

DETERMINANTES INDIVIDUAIS E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

INDIVIDUAL DETERMINANTS AND UTILIZATION OF HEALTH SERVICES FOR TUBERCULOSIS DIAGNOSTIC

DETERMINANTES INDIVIDUALES Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

*Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro^I
Jordana de Almeida Nogueira^{II}
Aline Aparecida Monroe^{III}
Lenilde Duarte de Sá^{IV}
Ulisses Umbelino dos Anjos^V
Tereza Cristina Scatena Villa^{VI}*

RESUMO: Estudo seccional que objetivou analisar a influência dos determinantes individuais na utilização de serviços de saúde para o acesso ao diagnóstico de tuberculose. Foram entrevistados 101 doentes em tratamento no município de João Pessoa-PB, de julho a outubro de 2009. Três indicadores foram levantados – predisposição, disponibilidade e necessidade – e avaliados por meio de análise bivariada e teste de associação do qui-quadrado. Constatou-se que 46,5% dos doentes acessaram a atenção básica (AB), 36,6% optaram por serviços especializados e 16,8% procuraram o ambulatório do Programa de Controle da Tuberculose. Em ambos os sexos, a procura pelos serviços da AB foi predominante, como também entre os indivíduos até 40 e acima de 60 anos, pardos e negros, baixo nível de renda e escolaridade. O determinante individual associado à procura pelas unidades de AB está relacionado aos atributos dos indivíduos pertencentes às classes econômicas menos favorecidas, repercutindo nas desigualdades de acesso à saúde.

Palavras-chave: Tuberculose; diagnóstico; utilização; individualidade.

ABSTRACT: It is a cross-sectional study which aimed to analyze the influence of the individual determinants in the utilization of health services for the access to tuberculosis diagnostic. 101 patients in treatment in João Pessoa-PB were interviewed, from July to October 2009. Three indicators were raised – predisposition, availability and necessity. These indicators were evaluated by means of bivariate analysis and association chi-square test. It was found that 46.5% of patients accessed the Primary Care Services (PCS), 36.6% opted for Specialized Services and 16.8% looked for the ambulatory of the Tuberculosis Control Program. In both sexes, the demand for PCS was predominant, as well as between individuals until 40 years old and above 60, brown and black people, and with low levels of income and education. The individual determinant associated to the demand for the PCS units is related to the attributes of people from the lower socioeconomic classes, reflecting in the inequalities of health access.

Keywords: Tuberculosis; diagnosis; utilization; individuality.

RESUMEN: Estudio seccional que tuvo como objetivo analizarla influencia de los determinantes individuales en la utilización de servicios de salud en el acceso al diagnóstico de la tuberculosis. Se entrevistaron a 101 pacientes en tratamiento, en la ciudad de João Pessoa-PB-Brasil, de julio a octubre de 2009. Se planteó tres indicadores- predisposición, disponibilidad y necesidad-evaluados mediante un análisis bivariado con teste de asociación del chi-cuadrado. Se constató que 46,5% de los pacientes accedieron a los Servicios de Atención Básica (AB), 36,6% optaron por los servicios especializados, y que 16,8% buscaron el ambulatorio del Programa de Control de la Tuberculosis. En ambos los sexos, la demanda de los servicios de AB fue predominante, como también, entre los individuos de hasta 40 años y de más de 60 años, pardos y negros, bajo nivel de renta y escolaridad. El determinante individual asociado a la demanda de las Unidades de AB está relacionado con los atributos de los individuos que pertenecen a las clases económicas más desfavorecidas, lo que resulta en un acceso desigual a los servicios de salud.

Palabras clave: Tuberculosis; diagnóstico; utilización; individualidad.

^IEnfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: deborasgt@hotmail.com.

^{II}Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Clínica. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: jalnogueira31@gmail.com.

^{III}Professor Doutor do Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: alinemonroe@yahoo.com.br

^{IV}Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: sa.lenilde@gmail.com

^VProfessor Doutor do Departamento de Estatística. Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde. Centro de Ciências Exatas. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: ulissesanhos@gmail.com.

