

Setores público e privado: características sociodemográficas das pessoas com tuberculose e ações de diagnóstico

Public and private sectors: sociodemographic characteristics of people with tuberculosis, and diagnostic actions

Sectores público y privado: características sociodemográficas de las personas con tuberculosis y acciones de diagnóstico

Jessica Oliveira Tomberg^I, Jenifer Härter^{II}, Lílian Moura de Lima^{III}, Dagoberta Alves Vieira^{IV},
Eduarda Russo-Gonçalves^V, Roxana Isabel Cardozo-Gonzales^{VI}

RESUMO:

Objetivo: analisar a busca pelo setor público ou privado, de acordo com as características sociodemográficas das pessoas com tuberculose, e as ações de diagnóstico destes serviços diante dos sintomáticos respiratórios. **Método:** estudo transversal. Amostra composta por 96 pessoas com tuberculose em município da Região Sul do Brasil, no período de 2013 a 2014 que responderam formulários estruturados. Realizou-se a análise descritiva e foi aplicado Teste Qui-Quadrado. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 310.801/2013. **Resultados:** a maior contribuição para o setor público é da cor da pele não branca, enquanto para o setor privado é da cor branca. Solteiros procuraram o setor público e pessoas com relacionamento estável o setor privado. Estudar menos de 8 anos relacionou-se com uso do setor público. **Conclusão:** o setor privado diagnosticou a maioria das pessoas. A radiografia de tórax foi o exame mais solicitado.

Palavras-chave: Tuberculose; diagnóstico; serviços de saúde; avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: to examine demand for public or private sector care, by sociodemographic characteristics of tuberculosis patients, and these services' diagnostic actions in response to respiratory symptoms. **Method:** this quantitative, cross-sectional study of 96 people with tuberculosis in a city of southern Brazil from 2013 to 2014 used structured forms, descriptive analysis and chi-square test. The study was approved by the research ethics committee (No. 310.801) in 2013. **Results:** the factor accounting for the largest contribution to public sector demand was non-white skin color and, in the private sector, white. Single people sought the public sector, and people with stable relationships sought private care. Less than eight years' schooling related to use of public sector services. **Conclusion:** the private sector diagnosed the most people. The test most requested was chest X-ray.

Keywords: Tuberculosis; diagnosis; health services; health services evaluation.

RESUMEN

Objetivo: analizar la búsqueda por el sector público o privado, conforme las características sociodemográficas de las personas con tuberculosis, y las acciones de diagnóstico de estos servicios ante los sintomáticos respiratorios. **Método:** estudio transversal realizado con 96 personas con tuberculosis en ciudad del sur de Brasil, entre 2013 y 2014, que respondieron a formularios estructurados. Se realizó un análisis descriptivo y se aplicó el test chi-cuadrado. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, dictamen 310.801/2013. **Resultados:** la mayor contribución al sector público es del color de la piel no blanca, mientras que en el sector privado es de color blanco. Solteros buscaron el sector público y, las personas con relación estable, el privado. El tiempo de estudio de menos de ocho años estaba relacionado con el uso del sector público. **Conclusión:** el sector privado diagnosticó la mayoría de las personas. La radiografía de tórax fue el examen más solicitado.

Palabras clave: Tuberculosis; diagnóstico; servicios de salud; evaluación de servicios de salud.

INTRODUÇÃO

Decorridos 21 anos da declaração do controle da tuberculose como uma emergência global de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, diversos investimentos estratégicos para detectar os casos e obter sucesso no tratamento continuam sendo realizados. Os indicadores de saúde demonstram reduções

significativas das taxas de incidência, em média 1,5% ao ano. Atualmente, estima-se que 37 milhões de pessoas tiveram suas vidas salvas devido à eficiência da detecção e do tratamento da doença¹.

No Brasil, recentemente a taxa de incidência da doença diminuiu 20,4%, em 10 anos, e a taxa de mortalidade

^IMestre. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jessicatombert@hotmail.com.

^{II}Mestre. Professora da Universidade Federal do Pampa. Unipampa, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jeniferharter@hotmail.com.

