

## Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio

*Tuberculosis among the elderly: health care system gateway and late diagnosis*

*Tuberculosis en personas ancianas: puerta de entrada del sistema de salud y el diagnóstico tardío*

Séfora Luana Evangelista de Andrade<sup>I</sup>; Débora César de Souza Rodrigues<sup>II</sup>; Anne Jaquelyne Roque Barrêto<sup>III</sup>; Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira<sup>IV</sup>; Ana Rita Bizerra do Nascimento Santos<sup>V</sup>; Lenilde Duarte de Sá<sup>VI</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar os fatores relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose (TB) em idosos em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa/Paraíba-Brasil, avaliando-os sob a dimensão porta de entrada. **Método:** pesquisa qualitativa, com participação de sete pessoas idosas. Os relatos foram coletados mediante entrevista e submetidos à análise de conteúdo em 2010 e 2011. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, no. 0589/2008. **Resultados:** atenção básica em saúde (ABS) não se configurou como principal porta de entrada dos idosos para o diagnóstico da tuberculose no município estudado, revelando que sua organização apresenta fragilidades referentes às ações de saúde, ao acesso e ao vínculo, que interferem na sua busca como porta de entrada. **Conclusão:** exige-se uma nova lógica do processo de trabalho em que as práticas de saúde priorizem tecnologias que potencializem acolhimento e vínculo, de modo que seja abreviada a confirmação diagnóstica e o início do tratamento da TB. **Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; programa saúde da família; saúde do idoso; tuberculose.

### ABSTRACT

**Objective:** to examine the factors related to late diagnosis of tuberculosis (TB) among the elderly in a town in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba, Brazil, and evaluate them in relation to the system gateway. **Method:** in this qualitative study with the participation of seven elderly individuals, data were collected by semi-structured interview and analyzed by thematic content analysis. The study was approved by the research ethics committee (Protocol No. 0589/2008). **Results:** primary health care (PHC) did not figure as the main gateway for the elderly for diagnosis of tuberculosis in the city studied, revealing that PHC organization suffers from weaknesses relating to health actions, access and bonding, which interfere with the utilization of PHC as a gateway. **Conclusion:** a new work process logic is required in which health practices prioritize technologies that potentiate reception and bonding, for earlier confirmation of diagnosis and start of TB treatment.

**Keywords:** Primary health care; family health strategy; health of the elderly; tuberculosis.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar los factores relacionados al retardo del diagnóstico de la tuberculosis (TB) en ancianos en uno de los municipios de la región metropolitana de João Pessoa/Paraíba-Brasil, evaluándolos bajo la dimensión puerta de entrada. **Método:** investigación cualitativa, con participación de siete personas ancianas. Los relatos fueron recolectados mediante entrevista semidirigida y analizados por la Técnica de Análisis de Contenido. Estudio aprobado por el Comitê de Ética y Pesquisa con número de protocolo 0589/2008. **Resultados:** el atendimento básico de salud (ABS) no se configuró como principal puerta de entrada de los ancianos para el diagnóstico de la tuberculosis en el municipio estudiado, revelándose que la organización del ABS presenta fragilidades referentes a las acciones de salud, al acceso y al vínculo, que interfieren en su búsqueda como puerta de entrada. **Conclusión:** se exige una nueva lógica del proceso de trabajo en que las prácticas de salud prioricen tecnologías que potencialicen acogida y vínculo, de modo que sea abreviada la confirmación diagnosticada y el inicio del tratamiento de la TB.

**Palabras claves:** Atendimento básico de salud; programa de salud familiar; salud del anciano; tuberculosis.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como um problema de relevância mundial. Mesmo após mais de um século da identificação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e cerca de 50 anos após a descoberta de um tratamento medicamentoso específico e eficaz, a TB

continua aumentando em número absoluto de casos, caracterizando-se como *calamidade negligenciada*<sup>1</sup>.

