de 36 casos por 100 mil habitantes, sendo que nos últimos 10 anos houve uma queda de 15,9% na incidência⁶. O Estado de São Paulo também teve um declínio nas taxas de incidência nos últimos 10 anos, de 20,2%, comparando 2000 e 2010. No entanto, no ano de 2009, ano da pesquisa, foram diagnosticados 15.785 casos novos com uma taxa de incidência de 37,9 por 100 mil habitantes e em 2011 foram descobertos 16.565 casos novos com uma taxa de 39,8. São Paulo é o estado com maior número absoluto de casos de TB devendo, por isso, ter como uma prioridade o controle da TB⁷.

O diagnóstico de casos de TB nos grandes centros urbanos se dá com frequência na urgência e emergência por vários fatores. Segundo dados da Secretária Estadual de Saúde de São Paulo através do Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose do Estado (TBWEB), a proporção de casos diagnosticados nos serviços de urgência e emergência em 2009, ano do estudo, foi de 26,1% em Guarulhos e 24,3% na capital. Segundo Long et al.⁸, as emergências são amplamente utilizadas pelos pacientes de TB de todas as regiões urbanas do mundo para o diagnóstico da doença.

A busca ativa de casos de TB é uma atividade de saúde pública orientada a identificar as pessoas que transmitem a TB (doentes bacilíferos) e é a melhor medida para reduzir a transmissão da doença². Essa atividade deve ser realizada permanentemente através da identificação e do exame imediato de pessoas com tosse há mais de três semanas — sintomático respiratório (SR) — que procurem atenção nos serviços de saúde (consultas, exames, vacinas, curativos, internações, etc.). Para isso, é necessário que os profissionais de saúde pensem e saibam que a doença existe e que a tosse prolongada pode ser TB. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) não realizam rotineiramente a atividade de busca ativa por terem dificuldades operacionais e de prioridade na execução⁹. Pesquisa realizada pela Divisão de Tuberculose do Estado de São Paulo (CVE) e pela Secretaria de Saúde de Guarulhos mostrou que a população do sexo masculino em idade produtiva é a que menos busca o atendimento nas UBS. Essa é justamente a fração mais acometida pela TB¹⁰.

Pelas razões expostas julgou-se pertinente um estudo para conhecer as representações sociais de pacientes e profissionais que atuam na área de TB sobre os motivos de busca de diagnóstico e tratamento nas unidades de urgência e emergência e não nas UBS e no Programa de Saúde da Família (PSF) próximos à sua residência.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em hospitais e UBS com objetivo de entrevistar profissionais de saúde e pacientes de TB. Foram selecionados dois hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios de São Paulo e Guarulhos que realizaram diagnóstico e tratamento de TB no período da pesquisa e duas UBS no município de São Paulo e uma em Guarulhos próxima aos hospitais nos quais foram realizados os diagnósticos. No total foram realizadas 40 entrevistas, sendo 20 em cada município. Foram entrevistados 20 pacientes (10 em cada

município) com idade acima de 15 anos e que foram diagnosticados com TB nos hospitais do estudo. As entrevistas também foram realizadas com 20 profissionais de saúde (10 em cada município). Definiu-se como critério que esses tivessem formação de nível médio ou superior, que trabalhassem em UBS ou no PSF nos quais os pacientes fazem o tratamento supervisionado e que atuassem na área de TB realizando tratamento supervisionado dos pacientes diagnosticados.

As entrevistas dos pacientes foram realizadas na unidade e/ou por meio de visita domiciliar, até se alcançar o número previsto por município, no ano de 2008 e primeiro semestre 2009. Os profissionais foram entrevistados em seu local de trabalho. A amostra do presente estudo é de conveniência, por se tratar de um estudo predominantemente qualitativo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Protocolo nº 22/07. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Em relação ao perfil dos pacientes entrevistados, dos 20 pacientes, 12 eram do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Desses, 4 tinham menos de 30 anos, 11 estavam na faixa entre 30 e 49 anos incompletos, 4 tinham 49 anos ou mais, e para 1 não havia essa informação. Em relação à escolaridade, 12 tinham ensino fundamental completo, 6 tinham o ensino médio e para 2 deles não havia essa informação. Quanto à raça, oito eram da raça branca, três pardos, seis negros e para três não havia essa informação. Em relação ao estado civil, oito eram casados, sete solteiros, dois separados, dois amigados e um sem informação. Quanto ao número de filhos, dois se declararam sem filhos, três com um filho, oito com dois filhos, seis com três filhos ou mais e um sem informação.