^{III}Doutora. Professora da Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lima.lilian@gmail.com.

^{IV}Mestre. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dagualvesvieira@hotmail.com.

^VEnfermeira. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: duda-crag@hotmail.com.

^{VI}Doutora. Professora da Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: roxana_cardozo@hotmail.com.

apresentou uma queda de 45%¹ comparando os dados do ano de 1990 com dados das duas décadas seguintes. A implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose em território brasileiro contribui para o avanço dos indicadores, e também colabora para a garantia de gratuidade, no setor público, referente à realização de exames essenciais para o diagnóstico (baciloscopia de escarro e radiografia de tórax) e ao tratamento da doença.

As características das pessoas que são acometidas pela tuberculose se mantiveram ao longo desses anos; predominantemente homens, economicamente ativos²⁻⁴. Ainda, destacam-se população com estreita relação com os fatores de vulnerabilidade, entre eles, a condição social (pobreza, baixa escolaridade), os hábitos comportamentais (etilismos, tabagismo e drogadição), as populações específicas (indígenas, moradores de rua, população carcerária) e a presença de comorbidades (HIV/AIDS e diabetes)²⁻⁵.

Tal perfil aponta a relação direta da vulnerabilidade social do indivíduo para o adoecimento de tuberculose. Neste ciclo, existem barreiras para o diagnóstico no setor público, tais como o fato de depender da percepção do próprio indivíduo dos sintomas da doença para procurar atendimento; as dificuldades de acesso aos serviços de saúde; ausência ou baixa procura, em tempo oportuno, de sintomáticos respiratórios pelos serviços públicos de saúde, principalmente as unidades de atenção primária à saúde.

A atenção à tuberculose no setor privado também é uma realidade; indivíduos com melhores condições econômicas podem fazer essa opção para a resolução das suas necessidades em saúde⁴. Fato que se tem apresentado de modo crescente no país^{6,7}. Isso é favorecido pelas características do sistema de saúde fragmentado, no contexto nacional, onde a oferta de serviços é duplicada e suplementar⁷, ou seja, ambos setores possuem semelhança na oferta de serviços. O acesso ao setor privado pode decorrer do desembolso em serviços liberais clássicos direcionados para serviços autônomos ou pela contratação de seguros particulares de saúde. Em dezembro de 2013, 49.373.689 pessoas estavam beneficiando-se de planos de saúde no país, o que representa uma taxa de cobertura de assistência médica de 25,5%; em dezembro de 2014 a taxa foi de 26%, sendo 50.496.436 beneficiários⁸.

Os sintomáticos respiratórios que buscam o setor privado tendem a maior atraso para receber o diagnóstico da doença, o que pode decorrer da baixa suspeição por não se enquadrarem no perfil predominante das pessoas com tuberculose; uso preferencialmente da radiografia de tórax pelos profissionais deste setor; ou ainda pela baixa procura da pessoa doente por esses serviços de saúde, o que resulta na pouca aproximação dos profissionais com a tuberculose nesses espaços^{9,10}. Estudo apontou que pessoas com rendimento financeiro familiar superior a cinco salários mínimos obtiveram maior atraso na procura por serviços de saúde¹¹, o que pode indicar déficit do sistema de saúde também entre os sintomáticos respiratórios com situação econômica favorável.

Pesquisa realizada em países dos continentes Africano, Asiático e Americano aponta a insuficiência do setor público na atenção à tuberculose no tocante aos custos implicados para a pessoa durante o diagnóstico e o tratamento da doença¹⁰. Isso pressupõe que, apesar de a pessoa utilizar os serviços públicos, ela não está livre dos custos pessoais na busca pela cura da tuberculose.

Diante do papel preponderante do sistema de saúde público, da expansão dos planos de saúde e da sua função complementar no Sistema Único de Saúde, considera-se relevante identificar a prevalência da procura de serviços particulares e os direcionamentos dados aos casos de tuberculose neste setor. Assim, objetivou-se analisar a busca pelo setor público ou privado, de acordo com as características sociodemográficas das pessoas com tuberculose, e as ações de diagnóstico destes serviços diante dos sintomáticos respiratórios.

