

DISCURSOS DOS GESTORES RELACIONADOS ÀS BARREIRAS DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

DISCOURSES OF MANAGERS RELATED TO BARRIERS TO ACCESS TUBERCULOSIS DIAGNOSIS AND TREATMENT

DISCURSOS DE LOS GESTORES RELACIONADOS CON LAS BARRERAS DE ACCESO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Adriana Maria da Silva¹
Silvana Carvalho Cornélio Lira²
Alcieres Martins da Paz³
Anne Jaquelyne Roque Barrêto⁴

Como citar este artigo: Silva AM, Lira SCC, Paz AM, Barrêto AJ. Discursos dos gestores relacionados às barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. Rev. baiana enferm. 2023, 37: e52172.

Objetivo: identificar no discurso dos gestores aspectos relacionados às barreiras de acesso e de tratamento das pessoas com tuberculose em serviços da Atenção Primária à Saúde. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, contou com a participação de seis gestores coordenadores do programa de controle de tuberculose. A coleta dos dados foi realizada utilizando a entrevista e para análise dos dados foi utilizada a fundamentação teórico-metodológica na Análise de Discurso de matriz francesa. **Resultados:** barreiras que têm dificultado o acesso dos pacientes são organizacionais, falta de profissional, horário de atendimento, realização de busca ativa, demora na marcação e entrega dos exames. **Informação:** desconhecimento dos sintomas e estigma. Além disso, a acessibilidade geográfica que dificulta o deslocamento até os serviços de saúde. **Considerações finais:** o acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços da Atenção Primária à Saúde apresenta fragilidades. É necessário conscientizar todos os envolvidos nas ações de cuidado à tuberculose, que voltem seus olhares para o agravo.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Tuberculose. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

Objective: to identify in the discourse of managers aspects related to barriers to access and treatment of people with tuberculosis in Primary Health Care services. Method: this is a qualitative study, with the participation of six coordinating managers of the tuberculosis control program. Data collection was performed using the interview and for data analysis was used the theoretical-methodological basis in French Discourse Analysis. Results: barriers that have hindered the access of patients are organizational, lack of professional, service hours, active search, delay in marking and delivery of tests. Information: lack of awareness of symptoms and stigma. In addition, the geographical

Autor(a) Correspondente: Adriana Maria da Silva, adryanna.tiago@hotmail.com

¹ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6869-7823>

² Secretaria Municipal de Saúde. Recife, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9621-7666>

³ Secretaria Municipal de Saúde. Recife, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0269-1031>

⁴ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6852-8480>

accessibility that makes it difficult to move to health services. Final considerations: access to the diagnosis of tuberculosis in Primary Health Care services has weaknesses. It is necessary to make aware all those involved in the actions of care for tuberculosis, to turn their eyes to the aggravation.

Descriptors: Access to Health Services. Tuberculosis. Health Management. Primary Health Care. Nursing.

Objetivo: identificar en el discurso de los gestores aspectos relacionados a las barreras de acceso y de tratamiento de las personas con tuberculosis en servicios de la Atención Primaria de la Salud. Método: se trata de un estudio cualitativo, contó con la participación de seis gestores coordinadores del programa de control de tuberculosis. La recolección de los datos fue realizada utilizando la entrevista y para análisis de los datos fue utilizada la fundamentación teórico-metodológica en el Análisis de Discurso de matriz francesa. Resultados: barreras que han dificultado el acceso de los pacientes son organizacionales, falta de profesional, horario de atención, realización de búsqueda activa, demora en la cita y entrega de los exámenes. Información: desconocimiento de los síntomas y estigma. Además, la accesibilidad geográfica que dificulta el desplazamiento hacia los servicios de salud. Consideraciones finales: el acceso al diagnóstico de la tuberculosis en los servicios de la Atención Primaria de Salud presenta fragilidades. Es necesario concientizar a todos los involucrados en las acciones de cuidado a la tuberculosis, que vuelvan sus miradas hacia el agravio.