Quanto ao perfil dos profissionais entrevistados, dos 20 profissionais entrevistados, 2 eram do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Quanto à idade, 1 tinha menos de 30 anos, 17 estavam na faixa entre 30 e 49 anos incompletos, 2 tinham 49 anos ou mais. Em relação à escolaridade, um tinha ensino fundamental completo, nove tinham o ensino médio, cinco tinham ensino superior, quatro especialização e um deles mestrado completo. Quanto à função, foram entrevistados três agentes comunitários, oito profissionais de ensino médio e nove profissionais de nível superior. Quanto ao tempo que tinham na função, um deles declarou ter menos de 1 ano, 13 de 1 a 10 anos e 6 declaram ter mais de 10 anos. Neste artigo fizemos um estudo comparativo entre profissionais e pacientes que responderam às seguintes questões:

- FORMULÁRIO PACIENTE: *Por que o Sr.(a) procurou a urgência/emergência (hospital) e não a UBS para saber se tinha tuberculose?*
- FORMULÁRIO FUNCIONÁRIOS UBS/PSF: *Por que você acha que o paciente busca diagnóstico no pronto-socorro/hospital e não na UBS?*

Para análise e processamento dos depoimentos de pacientes e funcionários foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

O DSC consiste numa forma não matemática nem metalinguística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos. Essas operações culminam em discursos-síntese, os DSCs, que reúnem respostas de diferentes indivíduos com conteúdos discursivos de sentido semelhante. Observe-se que os DSCs são emitidos na primeira pessoa do singular, com o objetivo explícito de provocar no leitor a sensação de que se trata do discurso de uma só pessoa. O que se pretende com esse expediente é explicitar o mecanismo básico de funcionamento das representações sociais, que são esquemas ideológicos socialmente compartilhados, mas vividos como opiniões próprias, individuais. Nas pesquisas com o DSC, o pensamento é coletado por entrevistas individuais com questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar. Com o auxílio do software *Qualiquantisoft*^{11,12} pode-se trabalhar com amostras bem selecionadas e relativamente grandes de indivíduos e, graças ao cadastro embutido no programa, segmentar ou filtrar os resultados pelas variáveis de cadastro.

RESULTADOS

Antes de apresentarmos os resultados vale observar que, para facilitar a compreensão e permitir uma visão mais ampla dos resultados, reunimos as categorias e seus correspondentes DSCs em meta ou supracategorias. As metacategorias de respostas que definimos para esta questão foram: padrões culturais e falhas da rede básica.

PADRÕES CULTURAIS DE BUSCA AOS SERVIÇOS

Um grande grupo de explicações para a busca dos hospitais para o diagnóstico de TB está associado a padrões culturais presentes na população usuária dos serviços de saúde.

Padrão 1: preconceito/medo de ser identificado

O preconceito e o medo ainda são motivos revelados pelos profissionais entrevistados para explicar a procura aos serviços de urgência e emergência em detrimento à UBS, uma vez que essa poderia estar localizada mais perto da residência do usuário. Assim, segundo os profissionais, mesmo quando os pacientes conhecem a UBS, muitas vezes preferem buscar os serviços de emergência para não serem reconhecidos.

Antes de apresentar os diversos DSC, vale reiterar que são representações obtidas de diversos depoimentos, apresentadas na primeira pessoa do singular como se fosse o discurso de uma só pessoa. Vejamos o DSC dos profissionais, correspondente a essa categoria:

Pelo próprio estigma, a doença termina levando o paciente a procurar às vezes um hospital nem tão próximo de casa. Às vezes ele vai para o outro lado da cidade onde ele não seja identificado e até muitas vezes ele inicia o tratamento lá, fica acompanhando lá, para não ser identificado dentro da unidade; principalmente se ele mora na área há muito tempo e já conhece muitas vezes vários funcionários daquela unidade. A gente faz as buscas ativas nas casas, no dia-a-dia de visita de rotina e o paciente é abordado se está com tosse. Eles têm uma resistência, um pouco eles têm medo, eles são meio assustados ainda com a palavra 'tuberculose', e quando se fala no exame de escarro, eles até sabem o que é isso, mas eles temem em falar, são resistentes.