REVISÃO DE LITERATURA

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose norteia as ações para o combate à doença no Brasil, e está integrado à rede de serviços de saúde, articulando-se com os demais programas governamentais. Sua administração é realizada pelas três esferas do governo, com os respectivos níveis de competências e deveres, direcionando a especificidade da atenção, conforme os diferentes cenários brasileiros².

As ações de controle da tuberculose estão totalmente cobertas pelo Sistema Único de Saúde. Elas baseiam-se na detecção precoce dos casos, a partir de buscas de sintomáticos respiratórios, da agilidade no diagnóstico e no início do tratamento, garantindo que o usuário conclua o mesmo, com a obtenção da cura. Para tanto, é preconizada a facilitação do acesso de pessoas com sintomas respiratórios de tuberculose aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Estes serviços, independente de sua especialidade, são responsáveis por identificar os potenciais casos da doença (pessoas que apresentam tosse por tempo igual ou superior a três semanas), e estabelecer o fluxo adequado, destes indivíduos, para a concretização do diagnóstico. É fortemente recomendada a descentralização das ações de detecção e tratamento para os serviços de atenção primária à saúde².

As unidades e consultórios privados são importantes pontos de acesso também à rede de saúde⁷. A estes serviços sugere-se que ao receberem sintomáticos respiratórios de tuberculose os direcionem à rede de serviços, públicos visando ao gozo da gratuidade, conforme a disponibilidade dos recursos. Ademais é facultativo ao sintomático respiratório permanecer na rede privada, nestes casos o profissional de saúde que o acompanha deve se comunicar com o Programa Municipal de Controle da Tuberculose para fins de notificação do acompanhamento dos casos, informes e registros necessários para vigilância epidemiológica.

A realização do diagnóstico de tuberculose compreende a solicitação de duas amostras de escarro, para a realização de exame de baciloscopia, sendo a primeira no momento da consulta e a segunda no dia seguinte, no período da manhã; e a radiografia de tórax. Salienta-se que todo profissional de saúde está apto para tal processo, não sendo uma atividade exclusiva da categoria médica. Após a coleta, o material necessita ser encaminhado para as unidades laboratoriais. Assim, a gestão municipal deve estabelecer um fluxo de referência laboratorial, orientando e conscientizando os profissionais de saúde sobre tal processo².

O cumprimento, pelos profissionais de saúde, das recomendações, tem potencial de contribuir efetivamente para o controle da doença. Dessa forma, para que as ações sejam desenvolvidas, é necessário alicerçá-las em uma rede de serviços de saúde estruturada, o que exige, da administração municipal, pleno cumprimento de suas responsabilidades e participação ativa no processo de controle da tuberculose.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal e de abordagem quantitativa desenvolvido em um município de grande porte na Região Sul do Brasil, considerado prioritário para o controle da tuberculose pelo Ministério da Saúde.

O município possui uma população de 328.275 habitantes¹². Em dezembro de 2013, na cidade, havia 53.903 beneficiários de planos de saúde e, no mesmo mês, em 2014, esse contingente aumentou para 55.349⁸. A rede de saúde da cidade conta com 814 estabelecimentos, dos quais 80 são de administração direta da saúde, quatro fundações públicas de administração indireta, 717 empresas privadas, duas fundações privadas e 11 entidades beneficentes sem fins lucrativos¹³. Na atenção à tuberculose, as ações de diagnóstico e de tratamento dos doentes são principalmente centralizadas no Programa Municipal de Controle da Tuberculose. Em 2012, o número de casos de tuberculose foi de 254, dos quais 207 eram casos novos, em 2013 houve uma redução, totalizando 222 casos, dos quais 169 eram casos novos. Já no ano de 2014, o número de casos foi 266, sendo 197 casos novos, correspondendo uma incidência de 60 casos por 100.000 habitantes¹⁴.