Descritores: Acceso a los Servicios de Salud. Tuberculosis. Gestión en Salud. Atención Primaria de Salud. Enfermería.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende o nível de atenção que está mais próximo da população, caracteriza-se por identificar as necessidades e problemas dos usuários, oferece diversos serviços, além de organizar a assistência à saúde em redes, possibilitando a coordenação do cuidado⁽¹⁾. Os serviços da APS também são caracterizados como porta de entrada, devendo ser de fácil acesso e proporcionar um atendimento adequado e resolutivo⁽¹⁾. O termo acesso pode ser entendido como a entrada do usuário no sistema de saúde. O acesso acontece no instante em que o indivíduo identifica uma necessidade de saúde e procura por cuidados específicos⁽²⁾.

Em se tratando da tuberculose (TB), com a descentralização do cuidado para a APS, cabe à equipe de Saúde da Família (eSF) a elaboração e o desenvolvimento de ações e atividades que possam assegurar o cuidado com resolutividade, mediante os problemas apresentados pela população⁽³⁾. Porém, os serviços de saúde ainda apresentam fragilidades como porta de entrada na prestação de alguns cuidados, principalmente para a realização do diagnóstico da TB.

Estudo evidencia que das pessoas que procuraram os serviços APS como porta de entrada para realizarem o diagnóstico da TB, menos da metade

conseguiu obter o diagnóstico. Revelou ainda que os serviços da APS não são os mais procurados como primeira opção pelas pessoas com TB, e não são os primeiros a se mostrarem eficazes na realização da confirmação diagnóstica⁽⁴⁾.

A TB ainda é considerada um grave problema de saúde pública. Cerca de 10 milhões de pessoas adoecem por TB a cada ano no mundo, sendo uma das 10 principais causas de morte e a principal causa por um único agente infeccioso. Afeta de forma desproporcional pessoas do sexo masculino, adultos, jovens e países de baixa renda. O Brasil está entre os 30 países de alta carga para a TB e para coinfeção TB-HIV, sendo considerado prioritário para o controle da doença⁽⁵⁾. Apesar de ser uma doença com diagnóstico e tratamento ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem barreiras de acesso.

Estima-se que no Brasil, no ano de 2021, foram diagnosticados 68.261 casos novos de TB. Apresentando um coeficiente de incidência de 32,0 casos/100 mil habitantes (hab.). Em 2020, foram registrados 4.543 óbitos por TB, resultando em um coeficiente de mortalidade de 2,1 óbitos/100 mil hab. Neste mesmo ano, Pernambuco foi um dos estados que apresentaram os maiores

coeficientes de mortalidade e Recife, a capital, também registrou um dos maiores coeficientes de mortalidade, apresentando 3,1 óbitos/100 mil hab. e 5,0 óbitos/100 mil hab., respectivamente⁽⁶⁾.

Os serviços encontram dificuldades em proporcionar um acesso adequado ao diagnóstico da TB, devido a fatores como a baixa capacidade diagnóstica dos profissionais e a transferência de responsabilidade para outros serviços de saúde, a carência de recursos humanos, restrição do horário de atendimento das unidades de saúde e a necessidade do uso de transporte motorizado pelo doente de TB para se deslocar até a unidade de saúde⁽⁴⁻⁷⁾. Essas barreiras acabam gerando a quebra de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, atrasando a obtenção da consulta, levando as pessoas com TB a procurarem outros serviços de saúde, prejudicando ainda mais seu deslocamento, provocando mais gastos financeiros, retardando o diagnóstico da TB, favorecendo a disseminação da doença, além de sobrecarregar outros serviços de saúde⁽⁸⁾.

Nesse contexto, compreende-se que as barreiras de acesso se configuram como um grande desafio para a gestão. Alguns pontos podem ser considerados para a superação dessas barreiras, como: uma maior articulação e troca de informação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, planejamento das ações de controle da TB, oferta de capacitações para os profissionais de saúde⁽⁹⁾.