^{VI}Professor Titular do Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Coordenadora da Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose. E-mail: tite@eerp.usp.br

^{VII}Este estudo insere-se no projeto multicêntrico intitulado *Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil*, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

INTRODUÇÃO

O delineamento traçado pela reforma sanitária brasileira trouxe ao cenário da saúde mudanças tecnoassistências-organizativas que repercutiu diretamente no modo de utilização dos serviços de saúde^{VII}. Sob forte incentivo do Ministério da Saúde, a estratégia saúde da família (ESF) desponta como prioridade para o fortalecimento da atenção básica (AB), constituindo-se porta de entrada ao sistema local de serviços de saúde. Pautou-se na prerrogativa de que estes serviços ocupam espaço privilegiado para conhecer os indivíduos do seu território de alcance; identificar os problemas de saúde e as situações de risco presentes na comunidade; formular um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença; planejar e realizar ações educativas e intersetoriais vinculadas aos problemas de saúde elencados em seu território de abrangência e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade¹.

Diante de tantas possibilidades para melhorar a garantia do acesso a toda a população, era de se esperar a expansão da ESF no país, alcançando, em junho de 2010, 95% dos municípios brasileiros com mais de 32 mil equipes e cobertura de 55% da população. Ainda, nos últimos anos, a estratégia vem apresentando um ritmo de crescimento global de 3% ao ano, estendendo-se aos grandes municípios e às capitais do país².

Em contrapartida ao acelerado crescimento da ESF nos municípios de pequeno porte, a sua implementação, nos grandes centros urbanos tem sido vagarosa, em virtude da grande concentração demográfica, do alto nível de exclusão dos serviços de saúde, do perfil dos agravos existentes nas metrópoles, da rede de atendimento desarticulada e mal distribuída, entre outros complexos fatores interligados³.

Apesar dos impasses, espera-se que as unidades da AB se constituam de fato a porta de entrada para receber o usuário com quadro compatível de tuberculose (TB) ou que realizem busca de sintomáticos respiratórios na comunidade, apresentando, dessa forma, capacidade resolutiva para identificar a doença em tempo oportuno e oferecer as condutas necessárias. Adverte-se que a experiência do usuário neste nível, a partir da resolutividade percebida, irá interferir no padrão de utilização dos demais pontos de atenção à saúde.

Paralelamente, o fato de se apresentar prioritariamente, como opção ideal à obtenção do cuidado, não faz da AB prerrogativa de uso. No processo de utilização de serviços de saúde deve ser incluída a vontade do cliente em buscar um tipo específico de serviço que envolve uma série de determinantes.

Desse modo, a pesquisa objetivou analisar a influência dos determinantes individuais no padrão de utilização de serviços de saúde como porta de entrada para obtenção do diagnóstico da TB em João Pessoa-PB.

REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização dos serviços de saúde é resultado da interação de uma série de fatores. Além da disponibilidade de serviços, as razões que levam as pessoas a buscarem por cuidados de

saúde derivam da interação de fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, e dos perfis de morbidade, sendo que os efeitos e a importância relativa de cada fator são afetados pela bagagem cultural, pelas políticas de saúde vigentes e as características do sistema de saúde⁴.

Nesta perspectiva, pode-se ressaltar que fatores internos e externos aos serviços de saúde caracterizam-se como condicionantes da utilização. O consumo de serviços de saúde relaciona-se tanto à forma como está estruturada a oferta, quanto às características e comportamento dos indivíduos perante a doença, na atitude de procurar auxílio, obter acesso e se beneficiar com os cuidados recebidos. Adicionalmente, as preferências e escolhas dos sujeitos também são decisivas no que diz respeito ao padrão de uso de serviços, uma vez que “nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas”^{5:69}.

Entre as múltiplas considerações que devem ser incorporadas para compreensão deste fenômeno, priorizou-se neste estudo identificar a influência dos determinantes individuais sobre o padrão de utilização de serviços na atenção ao diagnóstico da TB. Parte-se do entendimento de que a busca por cuidados em saúde (acesso potencial) é determinado pelos componentes de predisposição, disponibilidade e necessidade⁶.

O componente – *predisposição* – é formado pelas características que correspondem à propensão que os indivíduos têm para procurar o serviço de saúde. Precedem o episódio da doença, estão intrinsecamente ligadas ao sujeito e incluem fatores como idade, sexo, raça/cor, religião/crença, escolaridade, entre outros⁶.

O componente – *disponibilidade* – relaciona-se com os meios ou ferramentas que as pessoas possuem para utilizar o serviço de saúde. Estes recursos podem ser específicos do indivíduo ou da família como a renda e seguridade social, além dos atributos da comunidade na qual o indivíduo vive (região urbana/região rural)⁶.

A *necessidade* representa o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde. Refere-se ao nível de percepção de problemas de saúde ou de estado de saúde insatisfatório que se constitui razão mais imediata para busca de cuidados (demanda espontânea). A necessidade de saúde pode ser percebida em âmbito individual (*behavior-seeking*) ou ser induzida pela detecção técnica de problemas que não eram sentidos como tais pelos próprios indivíduos (demanda induzida/busca ativa na comunidade)^{6,7}.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, seccional, de abordagem quantitativa. Elegeu-se como cenário desta investigação a capital do estado da Paraíba-João Pessoa, por pertencer ao grupo dos 11 municípios prioritários da unidade federativa e apresentar percentuais de cura e abandono abaixo da média preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

O município de João Pessoa, com 723.515 habitantes⁸, organiza a atenção à saúde de forma regionalizada, em cinco Distritos

Sanitários com 180 unidades de saúde da família (USF) perfazendo uma cobertura de 84%. Para os casos de TB coexistem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

O universo do estudo foi constituído por usuários em tratamento de TB residentes no município, sendo excluídos os pacientes menores de 18 anos e a população carcerária. O tamanho da amostra estimada foi calculado através do programa *Statistic* (usando os comandos *Severalmmeans*, *ANOVA*, *1-Wly*) e considerou os parâmetros: probabilidade do erro tipo I = 0,05; probabilidade do erro tipo II = 0,20; variação devido ao erro = 0,2, determinou-se que seriam necessários 100 informantes⁹. A seleção dos casos foi, por conveniência, devido à necessidade de investigar todos os doentes em tratamento.

Os dados foram coletados nos meses de julho a outubro de 2009 por meio de fonte primária - entrevistas com doentes. O questionário utilizado foi adaptado e validado¹⁰, contendo indicadores de avaliação das ações de controle da TB no âmbito da atenção primária a saúde. Para este estudo foram eleitas 13 variáveis referentes aos determinantes individuais da acessibilidade: Indicador 1- Predisposição: sexo, idade, raça/cor, estado civil, crença ou religião, escolaridade; Indicador 2- Disponibilidade: ocupação, renda mensal e número de pessoas que dependem da renda; Indicador 3- Necessidade- frequência com que via propagandas/campanhas/trabalhos educativos antes de adoecer, alguém da família fez tratamento para TB, avaliação do conhecimento da TB antes de adoecer, intensidade dos sintomas.

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003*, e transferidos para a tabela de entrada de dados do *Software Statistica 11.0* da *Statsoft*. As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades, comparadas entre os diferentes serviços de saúde: atenção básica; Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e serviços especializados (SE). Os serviços de AB incluíram as USF; o PCT- referência ambulatorial especializada para TB - e SE agruparam hospitais gerais/ privados, policlínicas, consultórios médicos particulares. Os indicadores levantados foram submetidos a tratamento estatístico por meio de análise bivariada e teste de associação do qui-quadrado (χ^2).

Atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sendo aprovado em 17 de dezembro de 2008, sob o protocolo nº 0589. O sigilo das informações contidas nos questionários foi garantido e o consentimento por escrito foi obtido de todos entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Indicador 1 – Predisposição

Conforme a Tabela 1, entre o total de casos diagnosticados (N= 101), 47 (46,5%) acessaram a AB quando começaram a sentir os sinais e sintomas da doença, 37 (36,6%) optaram por SE e 17 (16,8%)

