

Detecção da tuberculose: fluxo dos sintomáticos respiratórios e resultados alcançados

Detection of tuberculosis: respiratory symptoms flow and results achieved
Detección de la tuberculosis: flujo de los sintomáticos respiratorios y resultados alcanzados

Lílian Moura de Lima Spagnolo¹, Jéssica Oliveira Tomberg¹, Dagoberta Alves Vieira¹,
Roxana Isabel Cardozo Gonzales¹

¹ Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem. Pelotas-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Spagnolo LML, Tomberg JO, Vieira DA, Gonzales RIC. Detection of tuberculosis: respiratory symptoms flow and results achieved. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2543-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0457>

Submissão: 21-06-2017

Aprovação: 07-02-2018

RESUMO

Objetivo: analisar o fluxo de atenção à pessoa com sintomas de tuberculose e os resultados alcançados na detecção de casos, em unidades de Atenção Primária à Saúde de dois municípios do Rio Grande do Sul. **Método:** descritivo de métodos mistos, desenvolvido entre 2013 e 2016. Utilizando dados secundários de 69 unidades e entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais. Foram empregadas a análise estatística descritiva e a análise de conteúdo. **Resultados:** observou-se que o fluxo fragmentado de atenção ao sintomático respiratório, em Pelotas, resultou em baixa detecção de casos pela Atenção Primária, 8,8% dos diagnósticos do município. O fluxo de Sapucaia do Sul apresenta continuidade da assistência, e a Atenção Primária realizou 50% dos diagnósticos do município. **Conclusão:** a organização dos fluxos, pela gestão municipal, foi determinante para promover ou limitar o comprometimento das equipes da Atenção Primária à Saúde na coordenação da assistência, e consequentemente no alcance das metas de controle da doença.

Descritores: Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Tuberculose; Prevenção Primária; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the flow of care to the person with symptoms of tuberculosis and the results achieved in the detection of cases in Primary Health Care units of two municipalities of Rio Grande do Sul. **Method:** descriptive of mixed methods, developed between 2013 and 2016. We used secondary data of 69 units and semi-structured interviews with 10 professionals. Descriptive statistical analysis and content analysis were used. **Results:** it was observed that the fragmented flow of attention to the respiratory symptoms in Pelotas resulted in low detection of cases by Primary Care, 8.8% of the diagnoses of the municipality. The Sapucaia do Sul flow presents continuity of care, and Primary Care performed 50% of the diagnoses of the municipality. **Conclusion:** the organization of flows by municipal management was instrumental in promoting or limiting the commitment of Primary Health Care teams in coordinating care and consequently in achieving the goals of disease control.

Descriptors: Research on Health Services; Primary Health Care; Tuberculosis; Primary Prevention; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar el flujo de atención a la persona con síntomas de tuberculosis y los resultados alcanzados en la detección de casos en unidades de Atención Primaria a la Salud de dos municipios de Rio Grande do Sul. **Método:** descriptivo de métodos mixtos, desarrollado entre 2013 y 2016. Utilizando datos secundarios de 69 unidades y entrevistas semiestruturadas con 10 profesionales. Se utilizaron el análisis estadístico descriptivo y el análisis de contenido. **Resultados:** se observó que el flujo fragmentado de atención al sintomático respiratorio, en Pelotas, resultó en baja detección de casos por la Atención Primaria, el 8,8% de los diagnósticos del municipio. El flujo de Sapucaia del Sur presenta continuidad de la asistencia, y la Atención Primaria realizó el 50% de los diagnósticos del municipio. **Conclusión:** la organización de los flujos, por la gestión municipal,

fue determinante para promover o limitar el compromiso de los equipos de la Atención Primaria a la Salud en la coordinación de la asistencia, y consecuentemente en el logro de las metas de control de la enfermedad.

Descritores: Investigación sobre Servicios de Salud; Atención Primaria a la Salud; Tuberculosis; Prevención Primaria; Salud Pública.

AUTOR CORRESPONDENTE Lílian Moura de Lima Spagnolo E-mail: lima.lilian@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) se mantém como um importante problema de saúde pública mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. O Brasil está listado dentre os 30 países que concentram 83% dos casos de tuberculose do mundo⁽¹⁾. A incidência nacional em 2016 foi de 32,4/100mil habitantes, e no estado do Rio Grande do Sul foi superior, com 37,5/100mil habitantes⁽²⁾.

A principal estratégia para o controle da TB é a detecção precoce dos casos pulmonares bacilíferos, tendo em vista a sua importância epidemiológica na manutenção da transmissão; seguida pelo tratamento adequado e alcance da cura⁽³⁾. Entre os anos de 2000 e 2014 evitou-se o óbito de 43 milhões de pessoas, mediante o diagnóstico precoce e o adequado tratamento da doença⁽¹⁾. Considerando a importância destas ações a Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou que para o alcance do controle efetivo da TB deve-se detectar 70% dos casos estimados, para determinado período, e alcançar a cura de pelo menos 85% daqueles diagnosticados⁽²⁾.

Diante do consenso sobre o perfil dos acometidos pela TB ser constituído, prioritariamente, por indivíduos em vulnerabilidade social⁽³⁾, reconhece-se a necessidade de garantir o acesso e acompanhamento destes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Visto que, um dos fatores que determina o acesso dos usuários é a distância do serviço até o domicílio⁽⁴⁾, neste sentido, a Atenção primária à Saúde (APS) surge como a porta de entrada ideal para os Sintomáticos Respiratórios de tuberculose (SR) pessoas com tosse há três semanas ou mais⁽⁵⁾.

Ainda é preciso agilidade e resolutividade de equipes multidisciplinares motivadas e comprometidas com o controle da TB, que atuem amplamente na busca ativa de casos na comunidade, apoiadas pela gestão municipal com a organização de fluxos padronizados, e sistemas de informação adequados para o percurso seguro do SR pela rede de atenção necessária para detecção de casos e tratamento⁽⁶⁻⁷⁾.

Contudo, apesar da simplicidade do exame de baciloscopia de escarro, para a detecção de casos, ainda há dificuldades em agilizar o diagnóstico precoce da TB⁽⁸⁾, evidenciado em estudos realizados no Brasil, que apontam a incipiente contribuição da APS na detecção precoce de casos de TB. Os autores apontam aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico por parte do SR, em perceber-se doente e procurar cuidados de saúde, bem como limitadores relacionados à APS, incluindo barreiras no acesso e falhas relacionadas à baixa resolutividade e fragmentação da atenção com encaminhamentos a serviços especializados^(4,9-10).

Pelas razões expostas, este estudo tem como objetivo analisar o fluxo de atenção à pessoa com sintomas de tuberculose e os resultados alcançados na detecção de casos, em unidades de Atenção Primária à Saúde de dois municípios do Rio Grande do Sul.

OBJETIVO

Analisar o fluxo de atenção à pessoa com sintomas de tuberculose e os resultados alcançados na detecção de casos, em unidades de Atenção Primária à Saúde de dois municípios do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Aspectos éticos

Na realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Declaração de *Helsinki* e Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na coleta de dados, e o anonimato dos entrevistados foi garantido utilizando-se letras para sua identificação, sendo a letra G, no caso dos representantes da gestão e a letra P para os profissionais, acompanhados da inicial do município. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil em sua etapa quantitativa com apreciação favorável. A etapa qualitativa submetida posteriormente recebeu parecer favorável.

Desenho, local do estudo e período

Estudo avaliativo de métodos mistos, tipo explanatório sequencial. Desenvolvido entre 2013 e 2016, com análise das ações de detecção de casos de TB a partir da APS de Pelotas e Sapucaia do Sul. Os municípios foram selecionados por fazerem parte da lista de municípios prioritários para o controle da TB no Rio Grande do Sul, além de possuírem municipalização do Programa de Controle da Tuberculose⁽¹²⁾.

População e critérios de inclusão e exclusão

O estudo dividiu-se em duas etapas, a primeira quantitativa, originada de pesquisa multicêntrica⁽¹³⁾, de caráter censitário, realizada entre outubro de 2013 e novembro de 2014, na qual os dados foram coletados em visitas realizadas às 69 unidades de APS dos municípios em estudo. A segunda etapa qualitativa, realizada em 2016, com aplicação de entrevistas semiestruturadas aos gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da TB, e aos profissionais da APS responsáveis por estas ações em suas unidades de trabalho. Utilizou-se o tempo de serviço superior a seis meses como critério de inclusão.

Protocolo do estudo quantitativo

Para a coleta quantitativa de dados, utilizou-se um formulário estruturado e previamente codificado, construído pelos autores da pesquisa de origem, tendo como fonte de dados os Livros de Registro de Sintomáticos Respiratórios da APS (LRSR), Livro de Registros de realização de baciloskopias de escarro dos Laboratórios (LRL) e Livro de Acompanhamento de Casos (LAC) nas unidades onde são realizados os tratamentos, dados

referentes ao ano de 2012. No LRSR foram coletadas as datas de solicitação das baciloscopias pela APS; no LRL foi coletada data da realização do exame e o respectivo resultado. No LAC das unidades de tratamento foi coletada a data de início do mesmo.

Análise dos resultados quantitativos e estatística

A análise destas variáveis permitiu calcular os indicadores de proporção de SR identificados dentre os estimados (1% do total da população), assim como a proporção de diagnósticos entre os examinados (Número de SR examinados/Número de casos identificados), o percentual esperado seria de 4%⁽⁶⁾. Calculou-se o tempo transcorrido entre cada uma das etapas, desde a descoberta do SR no território até o início do tratamento (solicitação do exame na APS- entrada da amostra no laboratório; liberação do resultado-início do tratamento). E a proporção de diagnósticos pela APS em relação ao número total de diagnósticos no município (dados do Sistema de informação de agravos de notificação - SINAN). Os dados coletados foram digitados, com dupla entrada, em um banco construído no programa *Excel*[®], sendo realizada a testagem de consistência das informações e a posterior conversão para o formato do programa *Statística 12 da Statsoft*[®], com o qual, foi realizada a análise estatística, descrevendo as frequências relativas e absolutas das variáveis.

Fonte de dados qualitativos

Para a coleta qualitativa com os profissionais de saúde, foi realizada uma estratificação das unidades de APS dos municípios, tendo como ponto de partida a verificação do número de registros de solicitações de baciloscopia de escarro referentes ao ano de 2012, coletados na etapa quantitativa. Assim, foram categorizados os serviços de saúde pelo menor, intermediário e maior número de solicitações. Em Sapucaia do Sul os três grupos (3 a 36 solicitações – 11 unidades; 37 a 73 solicitações – seis unidades; 74 a 111 solicitações – duas unidades). Para Pelotas, além destas categorias, foram criadas mais duas, em virtude de não haver disponibilidade de livro de registro em todas as unidades, e outras não possuírem registros de solicitação (sem livro de registro- 24 unidades; com livro e sem solicitações – sete unidades; uma a nove solicitações – 11 unidades; dez a 18 solicitações- seis unidades; e 19 a 27 solicitações – duas unidades).

A partir dessa estratificação, foi realizado o sorteio de uma unidade em cada categoria, totalizando oito unidades, para realizar o contato telefônico, e o agendamento da entrevista com o profissional responsável pela TB. O grupo de unidades sorteadas em Pelotas foi composto por duas Unidades Básicas Tradicionais (UBST) e três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Já em Sapucaia do Sul, o grupo foi composto por uma UBST, uma ESF e uma unidade em fase de transição de UBST para ESF. Em todas as unidades, o profissional que se identificou como o responsável pelas ações foi o Enfermeiro. Utilizou-se como critério de inclusão o tempo de serviço igual ou superior a seis meses na APS do município.

Com relação às entrevistas com os gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da TB, em Pelotas o profissional entrevistado foi o Diretor das ações em saúde da Atenção Básica, e em Sapucaia do Sul foi o Coordenador da vigilância epidemiológica municipal.

Coleta e organização dos dados qualitativos

As entrevistas semiestruturadas foram compostas por questões abertas a respeito da organização da APS para atender à TB, sobre as ações desenvolvidas na APS para a detecção de casos, e sobre a percepção do profissional a respeito das potencialidades e fragilidades da organização municipal para o controle da TB. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Análise dos dados qualitativos

A análise foi realizada pelo *software Hyper Research*[®] versão 2.8.3, utilizando-se a análise de conteúdo, modalidade temática⁽¹⁴⁾, buscando-se identificar a presença de temas que compuseram as entrevistas e interpretar seus significados. Da análise emergiram os temas de estrutura e fluxos de atenção. Para fins desta publicação será abordado o tema fluxo de atenção, o qual permitiu a construção dos fluxogramas de detecção de casos de cada município.

RESULTADOS

Pelotas está localizada na região sul do estado, possui uma população de 343.651 habitantes e está organizada em seis distritos sanitários com 50 unidades de APS, com cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 70,2% da população em junho de 2016. A detecção de casos está descentralizada para a APS e o tratamento está centralizado em um único serviço ambulatorial. Sapucaia do Sul localizada na região metropolitana de Porto Alegre possui uma população de 138.933 habitantes, está organizado em quatro distritos sanitários, com 19 unidades de APS, com cobertura de ESF de 49,6% da população em junho de 2016. No qual as ações de controle da TB são municipalizadas e descentralizadas para a APS⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

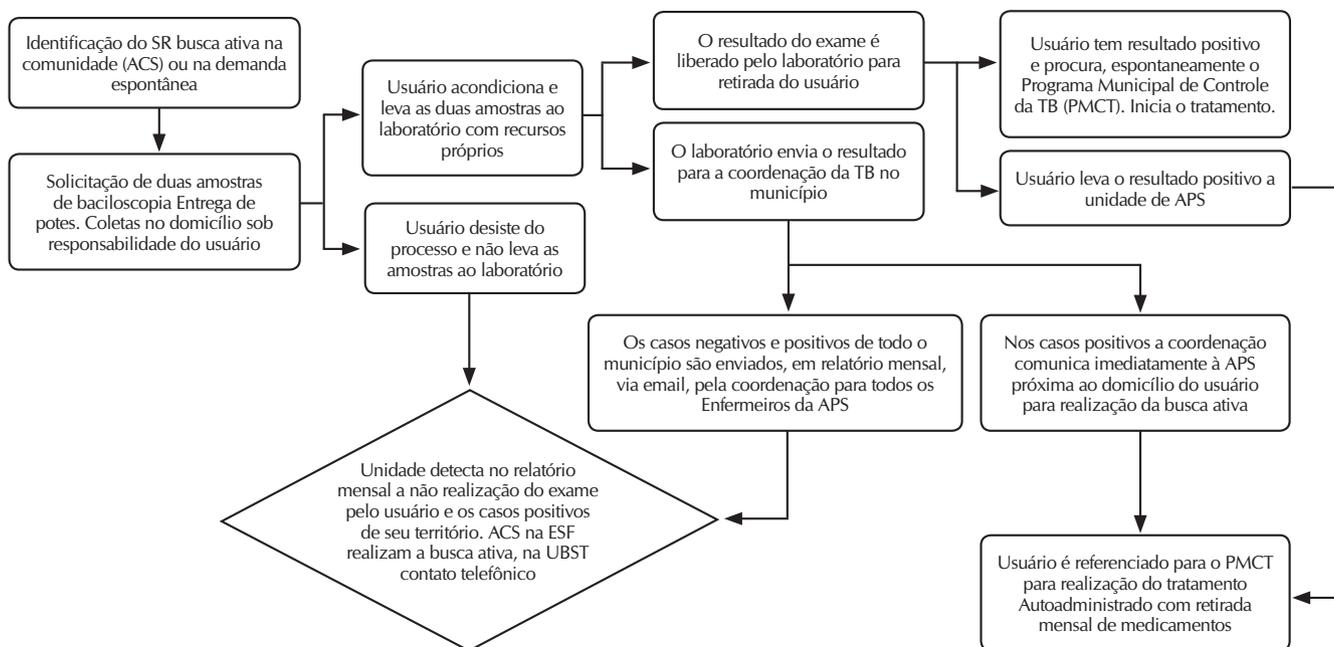
A partir das entrevistas qualitativas com os gestores municipais e profissionais da APS, foi possível construir o fluxograma das ações de detecção de casos da doença, conforme se observa abaixo. Na Figura 1 está o fluxo de Pelotas, o qual tem as ações de detecção descentralizadas para a APS, um laboratório municipal para a realização das baciloscopias, e o tratamento centralizado em um serviço ambulatorial, com dispensação mensal de medicamentos para tratamento auto administrado.

Na Figura 2, é apresentado o fluxo de detecção de casos de Sapucaia do Sul, o qual tem as ações de detecção e tratamento diretamente observado, descentralizadas para a APS. O Município conta com um laboratório para a realização dos exames de baciloscopia de escarro.

De acordo com os entrevistados, não existe um fluxo documentado e sim orientações verbais sobre a condução do SR na rede.

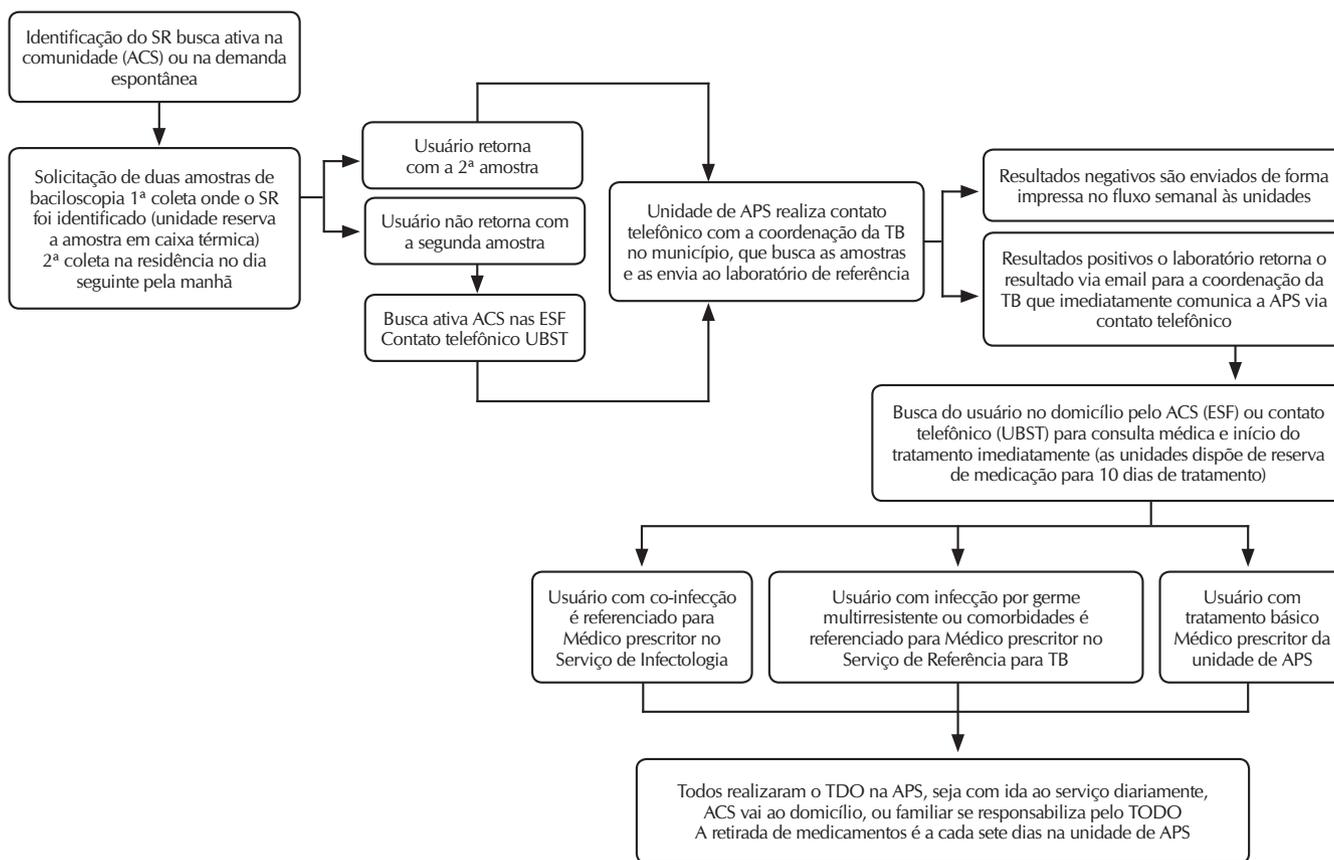
Não tem nada assim em papel, mas a orientação que a gente sempre teve era esse fluxo, a gente mandaria para o centro de especialidades, ou também faria o pedido de exame e depois iria para o laboratório e seria tratado no centro de especialidades era isso que eu sabia.(P3-P)

Por escrito não tem. Mas sempre foi feito assim [referindo-se ao fluxo de encaminhamento do paciente], todos sabem como tem que conduzir independente do tipo de unidade. E na dúvida se faz o contato direto com a TB, funciona muito bem! (P2-S)



Nota: SR - Sintomáticos Respiratórios de tuberculose; ACS - Agentes Comunitários de Saúde; TB - tuberculose; APS - Atenção primária à Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; UBST - Unidades Básicas Tradicionais.

Figura 1 – Fluxograma de detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016



Nota: SR - