

ARTIGO ORIGINAL

Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose

Pursuit of primary care for the diagnosis of tuberculosis

Vanessa Fujino Mizuhira¹, Cláudia Eli Gazetta², Silvia Helena Figueiredo Vendramini², Maria Amélia Zanon Ponce³, Anneliese Domingues Wysocki⁴, Tereza Cristina Scatena Villa⁵

¹Enfermeira. Mestre. Docente do Centro Universitário de Rio Preto UNIRP. São José do Rio Preto – SP.

²Enfermeira. Doutora. Docente Titular da Faculdade de Medicina de Rio Preto FAMERP. São José do Rio Preto – SP.

³Enfermeira. Docente da Faculdade Ceres – FACERES.

⁴Enfermeira. Docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

⁵Enfermeira. Doutora. Docente Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP.

Resumo

Introdução: A atenção básica deve ter fácil acesso e dispensar atenção adequada e resolutiva no diagnóstico da tuberculose, pois é considerada a porta de entrada preferencial para o controle da doença pelo Ministério da Saúde. **Objetivo:** Analisar como a organização da atenção básica interfere na procura pela atenção como porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose em São José do Rio Preto. **Casuística e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, com doentes residentes no município de São José do Rio Preto-SP em 2009. Utilizou-se o questionário estruturado enfocando questões relativas às informações sociodemográficas e a dimensão “porta de entrada”. **Resultados:** Homens jovens, com menor escolaridade e renda procuraram menos a Atenção Básica para diagnóstico. Verificou-se associação estatística entre doentes que buscaram os serviços mais próximos do domicílio e procuraram pela Atenção Básica. Houve também associação entre doentes que não faziam controle preventivo de saúde e a procura pelo Pronto Atendimento. **Conclusão:** A organização da Atenção Básica referente às ações de saúde, acesso, acolhimento e vínculo apresentaram fragilidades, que interferem na busca pelo nível de atenção como porta de entrada.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Diagnóstico; Tuberculose.

Abstract

Introduction: The population in need should easily access primary health care services. It should also provide appropriate medical and problem-solving attention in the tuberculosis diagnosis. The Ministry of Health considers primary health care services the main entrance door to control the disease. **Objective:** The aim of the present study is to analyze the how the organization of the primary care interfere in the search for attention as the main entrance to the diagnosis of Tuberculosis in São José do Rio Preto. **Patients and Methods:** This is a descriptive and exploratory study using a quantitative approach. The study involved patients living in São José do Rio Preto in 2009. We used a structured questionnaire focusing on the issues related to socio-demographic information and on the size of the “entrance door.” **Results:** Our results show that young men with lower education level and lower income sought less for primary health care services to have a diagnosis. It was verified a statistical association between patients who sought for the services closer to their homes and looked for the primary health care services. We also found an association between patients who were not making a preventive control over their health and the search for Hospital Emergency Service. **Conclusion:** The organization of the Primary Health Care concerning health measures, access to the facility, user embracement, and emotional bonds showed fragility, which interfere in the search for the level of health care as the main entrance door.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Diagnosis; Tuberculosis.

Introdução

Para controlar a morbimortalidade da Tuberculose (TB), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vêm incentivando a descentralização das ações de controle da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica (AB)⁽¹⁾. O Sistema Único de Saúde (SUS) considera a AB como a porta de entrada dos usuários, em virtude do modo como esses serviços são organizados, na perspectiva de promoção e vigilância em saúde⁽²⁾. Sobretudo, deve resolver a

maioria dos problemas de saúde, referenciando para os demais níveis apenas os usuários que realmente necessitam de cuidados especializados. Isto evitaria, dentre outras situações, o atraso ao diagnóstico de agravos passíveis de detecção no nível primário de atenção como a TB⁽³⁾.

Apesar dos avanços ocorridos com a descentralização das ações de controle da TB, observa-se o baixo desempenho da AB em diagnosticar a doença⁽³⁾. Esse nível de atenção apresenta problemas, principalmente em relação ao acesso, ou seja, à forma

Recebido em 10/02/2015

Aceito em 23/04/2015

Não há conflito de interesse

como o usuário experimenta o serviço de saúde⁽⁴⁾. O acesso está interligado mais à resolubilidade do que à dimensão geográfica e abrange aspectos de ordem sociodemográfica, cultural e predomínio das dificuldades referentes à organização e planejamento das ações de saúde⁽⁴⁾.

Na atenção aos casos suspeitos e/ou com diagnóstico de TB, a garantia do acesso e utilização dos serviços da AB, está relacionada tanto com a capacidade do usuário de entrar no sistema quanto à resolubilidade dos cuidados recebidos⁽⁴⁾. Em relação aos dados epidemiológicos da TB, o município apresentou um coeficiente de incidência 23,1/100.000 habitantes, sendo alarmante a elevada taxa de coinfeção TB/HIV de 23% em 2009. Neste mesmo ano, a taxa de detecção foi de 73,2%. Em relação ao desfecho do tratamento, a taxa de cura foi de 77,7%, o abandono foi de 6,8% e o óbito foi de 15,5%, estando ainda aquém dos parâmetros recomendados⁽⁵⁾.

Diante do cenário apresentado e da problemática da AB em atuar como porta de entrada para os sintomáticos respiratórios de TB, o objetivo deste estudo foi analisar como a organização dos serviços de Atenção Básica interferem na procura pela atenção como porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose. Casuísticas e métodos

Este artigo resulta do projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” - Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, realizado a partir de uma abordagem quantitativa, no município de São José do Rio Preto-SP, em 2009. Neste mesmo ano, a rede municipal de atenção à saúde se organizava de forma regionalizada em cinco distritos sanitários, composto por 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 11 Unidades Saúde da Família (USF), cinco Unidades Pronto Atendimento (UPA), um Ambulatório Regional de Especialidades (Núcleo de Gestão Ambulatorial – NGA-60), com Programa de Controle da TB (PCT), um ambulatório especializado em DST/AIDS (Serviço de Atendimento Especializado – SAE) e seis hospitais.

O atendimento aos doentes de TB, incluindo diagnóstico, busca por sintomáticos respiratórios, consulta de rotina, tratamento supervisionado e controle dos comunicantes é de responsabilidade das equipes generalistas da atenção básica do município, com retaguarda da equipe especializada do PCT desde 2007. O PCT oferece suporte técnico e treinamento para as unidades de atenção básica, sendo responsável pela gestão do programa, alimentação dos sistemas de informação da doença e atendimento clínico aos casos mais complexos. A maior parte dos doentes de TB coinfectados pelo HIV/AIDS é acompanhada no Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

Foram selecionados, para o estudo, todos os doentes de TB residentes no município de São José do Rio Preto, maiores de 18 anos e em tratamento no período de novembro de 2008 a novembro de 2009. Excluíram-se aqueles que haviam terminado o tratamento há mais de um mês do período da coleta de dados, doentes internados em hospitais, em situação prisional ou considerados sem condições de responder o questionário. No período referido, 224 doentes estavam em tratamento, de acordo com os dados do TB-WEB, fornecidos pela coordenadoria do PCT

municipal. Entretanto, foram excluídos 12 doentes menores de 18 anos, três em situação prisional, dois doentes psiquiátricos, oito mudanças de diagnóstico, uma transferência, 19 óbitos (por TB e outras causas), um pertencente a outro município, 68 que já haviam terminado o tratamento há mais de um mês do período da coleta de dados, nove doentes que se recusaram a participar da pesquisa e um sem condições de responder, por estar internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), totalizando 100 doentes entrevistados. A amostra do estudo foi constituída por 99 doentes, pois um foi excluído por não saber informar o primeiro serviço de saúde procurado.

Os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2009, por meio de entrevista, utilizando estruturas segundo escalas de classificação variadas como, dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e de somatória (escala de Likert), questões relativas às informações sociodemográficas e a dimensão “porta de entrada”, que seguem o referencial do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), adaptado no Brasil para a atenção à tuberculose⁽⁶⁾

Foram consideradas as variáveis sociodemográficas (*sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal e situação de trabalho*). As variáveis referentes à dimensão “porta de entrada” foram: “Procurou o serviço de saúde mais próximo ao início dos sintomas da TB”, “Recebia Visita Domiciliar antes da TB”, “Via propagandas/campanhas sobre TB”, “Como era o conhecimento sobre a TB antes do diagnóstico”, “Algum membro da família já havia feito tratamento de TB”, “Fazia controle preventivo de saúde antes da TB” e “Intensidade dos sintomas”.

Para a análise das variáveis sociodemográficas e de “porta de entrada” foram utilizados a distribuição de frequência e o teste Qui-quadrado. Essas variáveis foram analisadas segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente ao início dos sintomas da TB, que foi categorizado em: AB (englobam as UBS e USF), UPA e Serviços Especializados (hospitais, consultórios particulares, ambulatórios/ policlínicas e PCT).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (protocolo nº 7061/2008) e atendeu às recomendações contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde.

Resultados

O primeiro serviço de saúde mais procurado após o início dos sintomas foi o Pronto Atendimento (PA) (48,5%), seguido pela AB (30,3%) e Serviços Especializados (21,2%). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente. Embora a maior parte das mulheres tenha procurado o PA, observou-se que elas procuraram mais a AB, do que os homens.

Os doentes na faixa etária dos 61 a 87 anos foram os que mais procuraram a AB, quando sintomáticos. Observou-se que os doentes sem escolaridade ou que possuíam o Ensino Fundamental (EF) incompleto, procuraram menos a AB (28,6%) e mais o PA (50%); aqueles que possuíam o EF completo ou acima procuraram mais a AB (34,5%). Em relação à situação de trabalho, verificou-se que a maior parte dos doentes não estava trabalhando na época da coleta

de dados e que procuraram menos a AB (29,0%) e mais o PA (50,0%) do que aqueles que declararam estar empregados ou ser autônomos. Quanto à renda mensal individual, os doentes que relataram ganhar até 1/2 salário mínimo procuraram menos a AB (26,5%) do que aqueles que relataram ganhar mais de 1/2 salário mínimo.

Tabela 1. Distribuição das variáveis da dimensão “porta de entrada”, segundo o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente. São José do Rio Preto, 2009.

| Variáveis | Primeiro serviço de saúde procurado pelo doente | | | | P | |
|--|---|-------------|-------------|----------------------------|----------|--------|
| | AB N (%) | PA N (%) | SE N (%) | Total (N = 99) N (%) | | |
| Controle preventivo de saúde | Sim | 26 (35,6) | 29 (39,7) | 18 (24,7) | 73 (100) | 0,0022 |
| | Não | 04 (15,4) | 19 (73,1) | 03 (11,5) | 26 (100) | |
| Visita domiciliar | Sim | 06 (28,6) | 09 (42,9) | 06 (28,6) | 21 (100) | 0,6437 |
| | Não | 24 (30,8) | 39 (50,0) | 15 (19,2) | 78 (100) | |
| Procura pelo serviço de saúde mais próximo | Sim | 29 (40,9) | 39 (54,9) | 03 (4,2) | 71 (100) | 0,0000 |
| | Não | 01 (3,6) | 09 (32,1) | 18 (64,3) | 28 (100) | |
| Intensidade dos sintomas | Fraco/Medio | 08 (30,8) | 10 (38,5) | 08 (30,8) | 26 (100) | 0,3244 |
| | Forte/Muito Forte | 22 (30,1) | 38 (52,1) | 13 (17,8) | 73 (100) | |

AB: Atenção Básica; PA: Pronto Atendimento; SE: Serviços Especializados.
Nota: *Excluiu-se um doente que não sabia se algum familiar havia feito tratamento para tuberculose.

A Tabela 1 apresenta os resultados da análise das variáveis da dimensão “porta de entrada”, relacionados aos aspectos da AB que influenciam os sintomáticos respiratórios de TB na procura por esse tipo de serviço de saúde como primeira opção para a obtenção do diagnóstico. Encontrou-se associação estaticamente significativa entre as variáveis “realização de controle preventivo de saúde antes da TB” ($P=0,0022$) e “Procura pelo serviço de saúde mais próximo do domicílio ao início dos sintomas da TB” ($P<0,0001$) com o tipo de serviço de saúde procurado pelo doente ao início dos sintomas da doença. Houve associação estatística entre doentes que não faziam controle preventivo de saúde e a procura pelo PA (73,1%). Aqueles que faziam controle preventivo, o serviço de saúde mais procurado foi a AB (35,6%). Embora grande parte dos doentes nunca tenha recebido visitas de profissionais de saúde no domicílio antes da TB (78,8%), a procura pelo primeiro serviço de saúde não se diferenciou muito daqueles que receberam as visitas, sendo que, em ambos os grupos, houve predomínio da busca pelo PA ao início dos sintomas da doença (tabela 1). Doentes que relataram já ter visto propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a TB, antes do início dos sinais e sintomas (65,7%), procuraram menos a AB e mais o PA do que os que declararam desconhecimento. Aqueles que possuíam algum familiar que já havia realizado tratamento para TB (34%), procuraram menos a AB e mais o PA (Tabela 1).

Verificou-se associação estatística entre doentes que buscaram os serviços mais próximos do domicílio no início dos sinais e sintomas da TB e procuraram pela AB (40,9%), e aqueles que buscaram os serviços mais distantes e foram diretamente aos serviços especializados (64,3%).

Quando questionados sobre o conhecimento prévio da TB antes do diagnóstico, a maioria dos doentes relatou saber precariamente sobre a doença (69,7%) e procuraram menos a AB e mais o PA do que aqueles cujo conhecimento era satisfatório. A busca pelos serviços da AB foi bastante semelhante entre os doentes, cuja intensidade dos sintomas iniciais da TB foi percebida como fraca a moderada e forte a muito forte. Entretanto, os doentes que apresentaram sintomas fortes e muito fortes procuraram mais o PA do que os doentes com sintomas fracos a moderados.

Discussão

Este estudo possibilitou verificar que a AB não se configurou como principal porta de entrada dos sintomáticos respiratórios de TB para o diagnóstico no município de São José do Rio Preto, corroborando outros estudos realizados em vários municípios do Brasil⁽⁷⁾. Embora o PA tenha sido o principal serviço de saúde procurado pelos doentes de TB, apresenta baixo desempenho em relação ao diagnóstico da doença em virtude do despreparo de profissionais para suspeita e detecção⁽³⁾.

Pesquisa realizada no mesmo município deste estudo, comprovou que os locais em que a doença foi mais diagnosticada foram os hospitais conveniados ao SUS, em razão de encaminhamentos de doentes sem diagnóstico, demonstrando o baixo desempenho dos serviços da AB e de nível secundário na suspeita e diagnóstico da doença⁽⁸⁾. No presente estudo verificou-se que os doentes com menos escolaridade, baixo salário e sem trabalho procuraram menos a AB, e mais o PA, após perceberem os sintomas. O problema pode estar na falta de conhecimento de como e quando acessar corretamente os serviços de saúde e também pode (pode ou está??) estar relacionado com dificuldade no acesso geográfico como unidade básica de saúde distante da residência do usuário⁽⁹⁾.

Os doentes que informaram utilizar frequentemente o serviço de saúde para fazer o controle preventivo, procuraram mais a AB para o diagnóstico. Isto corrobora alguns estudos demonstrando que o uso regular de um mesmo serviço pode ser interpretado como sinal da existência de uma porta de entrada ao sistema de saúde a cada nova necessidade/problema⁽⁹⁾. A maior procura pelos serviços de AB entre mulheres e idosos encontrada neste estudo, pode (pode ou está??) estar relacionada ao fato dessa população utilizar com mais frequência os serviços para o controle preventivo. Os idosos para o tratamento de doenças crônicas, as mulheres para questões relacionadas à saúde reprodutiva e o fato de se queixarem mais do que os homens. Além disso, os programas de prevenção e ofertas de serviços atualmente são dirigidos mais para esse grupo de usuários⁽¹⁰⁾. Tal situação representa ameaça para o controle e diagnóstico precoce da TB, contribuindo para a alta taxa de internações e mortes nessa população, uma vez que descobrem a doença já em estágio avançado⁽¹²⁾.

Em relação ao acesso geográfico, os doentes que procuraram a

unidade de saúde mais próxima de casa, optaram pela AB, não tendo enfrentado barreiras relacionadas à acessibilidade geográfica, ao contrário dos que optaram pelos serviços especializados, que provavelmente precisaram gastar com transporte. Sabe-se que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços, ou seja, quanto menos especializados, mais próximos estão da população. A descentralização das ações de controle da TB para os serviços da AB fundamentou-se a partir do modo como são organizados em territórios. A proximidade do indivíduo com o serviço de saúde facilita o acesso ao diagnóstico e a adesão ao tratamento da doença. Porém, 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, o que faz com que estes procurem pelos serviços vinculados, mesmo que mais distantes⁽¹³⁾.

É importante enfatizar as fragilidades encontradas em relação à operacionalização das ações de controle da TB na AB como a carência das Visitas Domiciliares (VD). Apesar de o estudo demonstrar que não houve diferença na procura pela AB entre aqueles que recebiam VD e aqueles que não recebiam, assume-se a importância dessa atividade. A VD é considerada importante instrumento dos profissionais enfermeiros e agentes comunitários de saúde para a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) e contatos, principalmente casos bacilíferos e crianças. No entanto, na prática, ainda não é incorporada como uma rotina nos serviços da AB, sejam eles dotados da Estratégia de Saúde da Família ou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁽¹⁴⁾.

Debilidades nas ações de promoção e prevenção da TB foram observadas, uma vez que a realização de campanhas/propagandas/trabalhos educativos não se mostraram associados ao conhecimento da doença, e não determinaram, portanto, a busca pela AB entre os doentes de TB. Tal situação mostra que as equipes de saúde da AB não estão preparadas e envolvidas com o controle da doença, restringindo suas ações a épocas de campanhas organizadas pelo Ministério da Saúde, de forma fragmentada e isolada com outros setores e programas da AB⁽¹⁵⁾. É importante destacar que no município em questão, há deficiências no dimensionamento de recursos humanos na AB e consequente sobrecarga de trabalho. Este fato dificulta a programação de ações de prevenção e a participação dos profissionais em capacitações, acarretando a centralização das informações em alguns profissionais que, com frequência, não as repassam ao restante da equipe.

A situação é preocupante, uma vez que o conhecimento precário da doença associado aos níveis educacionais e à baixa especificidade dos sinais e sintomas levam os indivíduos a não se perceberem doentes e adiarem a busca pelo serviço de saúde, provocando assim a piora do quadro clínico⁽¹⁶⁾. Outro dado que preocupa a AB e, especialmente o PCT, é o fato de os doentes que tinham algum membro da família que já havia feito o tratamento da doença, buscarem menos a AB e mais o PA, após o início dos sintomas, visto que no município deste estudo, a maioria dos tratamentos é realizada na AB ou no ambulatório de referência. A situação pode ser consequência de falhas na vigilância dos contatos durante o tratamento desse membro da família, pois a

AB apresenta falta de sistematização da atividade de avaliação de contatos, principalmente no que se refere ao monitoramento e ações de vigilância epidemiológica⁽¹⁷⁾. Supõe-se que o membro da família que fez o tratamento da TB, talvez não tenha ficado satisfeito com o acolhimento recebido pelos profissionais de saúde, por isso não se estabeleceu um vínculo suficiente para indicar ao seu familiar o serviço de saúde. Geralmente os usuários escolhem o profissional e o serviço de saúde por meio de indicações de familiares, amigos, vizinhos e por experiências bem-sucedidas, principalmente em relação ao acolhimento e ao vínculo com o próprio cliente ou com seus familiares⁽¹⁸⁾.

Uma questão relevante diz respeito à descontinuidade político-partidária na gestão do Município de São José do Rio Preto, na época da pesquisa. Isto resultou em um aumento na rotatividade e no contrato terceirizado de vários profissionais, comprometendo a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB e prejuízos no vínculo com os usuários. O vínculo e o acolhimento são importantes elementos estruturais no cuidado e controle da TB, uma vez que permeiam a responsabilização, a integralidade e a humanização. Mas, constituem-se ainda em desafios do cuidado integral na AB, pois observamos a falta de comunicação entre profissionais e usuários, e atendimento baseado apenas na queixa, sem considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos dos usuários⁽¹⁹⁾.

Conclusão

O resultado do estudo relata indícios de que a organização da AB apresenta fragilidades referentes às ações de saúde, o acesso, o acolhimento e o vínculo, que interferem na busca pela AB como porta de entrada.

Verifica-se a necessidade de investimentos na capacitação de profissionais, não só no aspecto técnico-científico, mas principalmente com relação à importância do acolhimento e relacionamento humanizado com o usuário, especialmente no momento do diagnóstico da TB.

Destaca-se a importância do planejamento e organização das ações de saúde, direcionados aos grupos populacionais que tendem a procurar menos a AB, como homens, jovens e pessoas com menor escolaridade e renda.

O estudo também propõe investimentos em outras redes de atenção à saúde com intuito de qualificar igualmente todos os níveis de atenção, tendo como objetivo comum garantir o diagnóstico precoce da TB de forma efetiva, integral e contínua.

Referências

- World Health Organization. Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva: WHO; 2008.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
- Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Neto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):945-54.
- Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Neto A, Kritski AL, Figueiredo

TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):389-97.

Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto. Controle de Tuberculose ARE/VE. Situação da Tuberculose em São José do Rio Preto. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto; 2009.

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(6):610-2.

Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1929-38.

Quintero MCF. Atenção básica em saúde: acesso ao diagnóstico da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP [dissertação]. São José do Rio Preto-SP: Faculdade de Medicina de Rio Preto; 2010.

Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilizacion de los servicios de salud una revision sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):819-32.

Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Saúde Pública*. 2002;11(5):365-73.

Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2014 Out 13];16(Suppl1):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>

Arcêncio RA, Oliveira MF, Villa TCS. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):409-17.

Ramos DD, Lima ADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.

Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Monroe AP, Gonzales RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2013 Ago 15];9(1):[aproximadamente 13 p.]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a08.pdf

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569-84.

Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew A, Madeley RJ. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: across sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia . *BMC Public Health*. 2009;9(53):1-10. doi:10.1186/1471-2458-9-53

Lima LM, Schwartz E, Cardozo Gonzáles RI, Harter J, Lima JF. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2014 Out 13];34(2):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/v34n2a13.pdf>

Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação

do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):358-64.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2014 Out 13];14(Suppl 1):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>

Endereço para correspondência: Av. Clóvis Oger, 900 - Distrito Industrial, São José do Rio Preto - SP *E-mail:* vanessafujino@yahoo.com.br