TABELA 1: Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador, predisposição, e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de tuberculose (TB). João Pessoa, Paraíba, 2009 (N=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	AB f %	PCT f %	SE f %	Total f %	
Sexo					
Feminino	15 (53,6)	3 (10,7)	10 (35,7)	28 (27,7)	0,5266
Masculino	32 (43,8)	14 (19,2)	27 (37,0)	73(72,3)	
TOTAL	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	
Idade					
Até 40 anos	27 (47,4)	10 (17,5)	20 (35,1)	57 (56,4)	0,6979
Maior que 40 e menor que 60	13 (41,9)	4 (12,9)	14 (45,2)	31 (30,7)	
60 anos ou mais	7 (53,8)	3 (23,1)	3 (23,1)	13 (12,9)	
TOTAL	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	
Raça/Cor (n=97)^(*)					
Branco	8 (36,4)	3 (13,6)	11 (50,0)	22 (22,7)	0,4750
Negro	9 (47,4)	2 (10,5)	8 (42,1)	19 (19,6)	
Pardos	27 (48,2)	12 (21,4)	17 (30,4)	56 (57,7)	
TOTAL	44 (45,4)	17 (17,5)	36 (37,1)	97 (100,0)	
Estado Civil					
Solteiro	22 (48,9)	9 (20,0)	14 (31,1)	45 (44,6)	0,5579
Casado/União estável	23 (46,0)	6 (12,0)	21 (42,0)	50 (49,5)	
Separado/Divorciado/Viúvo	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	6 (5,9)	
Total	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100)	
Crença ou religião (n=97)^(*)					
Sem religião	12 (63,2)	1 (5,3)	6 (31,6)	19 (19,6)	0,2759
Católica	21 (40,4)	12 (23,1)	19 (36,5)	52 (53,6)	
Evangélica	12 (46,2)	3 (11,5)	11 (42,3)	26 (26,8)	
Total	45 (46,4)	16 (16,5)	36 (37,1)	97 (100,0)	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	33 (50,8)	11 (16,9)	21 (32,3)	65 (64,4)	0,0760
Mais de 8 anos de estudo	5 (23,8)	3 (14,3)	13 (61,9)	21 (20,8)	
Sem escolaridade	9 (60,0)	3 (20,0)	3 (20,0)	15 (14,8)	
Total	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	

AB-Serviços de Atenção Básica – USF PCT-Referência Ambulatorial para TB SE-Serviços Especializados.
^(*) Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (n<5).

procuraram o PCT. Na análise sociodemográfica verificou-se que 73 (72,3%) casos eram do sexo masculino e 28 (27,3%) do sexo feminino. A média de idade foi de 41,2 anos (dp=14,92), 65 (64,4%) com até 8 anos de estudo, 50 (49,5%) casados ou em união estável, 52 (53,6%) católicos e 56 (57,7%) pardos.

Em ambos os sexos, a procura pelos serviços de AB foi predominante, como também entre os indivíduos até 40 anos (47,4%) e acima de 60 (53,8%), pardos e negros, sem escolaridade e com até 8 anos de estudo. Observa-se que entre os indivíduos maiores de 40 e menores de 60 anos (53,8%), houve maior procura pelos SE, assim como para os indivíduos de raça branca, e com mais de 8 anos de estudo, conforme mostra a Tabela 1.

Assim como as demais variáveis, *estado civil e crença/religião* não influenciaram diferenças de escolha na utilização de serviço de saúde, sendo a AB predominantemente o serviço mais procurado. No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a semelhança de proporções e a não existência de associação entre as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico (sexo, idade, raça, estado civil, crença, escolaridade) e o tipo de serviço de saúde procurado.

Indicador 2 - Disponibilidade

A análise seguinte foi a associação entre as variáveis que compõem o indicador de *disponibilidade* e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente quando apresentou os sinais e sintomas da doença. Entre os casos investigados, os serviços de AB foram preferencialmente acessados pelos doentes em situação de desemprego (39,4%), aposentados (58,8%) e por aqueles em situação de vulnerabilidade econômica (52,9%), de acordo com a Tabela 2.

Entre os doentes inseridos na categoria empregados/autônomos, 16 (47,1%), procuraram por SE, que engloba principalmente assistência paga para obtenção de consultas particulares ou atendimento em hospitais privados.

O valor mediano do rendimento familiar dos doentes de TB foi de R\$ 465,00, 51 (50,5%) declararam viver com menos de 1 salário mínimo, sendo 4,4 o número médio de pessoas dependentes dessa renda. Doentes com as menores rendas e com famílias mais numerosas, a AB foi eleita como serviço de primeira escolha.

O teste de associação do qui-quadrado mostrou que, entre as variáveis relacionadas ao indicador *disponibilidade*, apenas a variável *renda mensal familiar* foi estatisticamente significativa ($p=0,0191$).