No Brasil, o controle da TB é uma prioridade entre as políticas governamentais de saúde, e sua operacionalização é realizada pelas equipes da estratégia saúde da

<sup>I</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil. E-mail: seforaejoab@hotmail.com.

<sup>II</sup>Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa, Brasil. E-mail: deboracesarufpb@gmail.com.

<sup>III</sup>Enfermeira. Professora da Universidade Federal de Campina Grande. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: annejaque@gmail.com.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. João Pessoa, Brasil. E-mail: annelissa\_ufpb@hotmail.com.

<sup>V</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil. E-mail: anaritabizerra@hotmail.com.

<sup>VI</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil. E-mail: lenilde\_sa@yahoo.com.br.

família (ESF) que, sob a concepção da atenção primária à saúde (APS), tem a responsabilidade sobre o cuidado ao doente de TB<sup>2</sup>. Ressalta-se, pois, que a ESF se configura como o modelo de APS no Brasil<sup>3</sup>.

Nesse sentido, cabe ressaltar que no Brasil, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS vigente em outros países, passou-se a empregar a designação - atenção básica em saúde (ABS)<sup>3</sup> -, definida como ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde<sup>4</sup>. Portanto, neste estudo, foram adotados como sinônimos as siglas ABS e APS.

A ABS possui as seguintes dimensões: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional. Este estudo fundamenta-se na dimensão porta de entrada, que implica acesso e uso do serviço de ABS a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência<sup>5</sup>.

Assim, é a ESF que, contemplando as principais ações de controle da TB, deve funcionar como porta de entrada do doente para os diversos níveis de atendimento em saúde. No entanto, a descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde tem sido dificultada, favorecendo, então, o abandono do tratamento da TB<sup>6</sup> e o retardo do diagnóstico.

Seguindo a tendência mundial de envelhecimento da população, tem-se, ainda que vagarosamente, o deslocamento da incidência da TB para as faixas etárias mais altas no Brasil<sup>7,8</sup>. Assim, o crescimento populacional de idosos, associado ao recrudescimento da TB, confere maior preocupação para os estudiosos e para as autoridades sanitárias, justificando estudos detalhados e ações incisivas contra a doença nessa faixa etária<sup>9</sup>.

A TB no idoso é um problema de saúde emergente e complexo, face às peculiaridades da própria doença e à presença de outras características que favorecem a sua gravidade<sup>7</sup>. Apesar dos esforços empreendidos no cuidado a esse doente, o retardo ao diagnóstico permanece como empecilho, agravando e potencializando a disseminação da doença. faz-se necessário estudar os elementos relacionados a esse evento, a fim de identificar suas fragilidades e potencialidades para otimizar a produção de cuidados a esse cliente, no âmbito da ABS.

Nesse sentido, este estudo objetivou analisar os fatores relacionados ao retardo do diagnóstico da TB em idosos em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa/Paraíba-Brasil, avaliando-os sob a dimensão porta de entrada.

## REVISÃO E LITERATURA

O aumento da incidência da TB nas faixas etárias mais altas não é uma realidade apenas no Brasil, pois, segundo diferentes estudos, esse problema epidemiológico está sendo registrado por outros países do mundo, os quais indicam que, apesar de o número de casos de TB ter diminuído, há um aumento da incidência dos casos nos idosos em comparação à população em geral<sup>10-13</sup>.

Acompanhando a maior incidência dos casos de TB em idosos, ocorre também o aumento das taxas de mortalidade por essa doença, nessa faixa etária, cenário associado, principalmente, ao aumento da população idosa, às condições próprias da idade, aos componentes socioeconômicos e às políticas de saúde<sup>9</sup>.