Podemos encontrar essa ideia dos profissionais nos discursos de pacientes entrevistados, como no exemplo a seguir.

Eu vou pro hospital porque lá ninguém vai saber o que eu tenho, e no posto não, o posto vai saber, a moça está sempre na minha casa, os meus vizinhos vão ver, então vão saber que eu estou com essa doença.

Padrão 2: esperar ficar muito mal para buscar atendimento

É bastante difundida entre a população a idéia de que os serviços de saúde só devem ser procurados quando as pessoas estão passando mal. Antes disso comumente as pessoas lançam mão da automedicação ou de remédios caseiros para atenuar os mal-estares que sentem. Segundo o DSC dos profissionais de saúde:

Ele (o paciente) vai quando ele está se sentindo muito mal, porque a maioria deles espera ficar ruim primeiro, depois que eles já estão com insuficiência respiratória, às vezes estão com muita dor, aí eles vão direto ao hospital. O hospital acaba suspeitando de tuberculose e acaba fazendo um raio-X ou então já faz um exame de BK aí envia para a gente (UBS) tratar. Às vezes eles tentam se curar em casa, acham que pode ser uma pneumonia, que pode ser uma gripe, e quando eles estão assim num estágio que eles não estão aguentando mais, eles vão e procuram o pronto-socorro para ter uma resposta rápida do que está acontecendo com ele. Tem aquele paciente, que mesmo assim, alguém falando para ele que o agente comunitário vai a casa para dar busca do sintomático, diz para procurar a unidade, diz para fazer o exame do escarro ele não vem, porque ele acha que não é nada, acha que é resultado do fumo que ele tem, resultado de uma gripe mal curada, e quando eles adoecem mesmo e aí começam a ter a febre mais constante, aí eles acabam correndo pro hospital porque acaba sendo uma necessidade deles no momento. Aí já está mais grave, o paciente foi procurar mesmo porque já não está mais aguentando essa tosse, essa febre, então que eles já vão direto para o hospital onde é feito o diagnóstico e eles voltam pra UBS para dar continuidade no tratamento.

O DSC dos pacientes confirma esta afirmação dos profissionais:

Só procurei na hora que eu estava mal mesmo. Então, eu pensei que fosse uma coisinha de nada, que eu sou, sabe, aquelas pessoas meio arcaicas que não procura médico, aí por insistência da família, você acaba indo. Eu não sabia que eu tava com tuberculose, eu não estava com sintoma de tuberculose. A única coisa que me deixou assim foi essa dor, que era uma dorzinha assim, como se aumentasse o volume do rádio e ela ficasse naquele volume os tempos inteiros. Eu nem sabia que tinha, deitava as minhas costas doía, mas eu pensava que era uma gripe forte. Tomava também um chá, um remédio. Demorou bastante para eu procurar, por isso que ela acumulou e ficou mais assim, pior, sei lá. Foi se agravando mais, e quando eu vi, eu já estava vomitando sangue e não passava. Aí que eu piorei e foi que eu vim aqui.

Quando questionados se achavam que os pacientes de TB conheciam UBS, a explicação fornecida pelos profissionais é que, apesar de conhecerem a UBS, a busca pelos serviços só é realizada quando a doença já está avançada.

Conhecem (a UBS), mas a gente tem muita procura aqui quando eles já estão se sentindo mal. A maioria conhece a unidade, conhece o trabalho da tuberculose, daí quando ele está mal, mal mesmo com febrão, chega a escarrar sangue, aí ele vai pro hospital. Geralmente são pacientes que já tem sintomas há muito tempo. Ontem veio pra gente paciente com dois anos de sintoma, então é muito tempo. Quantas pessoas pode ter contaminado, né?

A procura da UBS fica postergada, apesar do fato de que essa deveria ser procurada no início dos sintomas, o usuário termina procurando o atendimento somente quando já está configurada a emergência. O discurso dos profissionais pode ser corroborado pelo discurso dos usuários. O DSC abaixo mostra que, mesmo com sintomas avançados, a referência é *“fui esforçada para o hospital”*.

Eu estava muito ruim. Que eu nem queria ir pro hospital, eu queria ficar em casa. Eu não queria ver ninguém, já não conseguia nem andar direito. Então a urgência do hospital foi por causa das condições que eu estava, acordei de manhã cedo com muita febre, com tosse e uma forte dor no peito, uma tosse que eu não conseguia respirar e uma dor no peito bem forte nessa região aqui, então foi isso que me levou a ir para a emergência no hospital. A minha filha chamou a ambulância e aí veio à ambulância do SAMU e eles me levaram no hospital lá que eu fiquei internada. Mas eu fui esforçada pro hospital.

Padrão 3: homem não procura atendimento à saúde

Outro padrão de comportamento dos usuários apontado pelos profissionais diz respeito ao fato de que homens não têm o hábito de frequentar as unidades de saúde. O DSC abaixo mostra, segundo os profissionais, que as UBS são mais procuradas pelas mulheres e o homem, quando vai ao serviço de saúde, é porque está em estado avançado da doença. Isso explicaria o maior número de pacientes do sexo masculino diagnosticados em hospitais com TB.

Os homens não têm muito hábito de frequentar a unidade de saúde. Eles esperam estar muito mal para frequentarem uma unidade de saúde, e no caso já vão direto ao hospital porque estão mal. Os homens, eu acho que eles se cuidam menos que as mulheres, isso eu percebi, então eles só procuram quando estão mal. Os homens têm uma resistência de procurar a unidade básica e também de cuidar da própria saúde, então eles são os que mais são diagnosticados em hospital e geralmente ficam internados e depois vem com o diagnóstico fichado para tratar da TB.

Quando questionados se achavam que o paciente conhecia a UBS, muitos profissionais responderam que homens, apesar de conhecerem, não vão à UBS porque acreditam que homem não fica doente, não acreditam em prevenção e acham que não precisam cuidar da saúde, como podemos notar no DSC a seguir.

É costume mesmo, está na cabeça do homem de não procurar UBS e para isso precisa de mais comunicação, a começar de escola mesmo, e dos meios de comunicação, falando que os homens precisam procurar a unidade básica, porque eles também adoecem. Ele até conhece de ouvir a esposa falar, a vizinha falar, ou os filhos que já passaram, não é que eles não saibam, mas na cultura deles ainda não entrou na cabeça. Então acredito que tem a cultura do homem, que nunca fica doente, que não precisa de cuidados, que deixa a situação ficar mais grave, para depois procurar uma ajuda.

Padrão 4: imediatismo (a UBS é mais demorada que o hospital)

O imediatismo, isso é, ser atendido rapidamente, receber prontamente o diagnóstico e o medicamento, é outro padrão cultural que faz com que muitos usuários se dirijam aos serviços de emergência sob a alegação que o atendimento nas UBS é mais demorado. O DSC dos profissionais abaixo demonstra essa explicação.

Acho que é uma coisa mais imediatista, eles vão ao hospital e já acham que vai voltar com o medicamento. Hoje em dia, acho que é mais porque, “ah tenho que resolver o problema agora”, e eles acham que no posto não vai resolver e acham que é mais demorado.

A percepção que o serviço de emergência resolve tudo muito mais rapidamente do que a UBS pode ser observada no DSC dos usuários abaixo apresentado.

Porque o hospital era mais perto e eles dão injeção pra asma, né, quando a gente vai ao AMA eles morrem de medo de dar injeção, né, e eu tenho asma muito forte, acho até que eu tive parada cardíaca aquele dia, aqui eles dão o remédio certinho. Então por isso eu vou mais a hospital do que em posto. Ah! Também porque a UBS ia demorar muito, e lá não tem médicos especialistas nisso né, só nesse hospital aqui, então eu tive que ir para lá, para o hospital e procurar a emergência. Também, isso foi pela minha mãe que insistiu porque eu estava com dores e ela preferiu, achou melhor ir no HMU.

Padrão 5: não se pensa em prevenção

Outra explicação dada pelos profissionais para a busca dos serviços de emergência e não o das UBS é que a nossa cultura não absorveu o conceito de prevenção em saúde.

Na verdade, acho que é uma cultura brasileira, não existe prevenção em saúde. Então o paciente quando começa a apresentar sintomas, ele vai no pronto socorro, num PS, uma, duas, três vezes, até chegar no diagnóstico de tuberculose e o hospital é quem está encaminhando pra UBS. Ele só procura o serviço ambulatorial quando é encaminhado de um hospital, isso de uma forma geral, não só no programa de tuberculose.