Indicador 3 – Necessidade

Finalizando as análises, foi encontrada associação entre as variáveis que compõem o indicador de *necessidade* e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente, quando apresentou os sinais e sintomas da doença. Os resultados mostram que os SE foram preferencialmente acionados entre os doentes que não tiveram acesso à propagandas/campanhas/trabalhos educativos. Inversamente, a AB foi o serviço eleito entre aqueles que manifestaram conhecimento prévio sobre a doença.

Ainda na perspectiva do conhecimento acerca da TB, a experiência de conviver com um membro da família acometido pela enfermidade pressupõe tornar-se ciente do contágio. Entre os doentes que assinalaram contato prévio com familiares acometido pela mesma enfermidade, 47,2% procuraram a AB, 33,3% recorreram aos SE e apenas 19,4% o PCT. Entre os que afirmaram não possuir familiares com história pregressa de tratamento para TB, a utilização de

TABELA 2: Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador, disponibilidade, e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de tuberculose (TB). João Pessoa, Paraíba, 2009 (N=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	AB f %	PCT f %	SE f %	Total f %	
Situação empregatícia					
Desempregado	13 (39,4)	10 (30,3)	10 (30,3)	33 (32,7)	0,1853
Empregado/Autônomo	15 (44,1)	3 (8,8)	16 (47,1)	34 (33,7)	
Aposentado	10 (58,8)	1 (5,9)	6 (35,3)	17 (16,8)	
Outros ^(*)	9 (52,9)	3 (17,6)	5 (29,4)	17 (16,8)	
TOTAL	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	
Renda mensal familiar^(**)					
Até 0,5 salário mínimo	6 (50,0)	5 (41,7)	1 (8,3)	12 (11,9)	0,0191
De 0,5 a 1 salário mínimo	14 (35,9)	8 (20,5)	17 (43,6)	39 (38,6)	
Acima de 1 salário mínimo	27 (54,0)	4 (8,0)	19 (38,0)	50 (49,5)	
TOTAL	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	
Número de pessoas que dependem da renda					
Até 3 pessoas	14 (40,0)	6 (17,1)	15 (42,9)	35 (34,6)	0,7348
De 4 a 6 pessoas	25 (47,2)	9 (17,0)	19 (35,8)	53 (52,5)	
Mais de 7 pessoas	8 (61,5)	2 (15,4)	3 (23,1)	13 (12,9)	
Total	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	

AB-Serviços de Atenção Básica – USF PCT-Referência Ambulatorial para TB SE-Serviços Especializados. ^(*)Categoria “outros” corresponde aos estudantes, afastados ou do lar. ^(**)Salário mínimo: R\$ 465,00.

serviços assemelhou-se ao anterior: 46,7% para a AB, 40,0% para o SE e 13,3% para o PCT, conforme mostra a Tabela 3.

Tais achados corroboram o resultado insatisfatório de avaliação do doente sobre o seu conhecimento da TB antes do episódio da doença. Observa-se, portanto, que quase a totalidade dos sujeitos aponta como *ruim* ou *regular* seu entendimento geral acerca da TB, em ambos os casos, o serviço mais procurado como porta de entrada foi a AB.

Reafirmando o exposto, torna-se perceptível que na ausência da noção do problema e da forma como ele se manifesta, o agravamento dos sintomas determina a necessidade da busca de cuidados de saúde. Entre os casos estudados (N=101), 73 (72,7%) procuraram o serviço de saúde apenas quando se perceberam com *fortes* sintomas da doença. No entanto, cabe destacar que independente da intensidade dos sintomas apresentados, os serviços de AB foram os mais procurados.

No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a semelhança de proporções e a não existência de associação entre as variáveis relacionadas ao indicador *necessidade* e o tipo de serviço de saúde procurado.

Entre os serviços de saúde pesquisados, observa-se que as unidades de AB caracterizaram-se como pri-

ções de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB. Em Campina Grande-PB, 51% dos usuários não procuraram a USF por ocasião do diagnóstico da doença¹¹. Em Ribeirão Preto-SP, 34,5% dos usuários com TB foram encaminhados pelo pronto atendimento ou hospital, sendo inexpressiva a contribuição da AB na identificação de 9,8% dos casos¹².