A coleta de dados foi prospectiva e ocorreu no ambulatório do Programa Municipal de Controle da Tuberculose, considerando-se todas as 127 pessoas que iniciaram o tratamento para tuberculose pulmonar, no período de agosto de 2013 a julho de 2014. Foram adotados os critérios de exclusão - menores de idade, pessoas que não podiam se comunicar verbalmente ou com déficit cognitivo e pessoas institucionalizadas. Ao iniciar o tratamento, a pessoa com tuberculose pulmonar, que atendesse aos critérios para participação no estudo, era convidada por entrevistadores treinados a

responder o formulário estruturado de entrevista em sala privativa.

A amostra do estudo foi por conveniência, uma vez que foi considerada a totalidade das pessoas (127) em tratamento para tuberculose no período da coleta de dados. Destes três foram a óbito antes que pudessem ser entrevistadas; ainda, sete foram transferidas para outros municípios, dois negaram-se em participar do estudo; seis abandonaram o tratamento e não foi possível localizá-los para entrevista durante a coleta de dados; 13 pacientes foram considerados perdas. A amostra definitiva totalizou 96 participantes.

O formulário estruturado possuía perguntas direcionadas ao uso dos serviços de saúde e às ações por eles realizadas. O referido instrumento de coleta de dados passou por avaliação de pesquisadores na área temática da tuberculose de três universidades da Região Sul do Brasil, e, posteriormente, foi realizado o teste piloto em um município prioritário para tuberculose do Estado de Santa Catarina. Para o conhecimento das características dos sujeitos entrevistados, foram utilizadas as variáveis sexo, cor da pele (branca, preta, parda e outras), estado civil (solteiro, casado/união estável e separado/divorciado/viúvo), escolaridade (maior ou igual a oito anos e menor que oito anos de estudo), também foram avaliadas a presença de comorbidades, o recebimento de benefícios do Estado, o consumo de drogas ilícitas, álcool e fumo.

Foi identificado o primeiro serviço procurado pelas pessoas diagnosticadas com tuberculose, a partir de variável aberta (qual o primeiro serviço de saúde que o senhor procurou ao perceber os sintomas?), e, posteriormente os serviços mencionados foram estratificados em público e privado, de acordo com as listas de serviços públicos no município e serviços conveniados.

A análise dos dados foi desenvolvida com o programa *Statistica12 da StatSoft*. Foi aplicado o teste Qui-quadrado, com análise de resíduo, para verificar a associação entre a *variável primeiro serviço de saúde procurado*, identificando-o como setor público ou privado, e as variáveis relacionadas às características dos sujeitos e à conduta dos serviços de saúde.

Todos os sujeitos entrevistados concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer 310.801, em 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 96 pessoas que estavam em tratamento para tuberculose pulmonar, destas 70 (73%) obtiveram o primeiro atendimento nos serviços públicos de saúde e 26 (27%) nos serviços privados. Verifica-se que a amostra foi composta predominantemente pelo sexo masculino - 58 (60,4%), e, ao distribuir este grupo

de entrevistados pelo setor de saúde procurado, observa-se que 45 (64,3%) buscaram por serviços públicos. A cor da pele de maior ocorrência foi a branca 54 (56,8%), com destaque para a acentuada concentração de brancos entre no grupo que utilizou os serviços privados, 22 (84,6%), conforme mostra a Tabela 1.

As pessoas que buscaram o setor público apresentaram a média de idade de 38,27 anos (DP= 15,05) e a média de renda familiar atingiu R\$ 1.009,78 (DP= 747,92). Entre as pessoas que foram atendidas no setor privado, a média de idade alcançou 44,88 anos (DP= 17,11) e a renda média familiar foi de R\$ 2.625,38 (DP= 2.391,50).

As ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose são ofertadas pelo Sistema Único de Saúde, gratuitamente, visando ao acesso universal. A característica do sistema de saúde brasileiro, suplementar e duplicado, permite que a população tenha uma ampla gama de serviços disponíveis para atender às necessidades de saúde, sejam públicos ou privados.

Os resultados com relação à renda familiar já eram esperados, uma vez que famílias com situação financeira favorável tiveram maior acesso ao setor privado, já as famílias que vivem em situação financeira desfavorável utilizaram o setor público de saúde como a única opção para o atendimento de suas necessidades em saúde. Sabe-se que a baixa renda das pessoas acometidas por tuberculose, já evidenciada em estudos anteriores, atua como fator desencadeante para o retardo do diagnóstico^{6,11,15}.