Padrão 6: a rotina é procurar o hospital e não a UBS

Outro padrão que consiste em procurar os serviços de emergência ao invés de buscar as UBS também foi apontado pelos profissionais, conforme o DSC a seguir.

Eu acho que geralmente esses pacientes não têm acompanhamento aqui, esses pacientes que vem, geralmente eles buscam o hospital na rotina deles. Muito difícil você pegar um paciente de tuberculose, que tem um prontuário aberto da unidade, que já passou no clínico aqui. Geralmente é paciente que vem de hospital, que não tem essa rotina de ambulatório.

Este padrão é também apontado pelos usuários:

Não, eu fui direto no hospital; fui direto para emergência, prefiro ir direto porque lá no HMU, lá eles atendem todo tipo, tanto emergência quanto normal né, e foi nisso que eu descobri que tinha tuberculose.

FALHAS DA REDE BÁSICA

As falhas do sistema de atenção aos usuários nas UBS foram detalhadamente citadas pelos profissionais entrevistados como sendo motivadoras para a procura das unidades de emergência. Essas vão desde diagnóstico, falta de profissionais, falta de acolhimento e falha na busca ativa de SR.

Falha no diagnóstico: os profissionais relatam dificuldades em diagnosticar a TB, sendo que muitos a confundem com pneumonia e gripes, conforme DSC a seguir:

As queixas do paciente não foram investigadas com bastante critério, e muitas vezes ele já procurou a UBS, porém não houve a suspeita de tuberculose pelo profissional por causa dos sintomas que ele tem que são confundidos com uma gripe forte. Eles pensam sempre em pneumonia, e até no próprio hospital é confundido com pneumonia, por isso que demora até para voltar para o posto,

para fazer o exame aqui, e daí sim constatar que é tuberculose. Chega a demorar alguns meses. Às vezes, o paciente passa em consulta, ele vem com uma queixa, que às vezes não é tão específica do sintoma respiratório, então acho que nem todo o profissional pensa em TB, e aí é visto como um resfriado, uma gripe, que não pára nunca, e que esse paciente após várias tentativas em unidades, ele passa e ele não é visto como um suspeito de TB, e ele procura hospital e é identificado como TB.

Os pacientes entrevistados também fizeram referência a falhas no diagnóstico:

Eu passei no posto, passei no médico, e eles falaram que eu não tinha nada. Passou um xarope, um remédio e Dipirona para baixar a febre. Foi isso que aconteceu. Foi o que eu te falei, que a princípio não foi diagnosticado tuberculose, a princípio o diagnóstico era para pneumonia; pneumonia com água no pulmão. Então o tratamento foi direcionado para a pneumonia. Após o primeiro tratamento, checando o que eles mesmos fizeram, me encaminharam para o posto para eu poder fazer os exames e ver se realmente era uma pneumonia ou se estava uma tuberculose escondida.

Falta de especialistas: outra falha do sistema de saúde relatada tanto por profissionais como usuários é a falta de especialistas na rede básica para atender aos pacientes de TB.

“Acho que a falta de médico termina às vezes levando o paciente a procurar outra unidade.” (DSC profissionais)

“Eu vim aqui no posto aí não tinha médico no dia, não tinha médico da minha área.” (DSC usuários)

Falta acolhimento: a falta de acolhimento do usuário que procura a unidade de saúde foi relatada tanto por profissionais como usuários conforme se verifica nos DSCs a seguir.

Profissionais: “Alguns até passam numa UBS, mas eles acabam indo direto numa recepção querendo passar com clínico, aí como não tem um esquema de acolhimento para tentar saber o porquê que ele está procurando um clínico, então lá eles orientam, não tem vaga, e não tem encaixe, aí ele acaba indo para o PA”.

Usuários: “E, olha, foi difícil eu consegui passar lá, porque eu já tinha ficado quase um ano sem passar lá, aí depois eu ainda fui lá umas três vezes, aí falavam que não tinha vaga, falaram que para mim passar tinha que passar num encaixe. Aí, depois, eu vim de novo pro posto, só que aqui a unidade não tinha suporte pra eu ficar internada, pra fazer algum outro tipo de procedimento. Também, foi num sábado também e sábado não abre a UBS.”

Falha na busca ativa de sintomáticos respiratórios: a falha da busca ativa de SR é outra das razões que os profissionais apontam como motivos para os pacientes serem diagnosticados tardiamente, nos hospitais.