A apresentação clínica da TB em idosos é variável<sup>14</sup>, afasta-se dos sintomas clássicos e apresenta, sobretudo, sintomas não característicos, como: anorexia, fraqueza, perda de peso e alteração mental<sup>14,15</sup>. Isso implica frequentemente o retardo do diagnóstico pela dificuldade de reconhecimento do quadro clínico, que, muitas vezes, é confundido com alterações próprias do envelhecimento, por profissionais de saúde e pelos familiares, ou não é referido de forma adequada pelo próprio paciente<sup>7,14,16,17</sup>.

Ainda não existe consenso acerca do tempo que define o atraso no diagnóstico de TB. Estudos apontam que, em relação a esse atraso, o tempo variou entre 30 a 162 dias e, quanto ao sistema de saúde, de 2 a 18 dias. O retardo no diagnóstico relacionado ao doente de TB reflete a demora na procura do serviço de saúde após o aparecimento dos primeiros sintomas da doença, e, em relação ao serviço de saúde, refere-se ao intervalo de tempo entre a primeira consulta, em qualquer unidade de saúde, até a data do diagnóstico<sup>18,19</sup>.

O acesso ao diagnóstico da TB deve ser garantido logo no primeiro contato com o doente, e esse acontece na porta de entrada do sistema<sup>20</sup>. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) no Brasil estabelece que a ABS seja responsável pelo atendimento no primeiro nível de atenção, atuando como porta de entrada para o sistema de saúde<sup>4</sup>.

Assim, é a ABS que, por contemplar as principais ações referentes ao controle da TB, deve funcionar como porta de entrada do doente acometido por TB para os diversos níveis de atendimento em saúde, possibilitando dessa forma um atendimento integral e mais resolutivo, principalmente às pessoas idosas.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, conduzida pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática<sup>21</sup>. Foi desenvolvida em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa/PB, considerado prioritário para o controle da TB pelo Ministério da Saúde (MS).

Participaram do estudo sete pessoas idosas que realizaram o tratamento de TB. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 60 anos, ter concluído o tratamento de TB em unidades de saúde do município cenário e nele residir. Os idosos que se encaixavam no perfil do estudo foram identificados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), estando indicados pela letra C, de clientes, e dispostos na sequência em que foram entrevistados, ou seja, de C1 a C7.

O material empírico foi obtido mediante a técnica da entrevista semidirigida. As informações foram coletadas nos meses de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011, na residência dos sujeitos e gravadas individualmente, com aparelho áudio-portátil.

No tratamento das informações, foi usada a técnica de análise de conteúdo (AC), modalidade temática, proposta por Bardin<sup>22</sup>. As etapas utilizadas para tratamento dos dados foram: pré-análise – na qual se realizou a leitura flutuante dos depoimentos, que se constituiu no *corpus* da análise, seguido pela leitura exaustiva do material; análise - onde foram selecionadas as unidades de registro (frases), formando um recorte dos relatos e posterior organização. A seguir, foi construída a grade de eixos temáticos da qual emergiram as seguintes categorias: Fluxo de utilização da rede de atenção à saúde pelo idoso portador de TB e Fragilidades no vínculo profissionais/serviço – usuário.

Considerando os aspectos éticos e em conformidade com a Resolução no.196/96 CNS, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB, sendo aprovado, em 17 de dezembro de 2008, sob protocolo nº 0589.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Fluxo de utilização da rede de atenção à saúde pelo idoso portador de TB

A PNAB, por meio da ESF, consolida a ABS como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde sendo responsável pelo atendimento no primeiro nível de atenção à saúde<sup>4</sup>. Em tese, a ESF configura-se como porta de entrada ao serviço de saúde, uma vez que contribui para a manutenção de hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida do ser humano, buscando a promoção da saúde e a prevenção de doenças para todos<sup>23</sup>.

Todavia, em seus relatos, os idosos revelam que os primeiros serviços de saúde procurados para diagnóstico e tratamento da sua doença foram o hospital especializado, o serviço privado e outros serviços de saúde. Vale ressaltar que apenas um depoente mencionou a busca da ESF posto para atendimento inicial, sendo que, nesse caso, se tratava da procura por um encaminhamento para o nível mais especializado:

*Eu fui direto para o Clementino [hospital de referência], porque queria me internar. (C2)*

*Eu fui para o hospital porque estava muito doente. Fiquei internada, até na UTI eu fiquei (C4)*

*Minha filha me levou para o hospital Clementino [...]. (C5)*

*Fui primeiro para o Santa Izabel [hospital], depois me mandaram para o Laureano [hospital] e de lá para o Clementino [...]. (C6)*

*Eu fui atrás do pessoal do posto, porque qualquer outro lugar que eu fosse ia pedir o papel do posto. Eles só atendem [em outro serviço] se levar o papel. (C3)*

Assim, a ESF não foi a porta de entrada para idosos portadores de TB no município estudado. Nesse sentido, este estudo corrobora resultados de outras pesquisas, evidenciando que os serviços de ABS não são os primeiros procurados pelos doentes de TB e nem os primeiros a mostrarem-se efetivos para a comprovação diagnóstica<sup>24,25</sup>. Isso revela o incipiente desempenho desses serviços no diagnóstico e controle da TB, no caso, extensivo à população idosa<sup>24</sup>.

Os resultados mostram uma atuação paralela dos serviços, na qual a ESF não funciona como filtro obrigatório para atenção especializada, acessada diretamente pelo usuário, o que sugere fragilidades na organização da rede de serviços de saúde do município estudado. Tal fato pode concorrer para o retardo do diagnóstico, representando ameaça para o controle e diagnóstico precoce da TB, e, conseqüentemente, contribuir para o agravamento do estado de saúde do doente, uma vez que se descobre a doença já em estágio avançado, e prolongamento do período de transmissibilidade da doença.

Estudo realizado em uma capital do nordeste brasileiro, com objetivo de avaliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na ESF, mostrou que, apesar de a maioria dos doentes procurar as unidades de saúde para obter o diagnóstico da doença, tais serviços não estavam preparados e nem organizados para atenderem as necessidades dos doentes, não garantindo efetivamente seu diagnóstico precoce<sup>26</sup>.

Na perspectiva da horizontalização progressiva da organização da atenção à saúde<sup>27</sup>, a ESF deve observar o princípio da integralidade, articulada a um conjunto de ações de saúde sobre o indivíduo e o ambiente, visando ao controle desse agravo, à proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos e acesso ao serviço de saúde<sup>28</sup>, ou seja, numa conformação em redes de atenção à saúde. Compreende-se, pois, por redes de atenção, a organização de serviços de saúde orientada por relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns entre vários atores, com troca de recursos entre si<sup>29</sup>.

Assim, esse entendimento possibilitará a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles<sup>29</sup>. Dessa forma, a ESF foi adotada

como perspectiva de mudança do modelo assistencial na ABS com a constituição dessa estratégia como porta de entrada preferencial<sup>26</sup>.

A organização do fluxo de utilização da rede de serviços, tendo na ESF o local de primeiro contato do usuário com o serviço, também é esperada no atendimento ao idoso, como estabelece a política. Ela define que a atenção à saúde desse grupo etário terá como porta de entrada a ABS, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade<sup>30</sup>. Nesse contexto, é na ABS, proposta como o ponto de primeiro contato com o usuário, que se devem identificar as reais necessidades de cuidados apresentadas, a fim de se maximizar a eficácia dos cuidados primários e serviços especializados. Diminuir-se-á, assim, a ocorrência de intervenções especializadas desnecessárias e excessivas, que geram gastos elevados para o sistema de saúde, e dessa forma, fortalecer o princípio da equidade<sup>5</sup>.