Dada a importância da identificação das barreiras de acesso que os doentes de TB enfrentam nos serviços de saúde, vem tornando-se cada vez mais expressiva a produção científica sobre a temática, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde. No caso específico da relação entre barreiras de acesso aos serviços de saúde e TB, os estudos, em sua maioria, abordam a visão do doente de TB e dos profissionais de saúde, os que apontam a visão dos gestores tratam apenas das barreiras de acesso aos serviços de saúde sem especificar a TB⁽⁸⁻¹⁰⁻¹¹⁾. O presente estudo tem como objetivo identificar no discurso dos gestores aspectos relacionados às barreiras

de acesso e de tratamento das pessoas com tuberculose em serviços da Atenção Primária à Saúde.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, tendo como base o guia *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ). O estudo analisa os discursos de profissionais da saúde que atuam na função de gestores, coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), na perspectiva de identificar as barreiras de acesso das pessoas com TB aos serviços da APS na cidade do Recife-PE.

A pesquisa foi desenvolvida nos Distritos Sanitários (DS) I, II, III, IV, V e VIII da cidade do Recife-PE. Optou-se por realizar a pesquisa nos DS, com os coordenadores do PCT, para conhecer a visão dos gestores que atuam no nível mais descentralizado de gestão do programa.

Com uma composição territorial diversificada, a cidade está dividida em 94 bairros agrupados em seis Regiões Político-Administrativas e em oito DS. Em 2017, Recife apresentava uma cobertura populacional pela APS estimada em 73%. A cobertura populacional pela estratégia de saúde da família atingiu 58%, as equipes de Agente Comunitário de Saúde alcançaram 14,5%, e a cobertura das equipes de saúde bucal foi de aproximadamente 37%⁽¹²⁾.

Os participantes da pesquisa foram gestores, coordenadores do PCT dos DS da cidade do Recife-PE. A previsão inicial era de oito participantes, porém foram realizadas somente seis entrevistas, tendo em vista que não foi possível agendamento de duas das entrevistas por indisponibilidade de horário dos gestores. O critério de inclusão utilizado foi a escolha de profissionais que atuassem na coordenação do PCT de cada DS no período da coleta do estudo. Como critério de exclusão foi utilizado o seguinte recorte: profissionais de férias, licença ou qualquer outro motivo que os impedissem de exercer a profissão no período da coleta do material empírico.

A coleta foi realizada no período de abril a junho de 2019, no local de trabalho de cada participante, foi utilizada a entrevista semidirigida para a produção do material empírico, que tiveram duração média de 18 minutos. Elas foram gravadas com o auxílio de gravador de áudio e transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas após contato por meio telefônico com os participantes para agendamento prévio de horário e lugar. Durante a realização das entrevistas estavam presentes no local somente o pesquisador e o entrevistado. No início de cada entrevista, os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, após a concordância do participante, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todos os gestores foram identificados com a letra G (G1 a G6).

Para análise do *corpus* constituído foi utilizada a fundamentação teórico-metodológica na Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. Na AD empreende-se a passagem do material bruto (entrevistas transcritas), para o objeto discursivo, seguindo os passos, apresentados por Orlandi, da superfície linguística para o texto (discurso); do objeto discursivo para a formação discursiva e do processo discursivo para a formação ideológica⁽¹³⁾.

O conceito-análise presente na pesquisa está relacionado às “barreiras de acesso enfrentadas pelas pessoas com TB em serviços da APS”. Estabelecido o conceito-análise, bem como a obtenção do *corpus* discursivo por meio da pergunta norteadora: “Quais os aspectos dos discursos de gestores estão relacionados às barreiras de acesso e de tratamento enfrentadas pelas pessoas com TB em serviços da APS?”, passou-se a identificação das marcas textuais em relação ao conceito-análise. Das marcas textuais emergiram as seguintes

formações discursivas: barreiras relacionadas à organização os serviços de saúde; barreiras relacionadas à informação; barreiras relacionadas à acessibilidade geográfica e, conseqüentemente, revelou o seguinte Bloco discursivo (BD) - Barreiras de acesso enfrentadas pelos doentes de tuberculose nos serviços da Atenção Primária à Saúde. A partir do BD procurou conhecer a que discurso pertence às marcas linguísticas.

Atendendo à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). A pesquisa foi aprovada com o parecer Nº 3.231.075 e CAAE Nº 09260019.1.0000.5569.

Resultados

O estudo contemplou seis participantes, que eram gestores coordenadores do PCT dos DS. Ao caracterizar esses gestores, todos eram enfermeiros. Em relação ao tempo em que desempenhavam a função de gestor, um (G3) estava a sete meses, cinco (G1, G2, G4, G5, G6) estavam a mais de um ano.