Ademais, o contexto social de desigualdade no país, associado ao adoecimento de tuberculose, estabelece uma relação com efeito em cascata, na qual a pobreza e as condições de vida da população, em situação de vulnerabilidade, a coloca em maior risco para a doença, ao ponto de o adoecimento por tuberculose acentuar a vulnerabilidade. Tal desigualdade também é percebida quando pessoas com a cor da pele preta ou parda não possuem representatividade no atendimento do setor privado, sugerindo que a cor da pele determina sua situação social⁴.

O setor público é responsável pela maioria dos atendimentos aos indivíduos com sintomas respiratórios de tuberculose; geralmente, são os próprios indivíduos, que buscam pelo serviço de saúde^{4,15,16}. A questão financeira está entre os fatores que motivam a busca por atendimento no setor público. Os indivíduos não pagam, pela assistência, diretamente pela assistência e, os são financiados indiretamente pelos impostos pagos pela população ao Governo. Em contrapartida, a opção dos sintomáticos respiratórios de tuberculose na busca pelo atendimento, no setor privado, relaciona-se à afinidade, à confiança e ao sentimento de segurança no serviço ofertado, uma vez que o setor permite a opção do usuário pelo convênio de saúde e/ou do profissional para o atendimento, fato que, muitas vezes, não é possível no setor público. Além disso, a ampliação na oferta dos serviços, não dependendo de uma via única de acesso, pode proporcionar a percepção de garantia do alcance das necessidades de saúde.

TABELA 1: Características sociodemográficas das pessoas com tuberculose pulmonar, estratificadas pelo primeiro setor de saúde procurado. Rio Grande do Sul-Brasil, 2017.

Características	Setor de saúde						Valor de p
	Público (70)		Privado (26)		Total (96)		
	f	%	f	%	f	%	
Sexo							
Feminino	25	35,7	13	50	38	39,6	0,203
Masculino	45	64,3	13	50	58	60,4	
Cor da pele							
Branca	32	46,4	22 [#]	84,6	54	56,8	0,022
Preta	19	27,5 [#]	2	7,7	21	22,1	
Parda	15	21,7 [#]	2	7,7	17	17,9	
Amarela/outra	3	4,4	0	0,0	3	3,2	
Estado civil							
Solteiro	52	74,3 [#]	7	26,9	59	61,5	0,002
Casado/união estável	11	15,7	14 [#]	53,8	25	26,0	
Separado/divorciado/viúvo	7	10,0	5	19,2	12	12,5	
Escolaridade^(*)							
≥8 anos	18	25,7	17 [#]	70,8	35	37,2	0,000
<8 anos	52	74,3 [#]	7	29,2	59	62,8	
Benefício							
Sim	22	31,4	5	19,2	27	28,1	0,237
Não	48	68,6	21	80,8	69	71,9	

*Dois sujeitos do sistema privado não responderam a questão.

#Resíduo positivo superior a 1,96 na análise.

Dessa forma, os dois setores apresentam-se como possibilidade para o diagnóstico da tuberculose, entretanto, após o diagnóstico, deve haver, obrigatoriamente, a comunicação entre ambos os setores para o início do tratamento, visto que é de responsabilidade do Ministério de Saúde, por meio da Vigilância Epidemiológica, a gerência informacional dos casos de tuberculose diagnosticados e tratados. Nesse sentido, o setor privado, que assiste à pessoa enferma necessita comunicar os casos da doença à Vigilância Epidemiológica, para que haja o preenchimento de fichas de notificação/investigação.

Destaca-se que o setor público enfrenta problemas no preenchimento de registros¹⁷, por falhas em comunicação, gerando subnotificações e erros nas taxas de cura ou abandono do tratamento. Ainda, os serviços que prestam assistência à tuberculose e produzem os dados para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação demonstram distanciamento dos reais indicadores em saúde, o que dificulta o planejamento das ações, baseado em evidências, no setor público¹⁸. Esse fato agrava-se no setor privado, o qual, por vezes, exclui-se da realidade do sistema local de saúde, assumindo apenas uma atuação pontual, focada na prática do diagnóstico clínico. Desse modo, salienta-se que o fluxo do atendimento aos doentes se caracteriza, geralmente, pela transferência de responsabilidade, após o diagnóstico, para o setor público, o qual assume o gerenciamento dos casos e a investigação dos contatos.