Hoje melhorou um pouco essa questão da busca ativa nas unidades, mas ainda precisa melhorar porque a pessoa vem, ninguém ouve muitas das vezes e ela sai daqui e vai pro pronto

socorro e lá que descobre a doença, às vezes falha das unidades básicas de estar pensando em tuberculose, de fazer pergunta, você tosse há quanto tempo, e já com essa pergunta você não precisa ser médico qualquer um da área da saúde pode estar perguntando e já direciona o exame que é o BK. Também a busca ativa não chega até esses locais frequentados por homens e com isso vem a dificultar também o diagnóstico precoce, normalmente quando eles estão internados já estão com três cruzeiros, pulmão comprometido, caverna e tudo mais.

Falta divulgação: os profissionais também citam as falhas da comunicação e educação em saúde, uma vez que campanhas de esclarecimento deveriam ser feitas e direcionadas aos segmentos de maior risco para a doença.

A prevenção é um dos fatores. A divulgação precisa atingir essas pessoas, esses homens, onde eles estão, e geralmente não chega, por exemplo, nos bares, clubes, campos de futebol de várzea, nas associações, nos lugares onde eles ficam para resolver.

Pode-se verificar essa afirmação no discurso dos pacientes que relatam não saber para onde ir e terminam sem atendimento adequado.

“Além disso, eu não estava bem informada de onde ir, eu procurei o melhor lugar que me indicaram no caso eu também fui no Geral.”

DISCUSSÃO

Frente à questão sobre “motivos de busca de diagnóstico e tratamento nas unidades de urgência e emergência e não nas UBS/PSF próximos à sua residência”, a análise das representações sociais dos usuários e profissionais, reconstituídas por meio da técnica do DSC, nos remete a duas vertentes explicativas.

A primeira está ligada a padrões culturais, estudo realizado por Langdon e Wiik¹³ indica que a maneira pela qual um determinado grupo social pensa e se organiza para manter a saúde e enfrentar episódios de doença não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturais. Os padrões culturais para busca de serviços refletem essa visão de mundo, conformando a contextualização sociocultural das representações sociais de pacientes de TB e profissionais da área de saúde.

Entre os padrões culturais encontrados neste estudo, está o preconceito e o medo que têm os pacientes de serem reconhecidos como portadores de TB. Oliveira et al.¹⁴ observaram em estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, que 38% dos pacientes de TB buscaram serviços de saúde distantes de suas residências. Segundo os autores, essa busca distante da residência pode ocorrer porque os pacientes procuram hospitais ou pronto-atendimentos e porque ainda existe um estigma e vergonha da doença potencializado pela associação da tuberculose ao HIV nos últimos anos.

Segundo a Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, há uma estimativa que em grandes metrópoles das regiões Sul e Sudeste, cerca de 20 a 42% dos casos de TB sejam notificados em unidades hospitalares¹⁵.

Dentre os padrões culturais de busca de serviços, as representações encontradas remetem ao fato de que no grupo estudado, de forma geral, os pacientes só buscam serviços de saúde quando estão com sintomas graves, não fazendo parte da cultura a prevenção. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, em grande parte o diagnóstico realizado nos hospitais corresponde a casos mais graves da doença, com maior tempo de sintomatologia, o que pode causar elevação da mortalidade^{14,16-18}.

Por outro lado, as representações também apontam que os homens, muito mais que as mulheres, não cuidam da saúde e nem procuram serviços de saúde. Esse padrão de comportamento também foi encontrado no estudo realizado por Queiroz¹⁹ em um distrito de saúde do Município de São Paulo, no qual 90,91% dos homens entrevistados obtiveram diagnóstico de TB em hospitais. O maior diagnóstico hospitalar para o sexo masculino envolve padrões socioculturais da cultura da doença, ou seja, procura-se serviços de saúde somente em casos extremos. Ainda, após o primeiro sintoma, o homem demora mais para procurar o serviço de saúde do que a mulher; em consequência do maior contato com as UBS, as mulheres têm mais conhecimento acerca da doença do que o homem, o que pode colaborar com o diagnóstico precoce. Ao contrário, a falta de conhecimento e o fato de se confundir os sintomas da TB com outras doenças respiratórias podem levar ao diagnóstico tardio¹⁹.