Para melhor apresentar e analisar os depoimentos, foi construído o seguinte bloco discursivo: barreiras de acesso enfrentadas pelos doentes de tuberculose nos serviços da Atenção Primária à Saúde. Esse bloco surgiu a partir das marcas textuais identificadas nos discursos dos gestores, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Bloco discursivo: Barreiras de acesso enfrentadas pelos doentes de tuberculose nos serviços da Atenção Primária à Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil – 2019.

FORMAÇÕES DISCURSIVAS	SEGMENTAÇÃO TEXTUAL
Barreiras relacionadas à organização dos serviços de saúde	<p><i>Na minha referência hoje eu estou sem enfermeiro no programa de TB [...] o programa em si tá um pouquinho parado por conta disso [...] eu acho que falta mais busca ativa das unidades, por mais que a gente fale, eles ficam muito esperando sabe, o paciente chegar sabe [...]. (G2); [...] às vezes o laboratório também demora na entrega do resultado [...]. (G1);</i></p> <p><i>O horário de atendimento das unidades de saúde da família, visto que alguns pacientes podem estar em seu horário de trabalho [...]. (G3);</i></p> <p><i>[...] dificuldade com a marcação de raio-x, que era pra ser uma demanda espontânea e às vezes você tem que regular aquele paciente [...]. (G6);</i></p> <p><i>Quando ele [paciente] chega simplesmente fora do horário de acolhimento e algumas unidades não tem essa sensibilidade de percepção que ele é um sintomático respiratório [...] esse paciente, às vezes, ele não consegue esse acesso e volta para casa. (G5);</i></p> <p><i>A gente tem um sério problema com o laboratório, o laboratório passa por um desmonte absurdo, não tem profissional [...]. (G4)</i></p>
Barreiras relacionadas à informação	<p><i>[...] do paciente, ele se reconhecendo como doente [...] e aí quando já vai, já é uma situação, já bastante avançada [...]. (G3);</i></p> <p><i>[...] o que tem dificultado esse acesso muitas vezes é o desconhecimento dos sintomas ou simplesmente o estigma ainda presente [...]. (G5);</i></p> <p><i>[...] alguns acreditam até que a doença é hereditária, então o retardo do diagnóstico ele vem da desinformação, da falta de propaganda [...]. (G5)</i></p>
Barreiras relacionadas à acessibilidade geográfica	<p><i>[...] quando a área é descoberta ou quando a equipe precisa de um médico especialista, a gente tem que encaminhar [...] e às vezes a gente encontra pacientes que não tem condições de tá se dirigindo para tão longe [...] dificuldade do acesso que a gente tem no raio-x [...] é muito distante do nosso território [...]. (G1);</i></p> <p><i>[...] tem a questão do acesso do paciente ir até essas unidades, até esse local para realizar o exame de raio-x [...] que vai ter que se deslocar e ir até essa unidade, este hospital para realização do raio-x, podemos citar aí também a questão socioeconômica do paciente [...]. (G3);</i></p> <p><i>[...] dificuldade com a marcação de raio-x [...] não tem no seu território e diz que vai mandar para longe, já tem uma questão de passagem [...]. (G6);</i></p> <p><i>[...] a questão dos exames hoje, eu realmente não tenho [...] o paciente às vezes não tem uma passagem para ir fazer um exame de raio-x [...]. (G2)</i></p>

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

É possível identificar nos segmentos discursivos de todos os gestores, que as barreiras enfrentadas pelos doentes de TB estão relacionadas aos recursos humanos, horário de atendimento, realização de busca ativa, identificação de sintomáticos respiratórios, demora na marcação e entrega dos exames, refletindo na forma como os serviços são organizados.

Fatores organizacionais como o horário de funcionamento das unidades de saúde e a falta de profissionais nesses serviços, bem como acolhimento inadequado, são questões que dificultam a identificação dos sintomáticos respiratórios, além de contribuir para uma assistência descontinuada e sem qualidade. Desse modo, acabam favorecendo ao retardo do diagnóstico da TB, bem como ao agravamento do quadro clínico e a disseminação da doença⁽⁸⁾.

A realização de busca ativa permite a identificação de sintomático respiratório e a detecção precoce de formas pulmonares. A busca ativa é uma atividade que deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde, visando identificar precocemente os casos bacilíferos, iniciar o tratamento e cessar a transmissão da doença⁽¹⁴⁾.

A busca passiva de TB ocorre quando uma pessoa, reconhecendo os sinais e sintomas da doença, procura os serviços de saúde para receber os devidos cuidados, ou quando o profissional de saúde identifica os sinais e sintomas da TB e encaminha a pessoa com a suspeita para diagnóstico. Mesmo a busca ativa sendo uma atividade de extrema importância para a identificação do sintomático respiratório de TB, a busca passiva também colabora com a identificação, verificação e diagnóstico. Vale salientar que nem sempre uma pessoa associa os sinais e sintomas característicos da TB com a doença e dificilmente procura os serviços de saúde no início dos sintomas, acarretando atrasos no diagnóstico e tratamento precoce⁽¹⁵⁾.

A demora em se ter acesso aos resultados dos exames diagnósticos pode estar relacionada a fragilidade na organização dos serviços de saúde. A falta de profissionais nos laboratórios e recursos necessários para realizar os exames diagnósticos

da TB acaba gerando atrasos no recebimento desses exames. Desse modo, os serviços de saúde não realizam o diagnóstico de forma efetiva, provocando um agravamento da doença e aumentando o seu poder de transmissibilidade⁽¹⁶⁾.

Nos discursos de G1, G2, G3, G4, G5 e G6 são sinalizados que a falta de profissionais, demora da marcação e execução de exames diagnósticos, não realização de busca ativa e o horário de funcionamento dos serviços de saúde, são fatores que levam ao aumento no tempo para o usuário conseguir atendimento, afetando também a sua qualidade, interfere ainda na identificação dos sintomáticos respiratórios, retarda o diagnóstico e favorece a disseminação da doença. Os discursos mostram que os sujeitos se posicionam muito mais como enfermeiros do que como gestores, responsáveis por solucionar ou minimizar esses fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde. Compete ao gestor do SUS a tomada de decisão baseada em evidências e, neste aspecto, pode ser estratégica a combinação de ambas visões, enfermeiro-gestor, para o enfrentamento das barreiras de acesso.

No enunciado de G2, ao afirmar que o programa de TB está realizando atividades de forma reduzida devido à ausência do profissional enfermeiro, aponta o enfermeiro como um facilitador do processo, no que se refere ao planejamento e realização de atividades que envolvem desde a identificação até a cura da TB.

Ainda a respeito das barreiras organizacionais, há um silenciamento na fala dos sujeitos a respeito da busca ativa e identificação dos sintomáticos respiratórios, percebendo-se um distanciamento por parte dos gestores na sua responsabilização pela realização de capacitações com os profissionais das unidades de saúde.

Os gestores ainda relatam como barreira, o desconhecimento dos sintomas e o estigma, estando relacionados com a falta de informação, evidenciada nos segmentos textuais de G3 e G5, respectivamente: “[...] *ele se reconhecer como doente* [...]” e “[...] *é o desconhecimento dos sintomas ou simplesmente o estigma* [...]”.

A falta de conhecimento, acerca dos sinais e sintomas da TB, faz com que os doentes busquem meios alternativos como remédios caseiros ou

medicamentos sem prescrição, buscando atendimento nos serviços de saúde somente quando não obtinham a cura. A demora no diagnóstico pode acontecer por falta de percepção do profissional de saúde, levando o doente a procurar os serviços de saúde várias vezes para a obtenção do diagnóstico. A falta de conhecimento sobre a TB ocasiona várias consequências, entre elas o abandono do tratamento quando percebido o alívio dos sintomas, aumentando as chances de reinfeção e TB multirresistente⁽¹⁶⁾.

O conhecimento deficiente acerca da causa, transmissão e duração do tratamento da TB, acaba levando o doente a interromper o tratamento⁽¹⁷⁾. Desse modo, a realização de ações educativas pode ser utilizada como ferramenta para que o conhecimento sobre a doença chegue até o doente de TB e a comunidade. No entanto, é preciso que o profissional de saúde seja qualificado e esteja comprometido com o doente e com o controle da TB. Para que as ações educativas tenham uma melhor aceitação, o profissional de saúde pode realizá-las em espaços comunitários, fortalecendo o vínculo com o doente e a comunidade, gerando segurança ao doente de TB, por ser portador de uma doença estigmatizante⁽¹⁸⁾. Sendo a participação da população fundamental para o controle da TB⁽¹⁹⁾.

Os pacientes em tratamento da TB encontram inúmeros desafios sociais. Sendo muitas vezes estigmatizados devido ao medo da transmissão da doença. Para minimizar esses desafios com receio de serem excluídos, muitas vezes os doentes de TB escondem que foram diagnosticados e que estão em tratamento, além de não aderirem ao tratamento por terem que comparecer aos serviços de saúde para tomada da dose supervisionada⁽¹⁶⁾.

O estigma vivido pelos doentes de TB muitas vezes acaba produzindo mais sofrimento do que a própria doença, podendo levar a baixa autoestima, má adesão e até abandono do tratamento⁽²⁰⁾. Estudo realizado na China mostrou que o estigma relacionado à TB foi alto entre os pacientes com TB, estando associada à relação familiar dos pacientes e ao conhecimento sobre TB. O apoio dos familiares é um dos principais meios para a diminuição do estigma aos pacientes com TB⁽²¹⁾.

Neste estudo, os gestores apontam como barreiras o desconhecimento dos sinais e sintomas e o estigma que ainda acompanha os doentes de TB. Entretanto, não se percebe um posicionamento desses enquanto atores sociais responsáveis por implementar estratégias capazes de aumentar o conhecimento e minimizar o estigma acerca da TB. É papel do gestor apoiar, orientar e cooperar com o processo de implementação das políticas de saúde de maneira a garantir a toda a população o pleno usufruto do direito à saúde. Ademais, o desempenho insuficiente da gestão pode contribuir com a manutenção da baixa resolutividade dos serviços no controle e tratamento da doença.

É possível identificar barreiras que estão relacionadas à acessibilidade geográfica. Evidenciada nos segmentos textuais de G1 “[...] *dificuldade do acesso que a gente tem no raio-x [...] é muito distante do nosso território [...]*” e G6 “[...] *não tem no seu território e diz que vai mandar para longe, já tem uma questão de passagem [...]*”. A condição socioeconômica do doente de TB influencia na procura pelos serviços de saúde, pois indivíduos que apresentam baixa renda não terão condições de se deslocar para serviços de saúde distantes do território⁽⁷⁾. Essa situação pode ocasionar um distanciamento do doente com o serviço de saúde, dificultando o seu retorno. Desse modo, é importante a criação de vínculo com o profissional de saúde e a realização do acolhimento nos serviços de saúde⁽²²⁾. A realização dos exames diagnósticos no mesmo local do atendimento é visto como facilitador ao acesso⁽²³⁾.

Na Etiópia, um estudo mostrou que as maiores taxas de não adesão ao tratamento da TB estão relacionadas à distância entre o centro de tratamento e a casa do indivíduo, bem como o custo do transporte e o desconhecimento sobre a doença e o tratamento⁽²⁴⁾. A TB é uma doença diretamente relacionada com as condições de vida, podendo ser melhor compreendida quando associada ao modelo de determinação social da saúde, possibilitando a identificação dos fatores que podem causar o adoecimento do indivíduo por TB⁽²⁵⁾.

Mesmo com a descentralização das ações de cuidados da TB para a APS, os relatos dos gestores apresentam uma centralização desses cuidados. O fato da maioria dos doentes de TB

ser uma população economicamente vulnerável e ter que realizar os exames diagnósticos fora do território pertencente ao seu DS, acaba retardando o diagnóstico, uma vez que esses pacientes não terão condições financeiras para se deslocar até unidade de saúde para realizar os exames. Os gestores relatam a dificuldade de deslocamento do doente, porém há silenciamento nos discursos acerca das alternativas para possibilitar esse deslocamento até as unidades onde são realizados os exames.

O discurso dos gestores está atrelado a um modelo tradicional de gestão. Há indícios do não reconhecimento dos gestores como corresponsáveis pelas barreiras de acesso identificadas nos discursos, uma vez que se referem ao outro, seja profissional de saúde/enfermeiros, seja os usuários.

Nesse modelo de gestão o cuidado é ofertado de forma fragmentada e centrada apenas no indivíduo, em vez de ser prestado um cuidado holístico. O cuidado é realizado somente quando o indivíduo se encontra nos serviços de saúde⁽²⁶⁾.

Dentre a literatura pesquisada evidenciou-se que os estudos que abordam a visão dos usuários e dos profissionais de saúde apontam, principalmente, quais são os serviços de saúde mais procurados pelos doentes de TB e quais são os mais eficientes na realização do diagnóstico de TB, aspectos organizacionais e geográficos⁽⁸⁻²²⁾. Diferente do presente estudo, que além de apresentar aspectos organizacionais e geográficos, aponta aspectos relacionados às barreiras de informação.

Considerações Finais

O acesso aos serviços de saúde da APS apresenta fragilidades. A partir da análise, observou-se que os discursos foram influenciados pelas condições de produção, individualidade de sua historicidade, como sujeito social, memórias e ideologias. É possível notar, por parte dos gestores, um silenciamento da sua responsabilização acerca do desenvolvimento de estratégias que possam eliminar ou minimizar as barreiras de acesso.

As diferentes posições ocupadas pelo sujeito, como enfermeiro e gestor, podem ser compreendidas como um aspecto importante, por

apresentar o conhecimento sobre as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde e deter o poder para desenvolver e articular práticas de enfrentamento a essas barreiras.

O estudo apresenta implicações importantes, possibilitando aos gestores reflexões acerca da necessidade de reorganização dos serviços de saúde e do processo de trabalho, voltadas para as necessidades da população local. É possível, ainda, qualificar e sensibilizar os profissionais de saúde para realização do diagnóstico, acompanhamento, tratamento de TB e desenvolver ações de educação em saúde com a temática TB, de modo a contribuir na ampliação de informação e diminuir o estigma que ainda cerca a doença. Além disso, articular com outros setores, meios que possam promover o deslocamento dos usuários até as unidades de saúde que realizam os exames diagnósticos, como também para o enfrentamento dos diversos entraves.

Destaca-se como limitação deste estudo a inclusão apenas de gestores coordenadores do PCT nos DS. Portanto, sugere-se a realização de estudos sobre a temática abordando coordenação municipal do PCT, coordenação municipal do programa SANAR (Programa para o Enfrentamento às Doenças Negligenciadas), coordenadores de área, possibilitando uma visão mais ampla sobre as barreiras de acesso.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Adriana Maria da Silva, Anne Jaquelyne Roque Barrêto

2 – análise e interpretação dos dados: Adriana Maria da Silva, Anne Jaquelyne Roque Barrêto

3 – redação e/ou revisão crítica: Adriana Maria da Silva, Silvana Carvalho Cornélio Lira, Alcieros Martins da Paz, Anne Jaquelyne Roque Barrêto

4 – aprovação da versão final: Adriana Maria da Silva, Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesses.

Referências

1. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):361-378. DOI: 10.1590/0103-11042018S125
2. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab. Educ. Saúde*. 2022;20(e00616190). DOI: 10.1590/1981-7746-ojs616
3. Junges JR, Burille A, Tedesco J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. *Interface comun. saúde, educ*. 2020;24(e190160). DOI: 10.1590/Interface.190160
4. Tomberg JO, Spagnolo LML, Harter J, Martins MDR, Cardozo Gonzales RI. Comportamento de busca por serviços de saúde para a detecção da tuberculose. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020;10(e52). DOI: 10.5902/2179769241815
5. World Health Organization (WHO). *Global Tuberculosis Report 2020* [Internet]. Geneva; 2020 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Tuberculose 2022* [Internet]. Brasília (DF); 2022 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>
7. Siqueira TC, Bonfim RO, Ferreira MRL, Silva VM, Orfã NH. O tratamento da tuberculose sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS. abr./jun.2020*;23(2):391-409 DOI: 10.34019/1809-8363.2020.v23.27602
8. Reis SP, Harter J, Lima LM, Vieira DA, Palha PF, Gonzales RIC. Geographical and organizational aspects of primary health care services in detecting tuberculosis cases in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(1). DOI: 10.5123/S1679-49742017000100015
9. Alves SRP, Silva GS, Souto CGV, Barreto AJR. Gestão da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)* [Internet]. 2018 [cited 2023 Maio 04];10(especial). Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7648/6617>
10. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(11). DOI: 10.1590/0102-311X00120718
11. Malacarne, J, Gava C, Escobar AN, Souza-Santos R, Basta PC. Acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da tuberculose entre povos indígenas do estado de Rondônia, Amazônia Brasileira, entre 2009 e 2011: um estudo transversal*. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2019;28(3). DOI: 10.5123/S1679-49742019000300002
12. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Recife. *Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021* [Internet]. Recife (PE); 2018 [cited 2020 Jan 20]. Available from: http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf.
13. Orlandi, EP. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. São Paulo (SP): Edições 12; 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* [Internet]. Brasília (DF); 2019 [cited 2019 Oct 15]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem* [Internet]. Brasília (DF); 2022 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/tuberculose-na-atencao-primaria-saude-protocolo-de-enfermagem>.
16. Marahatta SB, Yadav RK, Giri D, Lama S, Rijal KR, Mishra SR, et al. Barriers in the access, diagnosis and treatment completion for tuberculosis patients in central and western Nepal: A qualitative study among patients, community members and health care workers. *PLOS ONE*. 2020;15(1). DOI: 10.1371/journal.pone.0227293
17. Gebreweld FH, Kifle MM, Gebremicheal FE, Simel LL, Gezae MM, Ghebreyesus SS, et al. Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: a qualitative study. *J. Health Popul. Nutr*. 2018;37(1). DOI: 10.1186/s41043-017-0132-y
18. Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Harter J, Alarcon E, Lima LM, Tomberg JO. Evaluation of detection actions for tuberculosis cases in primary care. *Rev. eletrônica enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct

- 16];17(4). Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a19.pdf>.
19. Sima BT, Belachew T, Abebe F. Health care providers' knowledge, attitude and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in Ethiopia: a cross-sectional study. *Bmc Public Health*. 2019; 19(19). DOI: 10.1186/s12913-018-3815-1
20. Fernandes TDS, Pedrosa NDS, Garcia MKDQ, Silva AMBFD. Estigma e preconceito na atualidade: vivência dos portadores de tuberculose em oficinas de terapia ocupacional. *Physis*. 2020;30(1). DOI: 10.1590/S0103-73312020300103
21. Yin X, Yan S, Tong Y, Peng X, Yang T, Lu Z, Gong Y. Status of tuberculosis-related stigma and associated factors: a cross-sectional study in central China. *Trop. med. int. health*. 2018;23(2). DOI: 10.1111/tmi.13017
22. Quintero MCF, Vendramini SHF, Santos MSLG, Santos MR, Gazetta CE, Lourenção LG et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev. salud pública*. 2018;20(1): 103-109. DOI: 10.15446/rsap.v20n1.64177
23. Costa PV, Machado MTC, Oliveira, LGD. Adesão ao tratamento para Tuberculose Multidroga Resistente (TBMDR): estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ), Brasil. *Cad. saúde colet*. 2019;27(1);108-115. DOI: 10.1590/1414-462X201900010292
24. Woimo TT, Yimer WK, Bati T, Gesesew HA. The prevalence and factors associated for anti-tuberculosis treatment non-adherence among pulmonary tuberculosis patients in public health care facilities in South Ethiopia: a cross-sectional study. *Bmc public health*. 2017;17(1). DOI: 10.1186/s12889-017-4188-9
25. Macedo PO, Lira JLM, Santos WJ, Moreira RS, Calado MF, Fernandes FN, et al. Sociodemographic profile and social determinants of tuberculosis-HIV coinfection in Brazil: a integrative review. *RSD*. 2022;11(7):e5311729481. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29481
26. Souza, TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. *Saúde Debate*. 2018;42(spe2);145-158. DOI: 10.1590/0103-11042018S210.

Recebido: 21 de maio de 2022

Aprovado: 31 de maio de 2023

Publicado: 9 de agosto de 2023



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.