No entanto, os relatos dos idosos revelam uma contradição com o que é preconizado. Dessa forma, ressalta-se a transferência de responsabilidades das unidades de saúde da família (USF) para os serviços de maior densidade tecnológica:

*Para saber se eu tinha tuberculose, eu procurei primeiro a policlínica; depois eles me mandaram para o Clementino; daí do Clementino mandaram me tratar na Unidade, porque é perto. (C1)*

*Lá [no hospital] o médico me disse que eu podia me tratar em casa [...]. Só pegar a medicação no posto. (C3)*

*Fiquei internada no hospital [...] quando descobriram que eu tinha tuberculose, aí me mandaram para o PSF, fazer o acompanhamento. (C4)*

Observa-se que, apesar da ESF ter potencial para organizar e desenvolver as ações de prevenção, controle, diagnóstico e tratamento da TB<sup>31</sup>, ela não está sendo procurada pelos idosos acometidos pela doença para o seu diagnóstico e tratamento, ocorrendo o *encaminhamento inverso*, ou seja, do serviço especializado para a USF próxima da sua residência, refletindo-se desorganização do fluxo dos idosos portadores de TB na rede dos serviços de saúde.

Ao buscar o serviço especializado, o idoso com TB reconhece o hospital de referência como o local adequado para o diagnóstico e o tratamento de doenças infecciosas, como a TB, recorrendo, portanto, a um local historicamente definido e reconhecido socialmente como efetivo para tal. Destarte, é preciso salientar também a influência do preconceito que ainda acompanha a doença nesse processo de busca pelo serviço de saúde, uma vez que não se nega que o estigma que cerca a doença concorra para fragilizar o processo de descentralização das ações de controle da TB para os serviços da ABS<sup>32</sup>.

### Fragilidades no vínculo profissionais/serviço – usuário

A partir dos relatos, evidencia-se que os idosos acreditam na resolutividade proposta por tecnologias utilizadas em outros níveis de atenção, o que pode interferir na relação confiança/desconfiança deles quanto à obtenção de resultados exitosos nos serviços oferecidos pelas USF, bem como de seu papel como porta de entrada para o sistema de saúde:

*Porque eu queria me internar, e na unidade não se internava. (C2)*

*[...] o postinho me deu o encaminhamento para o hospital, e lá já comecei a tomar os remédios. (C3)*

*Não fui para o posto porque pensava que lá não resolvia, porque pensava que esse problema era só um especialista que resolvia. Porque eu queria um tratamento especializado. (C6)*

A forma como os usuários são acolhidos e o vínculo estabelecido entre eles e o serviço de saúde reforçam sentimentos de confiabilidade. Isso facilita a procura dos serviços mais próximos para a resolução das suas necessidades. Contudo, a busca dos idosos deste estudo por serviços de outros níveis revela que não houve a formação de vínculo entre os profissionais e a comunidade na qual estão inseridos. Ou seja, tal realidade contradiz a existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias<sup>33</sup>.

O vínculo é considerado uma dimensão da ABS e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo<sup>34</sup>. As fragilidades existentes na sua construção, entre a equipe de saúde e o usuário portador de TB, podem levar à diminuição da qualidade e da eficácia das ações do controle da doença no âmbito da ABS<sup>33</sup>. Uma das ações apontadas em um estudo, para aproximar mais os profissionais da saúde do doente de tuberculose, foi a visita domiciliar, sendo essa visita um espaço de promoção da saúde e construção de vínculos que fortalecem o cuidado<sup>35</sup>.

Outra ocorrência que chama atenção nos relatos dos participantes é que, mesmo tendo conhecimento da existência de USF, próxima à sua residência, esses idosos optaram por procurar outro serviço de saúde em busca do diagnóstico da TB, passando, na maioria das vezes, por problemas referentes ao deslocamento até aos serviços mais distantes:

*Tem, sim [USF] [...]. (C5)*

*Eu sabia que tinha PSF aqui [...]. (C6)*

*Dificuldades para o transporte foram muitas, principalmente financeiras. Minha filha gastava muito com transporte sempre que eu precisava ir para o hospital. (C4)*