Ao entrevistar profissionais de saúde, Machin et al.²⁰ observaram que há um reconhecimento dos profissionais pela menor procura dos serviços por parte dos homens e a percepção de que “homem não adoce”. Também foi observada a presença, no imaginário social, de que a mulher precisa se cuidar e que os homens dificilmente procuram o serviço para prevenção ou nos primeiros sintomas, justificando o horário de trabalho como um obstáculo, visto que as UBS não têm um horário mais amplo; ao contrário, a mulher, mesmo que tenha um trabalho remunerado, não usa esse argumento como justificativa, o tempo da mulher é visto como o que está a serviço dos cuidados com a saúde.

Dentre os padrões culturais também pode ser apontada a cultura do imediatismo, isso é, todos querem ser atendidos rapidamente e com resolução eficiente de seu problema de saúde e as UBS não atendem a essa expectativa. Por outro lado, os entrevistados reconhecem que faz parte da rotina das pessoas buscar diretamente unidades de urgência e emergência e não as UBS.

Estudo sobre ocorrências no pronto-socorro de Itapecerica da Serra, São Paulo, constatou alta proporção de pessoas que procuram o hospital, mas se avaliam como passíveis de serem atendidas na atenção primária. A busca pelo atendimento hospitalar se deu principalmente pela busca de atenção médica imediata, anseio dos recursos tecnológicos disponibilizados e a sensação de resolubilidade no pronto-socorro, pois nesse serviço eram medicadas na hora.

A busca imediata pela atenção à saúde não pode ser dissociada dos padrões culturais que envolvem a saúde e estão vinculados ao descaso dos usuários frente aos serviços de saúde; ainda existe a visão de que a rede básica oferece pouca resolubilidade. Inverter esse significado ainda é um grande desafio para os cuidados integrais e contínuos na atenção primária²¹. A estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS), proposta oficialmente pela OMS em 1993²², propõe a integralidade da atenção primária. Adaptação contínua dos setores de saúde para atendimento aos pacientes reflete um esforço do Ministério da Saúde para maior qualidade do atendimento nas redes básicas de saúde e alguns estudos indicam bons resultados para essa estratégia. Estudo multicêntrico realizado em municípios da região Sudeste e Nordeste observou que os pacientes atendidos pelo DOTS mostraram satisfação quanto ao atendimento e à distribuição de medicamento²³. Apesar desse resultado, ainda são necessários avanços para superar o desafio da percepção da baixa resolubilidade da atenção primária. Segundo Monroe et al.²⁴, é preciso maior investimento na organização da prática organizacional da atenção primária, que envolve suporte gerencial técnico, alocação adequada de recursos e qualificação profissional. A cultura da não prevenção pode refletir um modelo de atenção à saúde fragmentado, que vem valorizando o tratamento e as ações curativas, ainda não tendo sido incorporados os princípios de promoção a saúde^{14,25}.

O segundo grupo de explicações nos remete a problemas relacionados à prestação de serviços, que passam pelas falhas no diagnóstico, acolhimento deficiente do paciente que chega a esses serviços, médicos sem experiência no diagnóstico da TB nas UBS, falhas na busca ativa do SR e deficiências dos processos de educação e comunicação. A deficiência relativa ao conhecimento da TB por parte dos profissionais da área de saúde, a falta de investimento em políticas de saúde e as dificuldades de pacientes no acesso aos serviços e à realização de exames pode contribuir para a dificuldade de diagnóstico. Estudo realizado no Município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, encontrou que 39% dos pacientes passaram por três consultas nas UBS até receberem o diagnóstico de TB e que o tempo entre a entrada do paciente no sistema e o início do tratamento foi de três semanas, tempo considerado excessivo¹⁷.

A procura por serviços de saúde de atenção primária e secundária pode ocorrer devido à debilidade qualitativa e quantitativa de recursos humanos nos serviços de atenção primária¹⁴. Estudo realizado em Niterói, Rio de Janeiro, encontrou associação entre nível socioeconômico e maior tempo na demora do diagnóstico e indicação de que os pacientes de nível socioeconômico mais baixo tiveram maior dificuldade de acesso e demora no atendimento na atenção primária¹⁷. Estudo realizado por Scatena et al.²⁶ mostrou que a forma de organização da atenção à TB não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico. Os achados desse estudo podem indicar que a busca que os pacientes fazem de atendimentos nos hospitais e ambulatorios está associada à percepção de que nesses serviços o atendimento é mais ágil e menos demorado do que nas UBS.