Quanto ao acesso, os resultados de um estudo divulgado em TamilNadu, sul da Índia, indicam que as mulheres com TB são mais propensas ao uso dos serviços de AB do que os homens, uma vez que dispõem de tempo para participação destes serviços durante o horário em que estão abertos e inclinação (oportunidade) para visitar as unidades em prol da saúde dos seus filhos (puericultura, vacina ou até mesmo o pré-natal)¹³.

Estudos brasileiros mostram que a presença de mulheres nos serviços de AB é mais frequente do que a de homens^{5,14}. Tem-se atribuído tal ocorrência ao comportamento masculino, sob duas vertentes: a socialização (tempo destinado ao trabalho, sair com amigos, prazeres noturnos etc.) e o processo de cuidar desvinculado da prática masculina^{15,16}.

Apesar das diferenças relatadas nas pesquisas apresentadas, neste estudo não houve associação en-

TABELA 3: Associação entre as variáveis relacionadas ao indicador, necessidade, e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente de tuberculose (TB). João Pessoa, Paraíba, 2009 (N=101).

Variáveis	Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente				P
	AB f %	PCT f %	SE f %	Total f %	
Acesso Propagandas/trabalhos educativos					
Nunca	19 (39,6)	8 (16,7)	21 (43,7)	48 (47,5)	0,6266
Às vezes	18 (56,3)	5 (15,6)	9 (28,1)	32 (31,7)	
Sempre	10 (47,6)	4 (19,1)	7 (33,3)	21 (20,8)	
TOTAL	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	
Tratamento progressivo para TB em familiares					
Sim	17 (47,2)	7 (19,5)	12 (33,3)	36 (35,6)	0,5752
Não	28 (46,7)	8 (13,3)	24 (40,0)	60 (59,4)	
Não sabe	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	5 (5,0)	
TOTAL	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	
Conhecimento prévio sobre TB (n=97)*					
Ruim	38 (47,5)	13 (16,2)	29 (36,2)	80 (82,5)	0,8716
Regular	8 (47,0)	2 (11,8)	7 (41,2)	17 (17,5)	
TOTAL	46 (47,4)	15 (15,5)	36 (37,1)	97 (100,0)	
Intensidade dos sintomas					
Fraco	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	8 (7,9)	0,4363
Moderado	10 (50,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	20 (19,8)	
Forte	33 (45,2)	11 (15,1)	29 (39,7)	73 (72,3)	
Total	47 (46,5)	17 (16,8)	37 (36,6)	101 (100,0)	

AB-Serviços de Atenção Básica – USF PCT-Referência Ambulatorial para TB SE-Serviços Especializados. (*Excluído as categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (n<5).

meiro serviço mais procurado pelos usuários com TB. Entretanto, este percentual não ultrapassa os 50% do total de doentes com TB investigados, o que traduz insuficiência destes serviços como porta de entrada. Tais achados corroboram pesquisas realizadas em diferentes regiões brasileiras que vêm discutindo as condi-

tre o sexo feminino e a AB como primeiro serviço de saúde procurado, sendo as taxas de procura proporcionais para ambos os sexos.

Em pesquisa nacional para traçar o padrão de utilização de serviços de saúde de acordo com o perfil sociodemográfico, a idade é apontada como uma variá-

vel que influencia o comportamento de busca de assistência médica. Constatou-se que, entre os não atendidos pelo Serviço Único de Saúde (SUS), houve proporcionalmente mais adultos e menos crianças e idosos¹⁷.

Outro estudo desenvolvido na região paulista para verificar as mudanças no perfil de utilização dos serviços de saúde registrou diferença significativa na distribuição etária ($p=0,03$), tendo maior proporção de usuários idosos na área onde foi implantada a ESF do que na área descoberta pela estratégia¹⁸.

Apesar de a maioria dos idosos (53,8%) recorrer aos serviços da AB, no evento da TB, não houve associação da faixa etária com o tipo de serviço utilizado, como porta de entrada, no presente estudo.

No perfil da saúde, a raça/cor é uma importante variável social, pois permite pensar as desigualdades raciais em que estão subordinados os negros e pardos, em que a cor da pele determina sua posição ou exclusão social. Todavia, poucos estudos brasileiros incorporam as desigualdades de cor nos indicadores de saúde, além de que os próprios profissionais de saúde não levam em consideração este determinante durante suas consultas^{19,20}.