*A maior dificuldade que a gente tem é a falta de dinheiro para fazer as coisas. (C5)*

*Eu tive dificuldade também para ir para o hospital, tive dificuldade de transporte, porque aqui é tudo longe, e eu não tinha dinheiro para pagar taxi. (C6)*

A descentralização das ações de controle da TB para os serviços da ABS teve como fundamento o modo como esses serviços são organizados: em territórios. A proximidade geográfica do indivíduo com o serviço de saúde facilita o acesso ao diagnóstico e a adesão ao tratamento da doença. Contudo, apenas a proximidade geográfica não determina a escolha do usuário pelo serviço de saúde, sendo esta influenciada pelo vínculo entre os usuários e os profissionais, que os motiva a procurar determinado serviço de saúde, ainda que mais distante<sup>25</sup>.

Apesar de a ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica<sup>36</sup>, observa-se que ter unidades de saúde próximas à casa do usuário não facilitou a procura desse serviço, de modo a identificá-lo como porta de entrada para a rede dos serviços de saúde. Ao optarem pela procura de serviços de referência ou hospitais, os idosos encontraram barreira geográfica, relacionada à distância e gastos com transporte. Sabe-se que o grupo mais afetado pelas barreiras geográficas, com difícil acesso à rede no momento de maior necessidade, é aquele formado pelas pessoas mais idosas e com limitadas condições socioeconômicas<sup>37,38</sup>. Nesse sentido, resta evidente a necessidade de fortalecimento de ações de acolhimento e do vínculo entre os profissionais dos serviços de saúde da ABS e os usuários, com vistas a potencializar a ABS como porta de entrada e se minimizar o impacto das barreiras citadas.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou verificar-se que a ABS não se configurou como principal porta de entrada dos idosos sintomáticos respiratórios de TB para o diagnóstico no município estudado, revelando que a organização da ABS apresenta fragilidades referentes às ações de saúde, ao acesso e ao vínculo, que interferem na busca pela ABS como porta de entrada. Tal realidade concorre para o retardo do diagnóstico, representando ameaça para o controle e diagnóstico precoce da TB e contribuindo para o agravamento do estado de saúde do doente e prolongamento da transmissibilidade da doença.

Assim, para a efetivação da ABS como principal porta de entrada para o sistema local de saúde, exige-se uma nova lógica do processo de trabalho, fundamentada em mudanças na política de saúde local, na perspectiva de se universalizar a atenção em saúde conforme preconiza o SUS. Nesse sentido, é imprescindível que as práticas de saúde priorizem tecnologias que potencializem acolhimento e vínculo, de modo que seja abreviada a confirmação diagnóstica e o início do tratamento da TB e de outras doenças.

Como limitação do estudo destaca-se a dificuldade para a localização e o acesso aos participantes da pesquisa, uma vez que a coleta dos relatos ocorreu na residência dos idosos e o primeiro contato dependeu da disponibilidade do agente comunitário de saúde da unidade em que o idoso concluiu o tratamento de TB.