Quanto ao estado civil a maior parte da amostra- 59 (61,5%) foi constituída por solteiros, havendo seu predomínio - 52 (74,3%) dentre os que procuraram pelo serviço público de saúde. Na escolaridade, 59 (62,8%) entrevistados possuíam menos de oito anos de estudo, o predomínio deste grupo é observado também entre os que buscaram pelos serviços públicos, 52 (74,3%); em oposição ao men-

cionado no setor privado, clientes com oito ou mais anos de estudo representaram a maioria – 17 (70,8%).

Destaca-se que para certas variáveis - cor da pele, estado civil e escolaridade - obteve-se valor de $p < 0,05$, o que aponta a significância estatística dos resultados entre as características apresentadas e o tipo do setor de saúde procurado.

Estudo aponta para a baixa escolaridade das pessoas atendidas no setor público como uma barreira para a detecção, o diagnóstico e o início, do tratamento da doença¹⁹. O sucesso destas ações está condicionado ao conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais e à participação e aceitação do sujeito.

Em pesquisas desenvolvidas nos municípios de Foz do Iguaçu¹⁵ e São José do Rio Preto¹¹, houve também a predominância de solteiros acometidos pela tuberculose, ademais, esses tiveram atraso significativo na busca pelo primeiro atendimento. Característica peculiar que pode estar associada à falta de suporte familiar e/ou de uma rede de apoio fortalecida

Os resultados da distribuição das características de consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco, e a presença de comorbidades entre os entrevistados são demonstrados na Tabela 2. Destaca-se que na amostra em estudo não houve significância estatística dessas características. Ao observar a distribuição dos entrevistados pelo uso do setor saúde, verifica-se maior frequência relativa percentual de comorbidades entre os que buscaram o setor privado, e o consumo de tabaco ocorre prioritariamente no grupo que buscou por serviços públicos de saúde.

Compreende-se que o atendimento nos diferentes setores de saúde deve considerar as características individuais e problemas específicos de cada um. Independente do setor procurado, o acometimento por tuberculose apresenta características similares na população como um todo.

TABELA 2: Características de comorbidades e consumo de drogas e tabaco das pessoas com tuberculose pulmonar, estratificadas pelo primeiro setor de saúde procurado. Rio Grande do Sul-Brasil, 2017.

Características	Setor de saúde						Valor de p
	Público (70)		Privado (26)		Total (96)		
	f	%	f	%	f	%	
Presença de comorbidade							
Sim	29	41,4	15	57,7	44	45,8	0,155
Não	41	58,6	11	42,3	52	54,2	
Uso de drogas							
Sim	12	17,4	2	7,7	14	14,7	0,234
Não	57	82,6	24	92,3	81	85,3	
Uso de álcool (*)							
Sim	27	39,1	10	38,5	37	38,9	0,952
Não	42	60,9	16	61,5	58	61,0	
Tabagismo (*)							
Sim	37	53,6	9	34,6	46	48,4	0,098
Não	32	46,4	17	65,4	49	51,6	

*Um sujeito que procurou o sistema público não respondeu essa questão, então foram excluídos da análise.

No entanto, sabe-se que determinados grupos populacionais não são priorizados para a atenção à tuberculose³, tais como, pessoas acometidas por comorbidades, as que fazem uso de álcool e drogas, tabagistas e em situação financeira desfavorecida. Apesar dos resultados evidenciarem que a maioria com tuberculose não está inserida nesses grupos, entende-se que eles estão mais suscetíveis às formas graves da doença, o que demandaria uma atenção específica e direcionada.