No estudo observa-se que 50% dos doentes brancos iniciaram seu percurso no sistema de saúde pelos serviços especializados, que em sua maioria se constituem de consultas particulares sob pagamento direto. Todavia, não foi identificada associação entre a variável raça/cor e tipo de serviço de saúde procurado no atual estudo, até porque a condição de *ser pobre* os igualam.

Ao se tratar de estado civil e religião relacionada à TB, é notória a escassez de literatura entrelaçando as distintas variáveis ao problema de saúde. Entretanto, faz-se necessário destacar que a discriminação e as falsas crenças construídas culturalmente ao redor do doente com TB devem ser banidas para que não provoquem mudanças na vida social, afetando também as relações íntimas dos portadores, redobrando a atenção quanto ao diagnóstico e o apoio aos doentes e comunicantes, visto que a maior parcela dos respondentes deste estudo (49,5%) está casada ou em união estável.

A maior concentração de indivíduos com baixa escolaridade identificada nos resultados finaliza a apresentação do perfil sociodemográfico dos doentes, expondo outra preocupante face das mazelas do país e reafirmando a literatura que relaciona maior risco e incidência de TB a estratos sociais com menor grau de instrução²¹⁻²³.

Os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), de 2003, indicam que entre os usuários do SUS prevalecem os cidadãos com menor nível de escolaridade, baixa renda e sem cobertura por plano de saúde²⁴. A lógica é que as pessoas com pouca escolaridade são, geralmente, economicamente desfavorecidas no meio social e recorram a serviços públicos, sem dispêndio financeiro. Essa reflexão

recai sobre os resultados deste estudo que mostram maiores percentagens de procura dos serviços da AB pelos doentes sem escolaridade ou com até 8 anos de estudo, enquanto que os doentes com mais de 8 anos de estudo ingressaram no sistema de saúde pelos SE.

Em relação ao perfil econômico, autores sinalizam que a população em piores condições socioeconômicas apresenta maior probabilidade de atendimento pelo SUS e os indivíduos atendidos pelo sistema privado estão, dentre as características sociodemográficas, na parcela com a melhor renda familiar *per capita*. Ressaltam que a maior dificuldade de acesso se concentra no contingente mais pobre do país, onde, paralelamente, os indivíduos com nível socioeconômico mais elevados tem maior probabilidade de utilizar serviços de saúde²⁴. Esta afirmativa é confirmada por outros pesquisadores ao investigarem a variação no tipo de serviço ambulatorial utilizado segundo a renda: “os grupos de maior renda usam predominantemente consultórios particulares e clínicas, ao passo que os de menor renda usam mais postos e centros de saúde”^{25,142}.

Embora o SUS tenha sido criado para alcançar a população em geral, independente das condições econômicas de cada estrato da sociedade, na prática a grande desigualdade social acaba por estimular a expectativa de que as políticas públicas venham subsidiar preferencialmente a camada populacional que está fora de cobertura do sistema privado²⁴.

Nessa perspectiva, o esperado foi encontrado no resultado desta pesquisa, ou seja, que a maioria dos doentes com as piores rendas mensais (até meio salário mínimo) buscasse os serviços públicos (AB e PCT) e não recorressem aos SE, predominantemente pagos. Entre as variáveis relacionadas ao indicador *disponibilidade*, a *renda mensal familiar* foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa *com tipo de serviço de saúde procurado pelos doentes de TB* ($p=0,0191$). No entanto, os doentes com renda mensal entre meio a um salário mínimo alcançaram percentual significativo de 43,6% com relação à demanda por SE.

Embora neste estudo não tenha sido encontrada associação entre as variáveis do perfil de conhecimento do usuário em relação ao tipo de serviço procurado, chama atenção que 82,5% dos doentes investigados avaliaram como ruim o conhecimento sobre a doença. Constatou-se que a procura por cuidados de saúde foi motivada pelo agravamento dos sinais e sintomas da doença em 72,3% dos casos.

CONCLUSÃO

O estudo trouxe ao cenário de investigação a relação entre os determinantes individuais de acesso e a utilização de serviços de saúde como porta de entrada para o doente acometido por TB sob três principais vertentes: *predisposição, disponibilidade e necessidade*.

Pôde-se constatar que tanto os doentes do sexo feminino quanto do masculino recorreram com maior frequência aos serviços da AB para ingressar na rede de cuidados, assim como os adultos jovens e idosos, e os indivíduos de cor negra e pardos. A predominância da busca da AB também ocorreu entre os solteiros e casados/união estável, em todos os segmentos religiosos e nos usuários com baixo nível de escolaridade e menores rendas.

A avaliação que os doentes fizeram acerca do seu próprio conhecimento sobre a doença variou insatisfatoriamente, entre regular e ruim, sendo a gravidade dos sintomas que, em geral, impulsionou o indivíduo a buscar cuidados. Uma vez que o modo de viver e de pensar de cada pessoa afeta diretamente a forma de perceber a doença e enfrentá-la e reconhecendo que as ações de controle da doença devem assumir diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários, espera-se que sejam incluídos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, rotinas e processos de busca sistemática das necessidades de saúde e desenvolvidas habilidades para reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico no qual se dá o encontro do sujeito/equipe.

Conclui-se, portanto, que o modelo teórico utilizado confirmou a presença de fatores predisponentes que favorecem as desigualdades na busca e obtenção de cuidados. No entanto, a interpretação das variáveis selecionadas não leva em conta a variabilidade e a dinâmica de seus significados sociais concretos. Uma das limitações dos estudos de associações é que decompõe o todo em partes, associadas entre si por relações lineares de causa-efeito e, assim, lidam com uma positividade condicional inerente a um discurso que abstrai a variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados das práticas sociais, em que tais possibilidades de adoecimento são vividas e experienciadas. Contudo, envidar esforços para inclusão da dimensão subjetiva pode resultar em grandes conquistas na formulação de estratégias eficazes no combate à TB, uma vez que permite apreender nas especificidades do comportamento de busca de cuidados a totalidade dos sujeitos, valorizando sua postura e conhecimento, de forma a torná-lo visível e corresponsável no processo.

REFERÊNCIAS

1. Escorel SE, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa saúde da família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21:164-76.
2. Ministério da Saúde (Br). Garantindo o acesso a toda população: saúde em todo o lugar. Departamento de Atenção Básica SAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde. [citado em 09 jun 2011] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_13m_heider.pdf.
3. Sousa MF, Fernandes A, Araújo C, Fernandes MC. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2000; 21:7-14.
4. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:372-8.
5. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2002; 7:687-707.
6. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*. 1974; 208-20.
7. Branch L. Assessment of chronic care need and use. *The Gerontologist*. 2000; 40:390-6.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [site de internet] [citado em 12 set 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
9. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre (RS): Bookman; 2005.
10. Villa TCS, Ruffino Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009; 35:610-2.
11. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saude Publica*. 2009; 43:825-31, 2009.
12. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF de, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Ruffino Netto A, Villa TCS. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45:1121-7.
13. Balasubramanian R, Garg R, Santha T, Gopi PG, Subramani R, Chandrasekaran V, et al. Gender disparities in tuberculosis: report from a rural DOTS programme in south India. Gender disparities in tuberculosis: report from a rural DOTS programme in south India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004; 8:323-32.
14. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc saúde coletiva*. 2005; 10:105-9.
15. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50:1385-401.
16. Fonseca J LCL, Leão LS, Lima DC, Targino P, Crisóstomo A, Santos B. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MA, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003. p. 79-91.
17. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc saúde coletiva*. 2006; 11:1011-22.
18. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:90-9.
19. Batista LE. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte [tese de doutorado]. Araraquara (SP): Universidade Estadual Paulista; 2002.
20. Araújo CLF, Cruz LMF, Lopes MC, Fernandes ECS. O quesito cor/raça em formulários de saúde: a visão dos profissionais de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:241-6.
21. Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidades em paci-

- entes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade-Curitiba, PR. *Cogitare Enferm.* 2010; 15:92-9.
22. Vendramini SHF, Gazetta CEI, Chiaravalotti FN. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. *J Bras Pneumol.* 2005; 31:237-43.
23. Ximenes RAA, Albuquerque MFPM, Souza WV, Montarroyos UR, Diniz GTN, Luna CF, et al. Is it better to be rich in a poor area or poor in a rich area? A multilevel analysis of a case-control study of social determinants of tuberculosis. *Int J Epidemiol.* 2009; 38:1285-96.
24. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc saúde coletiva.* 2006; 11:1011-22.
25. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2000; 5:133-49.