Além disso, o estudo tem o limite de não contemplar idosos que residem em todos os distritos sanitários de saúde do município cenário. Ademais, em que pese não permitir generalizações, os resultados obtidos suscitam discussões sobre a fragilidade da ABS como porta de entrada do idoso com TB à rede de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med.* 2002; 35(1):51-58.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília(DF): Editora MS; 2011.
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência saúde coletiva.* 2009; 14(3):783-94.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção. Brasília(DF): Editora MS; 2002.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília(DF): Ministério da Saúde /Unesco; 2002.
6. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev esc enferm USP.* 2010; 44(4):904-10.
7. Vendramini SHF, Villa TCS, Cardozo Gonzales RI, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise do conceito. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003; 11(1):96-103.
8. Oliveira AAV, Sá LD, Nogueira JA, Andrade SLE, Palha PF, Villa TCS. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Rev esc Enferm USP.* 2013; 47(1):145-51.
9. Tavares LM, Oliveira ABM, Braga LAV, Andrade FB, Ferreira Filha MO. Incidência de casos de tuberculose em idosos no município de Cabedelo, Paraíba, Brasil. *Fiep Bulletin [Internet]* 2010 [citado em 12 ago 2016]; 80(Special). Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/search/titles?searchPage=69>
10. Shin JY, Jung SY, Lee JE, Park JW, Yoo SJ, Park HS, et al. Characteristics of pulmonary Webb-Yates M. Tuberculosis in the elderly: a different disease? tuberculosis in elderly people. *Tuberc Respir Dis.* 2010; 69(3):163-70.
11. Pešut DP, Gledović ZB, Grgurević AD, Nagorni-Obradović LM, Adžić TN. Tuberculosis incidence in elderly in Serbia: key trends in socioeconomic transition. *Croat Med J.* 2008; 49:807-12.
12. Trigueiro, JS, Tomaz MLRP, Souza RFRC, Pinheiro PGOD, Souza SAF, Sá L et al. Análise da produção acerca da tuberculose em idosos na literatura lusa e inglesa. *Rev Enferm UFPE on line.* 2016; 10(5):1847-56.
13. Lopez-Pelayo I, García-Martos P, Saldarriaga A, Montes de Oca M, Moreno I, González-Moya, E. Características de la tuberculosis em pacientes mayores de 65 años en el área sanitaria de Cádiz (España). *Rev Méd Chile.* 2004; 132(3):325-30.
14. Sood R. The problem of geriatric tuberculosis. *Journal of Indian Academy of Clinical Medicine.* 2004; 5(2):156-62.
15. Lee JH, Han DH, Song JW, Chung HS. Diagnostic and therapeutic problems of pulmonary tuberculosis in elderly patients. *J Korean Med Sci.* 2005; 20(5):784-89.
16. Schaaf HS, Collins A, Bekker A, Davies PDO. Tuberculosis at extremes of age. *Respirology.* 2010; 15(5):747-63.
17. Hino P, Costa-Júnior ML, Sasaki CM, Oliveira MF, Villa TCS, Santos CB. Time series of tuberculosis mortality in Brazil (1980-2001). *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15(5):936-41.
18. Mfinanga SG, Mutayoba BK, Kahwa A, Kimaro G, Mtandu R,

- Ngadaya E, et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:158.
18. Basnet R, Hinderaker SG, Enarson D, Malla P, Mørkve O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. *BMC Public Health*. 2009; 14(9):236
19. 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.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Pt): Editora 70; 2009.
22. Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. *Textos Envelhecimento*. 2004; 7(2).
23. Sá LD, Scatena LM, Rodrigues RAP, Nogueira JA, Silva AO, Villa TCS. Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(3): 408-14.
24. Mizuhira VF, Gazeta CE, Vendramini SHF, Ponce MAZ, Wysocki AD, Villa TCS. Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2015, 22(2):94-8.
25. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(3):300-5.
26. Teixeira MGLC, Paim JS. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. [Scielo-Scientific Electronic Library Online] 1990 [citado em 12 ago 2016]. 6(3):264-77. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300004)
27. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. p. 547-73.
28. Vilaça EM. As redes de atenção à saúde. Brasília(DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
29. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Editora MS, 2006.
30. Sa LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem [Scielo-Scientific Electronic Library Online]* 2011[citado em 12 ago 2016]; 19(2):[09 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf).
31. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JA, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. *Rev Rene*. 2012; 13(3):572-81.
32. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev. esc enferm USP*. 2009; 43(2):365-72.
33. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desemprego dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. Brasília(DF) : OPAS/OMS; 2006.
34. Clementino FS, Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliar. *Rev enferm. UERJ*. 2015; 23(3):350-4.
35. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup 1):S100-S110.
36. Drachler ML, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdades em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):461-70.
37. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40.