CONCLUSÃO

A investigação mostra que para resolver a problemática em pauta é necessário ir além das tradicionais medidas de organização da rede básica de serviços, o que implica que as ações desencadeadas devem levar em conta os padrões culturais presentes no imaginário social da população a que se destinam.

Há necessidade de treinar as equipes de saúde em conhecimentos específicos da TB; contratação de recursos humanos para as UBS; e apoio a insumos destinados à programação.

Mas, além dessas, ficam para reflexão algumas questões:

- Como quebrar a tendência do usuário de buscar diretamente as unidades de urgência e emergência?
- Como fazer com que os homens entendam que o tratamento de saúde deve ser incluído na pauta de seu cotidiano?
- Como incutir na população a mentalidade de promoção de saúde e prevenção de doenças?
- Como lidar com o preconceito que ainda existe em relação à TB?
- Como lidar com o imediatismo decorrente do mundo pós-moderno?

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual Programa Nacional Controle da Tuberculose Relatório de Avaliação Externa da OMS ao PNCT. Disponível em: www.misau.gov.mz/.../tuberculose/situacao_da_tuberculos. (Acessado em 03 de agosto de 2011).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5 ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
3. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. J Bras Pneumol 2004; 30(Suppl 1): S4-66.
4. World Health Organization (WHO). Tuberculosis (TB). TB/HIV. Disponível em: <http://www.who.int/tb/challenges/hiv/en/>. (Acessado em 21 de setembro de 2007).
5. SINAN/SVS/MS. Fonte SINAN/SVS/MS. Portal Saúde-SVS-MS. Doenças Crônicas Transmissíveis-Tuberculose. Disponível em: www.saude.gov.br. (Acessado em 03 de setembro de 2010).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da tuberculose: coeficiente de incidência da TB. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ap_5_encontro_final_site.pdf. (Acessado em 27 de outubro de 2012).
7. Coordenadoria de Controle de Doenças Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Alguns aspectos epidemiológicos do controle da tuberculose no Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Centro de Vigilância Epidemiológico BECVE. volume 2, nº 11, de 22 de junho de 2012.
8. Long R, Zielinsky M, Kunimoto D, Manfreda J. The emergency department is a determinant point of contact of tuberculosis patients prior to diagnosis. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6(4): 332-9.
9. Vieira AA, Ribeiro SA, de Siqueira AM, Galesi VM, dos Santos LA, Golub JE. Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding and diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil. Rev Bras Epidemiol 2010; 13(4): 641-50.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da TB: Casos novos da TB. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_novos_tuberculose_1990_2010_30_05_2012.pdf. (Acessado em 27 de agosto de 2012).
11. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Série Pesquisa v. 12. Brasília: Líber Livro Editora; 2005. 97 p.

12. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo. Brasília: Liber Livro Editora; 2010. 222 p.
13. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18(3): 459-66.
14. Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, 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.
15. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (Rede TB). Diagnóstico da tuberculose no mundo. Disponível em: <http://www.redetb.org/areas-de-pesquisa/diagnostico>. (Acessado em 03 de agosto de 2012).
16. Brito RC, Gounder C, Lima DB, Siqueira H, Cavalcanti HR, Pereira MM, et al. Resistência aos medicamentos anti-tuberculose de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas de pacientes atendidos em hospital geral de referência para tratamento de AIDS no Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol* 2004; 30(4): 335-42.
17. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. *J Bras Pneumol* 2012; 38(2): 202-9.
18. Queiroz R, Nogueira PA. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia - São Paulo. *Saúde Soc* 2010; 19(3): 627-37.
19. Queiroz, R. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-29092008-152813/publico/RaquelQueiroz.pdf>. (Acessado em 03 de outubro de 2012).
20. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo FS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(11): 4503-12.
21. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(9): 2032-42.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf. (Acessado em 03 de agosto de 2012).
23. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 105-9.
24. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2): 262-7.
25. Ruffino-Netto A, Villa TCS (orgs.). Tuberculosis treatment: DOTS implementation in some regions of Brazil. Background and regional features. Brasília: OPAS; 2007. p. 93-102.
26. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, 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.

Recebido em: 04/12/2012

Aceito em: 25/05/2013