O município em estudo estrutura a atenção à tuberculose de forma centralizada em serviço público de referência. Dessa forma, favorece a descontinuidade das ações. Essa conjuntura promove encaminhamentos desnecessários para o centro de referência, e a não resolução dos problemas de saúde no primeiro serviço procurado, pela pessoa com tuberculose, leva ao atraso do diagnóstico e do início do tratamento.

Essa lógica de organização da atenção à tuberculose estimula o descompromisso e a resistência dos profissionais de saúde, da rede de atenção do município, à execução de práticas que descentralizem as ações. A valorização do cumprimento de protocolos normativos, realização de exames, procedimentos e insumos são considerados imprescindíveis para a obtenção do diagnóstico da doença²⁰.

Quanto à realização de diagnósticos, verifica-se a maior frequência relativa (60,9%) entre os indivíduos que buscaram o setor privado. O exame para diagnóstico utilizado foi predominantemente o Raio X de tórax, nos dois grupos de setor da saúde, enquanto que a baciloscopia de escarro deixou de ser solicitada para mais da metade da população estudada. Ressalta-se que a conduta dos profissionais não teve significância estatística nos setores de saúde, conforme Tabela 3.

Salienta-se que a falta de estrutura dos serviços públicos, em termos de disponibilidade de potes para escarro, formulários, local de coleta, fluxo de entrega de amostras na rede de saúde, pode influenciar na decisão dos profissionais em não solicitar a baciloscopia de escarro, e sim encaminhar o sintomático respiratório para realizar radiografia de tórax em serviço de apoio

diagnóstico. Isto ocorre principalmente, na atenção primária à saúde, geralmente o local de escolha para o primeiro atendimento^{6,15,16}.

Ratifica-se que há desvalorização da baciloscopia de escarro, já apontada em estudo anterior¹⁶. Além disso, ambos os setores privado e o público não tem como primeira presunção diagnóstica a tuberculose; portanto, o uso da radiografia possibilita contemplar uma gama maior de hipóteses diagnósticas, enquanto a baciloscopia é um exame dirigido e específico para a tuberculose.

A maior prevalência da ação diagnóstica, no serviço de saúde privado, pode estar vinculada ao rápido acesso aos exames e à agilidade na obtenção dos resultados. Nesse sentido, a dinâmica do setor privado pode apresentar uma interação diferenciada com seus usuários, em decorrência da lógica mercantilista de compra e venda de serviços. Além disso, a motivação do sujeito para a rápida obtenção do diagnóstico pode influenciar nessa questão, bem como a maior instrução escolar, observada neste estudo.

CONCLUSÃO

A maior ocorrência na busca pelo setor público da saúde compactua com o preconizado pela gestão nacional da doença. No entanto, é expressivo o uso de serviços privados, no contexto em estudo, alertando para investimentos na complementaridade e na consolidação de um sistema efetivo de comunicação, entre ambos os setores na atenção à tuberculose, de forma a possibilitar o monitoramento e a avaliação das ações, para a garantia da continuidade e agilidade no diagnóstico e tratamento da doença.

As características associadas aos grupos de serviços privados e públicos marcam a permanência de desigualdades na utilização dos setores em saúde, em se tratando da cor da pele, escolaridade e estado civil. É premente aumentar o potencial de diagnóstico em ambos os grupos, em especial no setor público, frente ao papel regulador do sistema, que é responsável pela saúde da população. A valorização da coleta de escarro,

TABELA 3: Distribuição do primeiro setor de saúde procurado, especificando a conduta dos profissionais de saúde. Rio Grande do Sul-Brasil, 2017.

Conduta	Público		Privado		Total		Valor de p
	f	%	f	%	f	%	
Serviço procurado realizou o diagnóstico (*)							
Sim	27	39,1	14	60,9	41	43,2	0,196
Não	42	60,9	12	46,1	54	56,8	
Solicitação de RX (*)							
Sim	35	50,7	18	69,2	53	55,9	0,105
Não	34	49,3	8	30,8	42	44,2	
Solicitação de baciloscopia de escarro							
Sim	32	45,7	11	42,3	43	44,8	0,765
Não	38	54,3	15	57,7	53	55,2	

*Um sujeito que procurou o setor público não respondeu a essa questão, sendo excluído da análise.

seja para realização de baciloscopia ou teste molecular, deve tomar o *status* de procedimento rotineiro na prática dos serviços de saúde, como preconizado nas recomendações da atenção à tuberculose.

As limitações do estudo estão relacionadas à amostra reduzida, porém considerou-se a totalidade dos sujeitos em tratamento. Sugere-se ampliação para outros contextos. Contudo, esta deve ser cautelosa, considerando cenários que apresentem características como àquelas citadas no local de estudo, principalmente relacionada à centralidade da atenção no acompanhamento da doença. Ademais há escassez de investigações no setor privado focalizando o diagnóstico da tuberculose. Portanto, estudos que aprofundem a temática do uso de serviços privados, assim como no acompanhamento de sintomáticos respiratórios e casos de tuberculose são recomendados, visando identificar as interfaces potenciais destes setores no controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization WHO. Global tuberculosis report 2013. Geneva (Sw); 2013. [cited 2016 Mar 12]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf?ua=1
2. Ministério da Saúde (Br). Manual de recomendações para o controle da tuberculose. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF): Editora MS; 2011.
3. Dantas DNA, Enders BC, Queiroz AAR, Coura AS, Silva MPM, Menezes RMP. Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(3):75-81.
4. Trigueiro DRSG, Nogueira JÁ, Monroe AA, Sá LD, Anjos UU, Villa TCS. Determinantes individuais e utilização dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose. *Rev enferm UERJ.* 2013; 21(3):371-8.
5. Lacerda SNB, Silva TCD, Araújo PDPCD, Pinto ML, Figueiredo TMRMD. The comorbidity tuberculosis and diabetes mellitus. *JNUOL.* 2015; 10(suppl.1):239-47.
6. Andrade SL, Rodrigues DCS, Barrêto AJR, Oliveira AAV, Santos ARBN, Sá LD. Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio. *Rev enferm UERJ.* 2016; 24(3):e5702.
7. Santos IS. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16(6):2743-52.
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Br). Dados e indicadores do setor. [Internet] 2016 [citado em 28 mar 2016]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor#sthash.ewi0rJBO.dpuf>
9. Rundi C, Fielding K, Godfrey-Faussett P, Rodrigues LC, Mangtani P. Delays in seeking treatment for symptomatic tuberculosis in Sabah, East Malaysia: factors for patient delay. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011; 15(9):1231-8.
10. Mauch V, Bonsu F, Gyapong M, Awini E, Suarez P, Marcelino B, et al. Free tuberculosis diagnosis and treatment are not enough: patient cost evidence from three continents. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013; 17(3):381-7.
11. Wysocki AD, Ponce MAS, Scatolin BE, Andrade RLP, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. *Rev esc enferm USP.* 2013; 47(2):440-7.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2010. 2010 [citado em 11 fev 2016]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431440>
13. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Br). Relatório de natureza no município de Pelotas em 2015. 2015 [citado em 19 mar 2016]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp?VEstado=43&VMun=431440
14. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BR). Casos confirmados de tuberculose no ano de 2013 e 2014. 2014 [citado 2016 mar 19]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/tuberculose/bases/tuberbrnet.def>
15. Silva-Sobrinho RA, 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.
16. Loureiro RB, Scatena-Villa TC, Ruffino-Netto A, Peres RL, Braga JU, Zandonade E, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2014; 19(4):1233-44.
17. Bartholomay P, Oliveira GP, Pinheiro RS, Vasconcelos AMN. Melhoria da qualidade das informações sobre tuberculose a partir do relacionamento entre bases de dados. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(11):2459-69.
18. Silva Júnior SHAS, Mota JC, Silva RS, Campos MR, Schramm JMA. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016; 25(3):487-98.
19. Cavalcante EFO, Silva DMGV. Profile of tuberculosis patient. *Rev RENE.* 2013; 14(4):720-9.
20. Brito EWG, Silva AKF, Teixeira GGA, Dias GBS, Costa NDL, Uchôa SAC. Organização do cuidado à tuberculose na atenção básica do Rio Grande do Norte. *Rev enferm UFPE on line.* 2015; 9(supl. 6):8643-52.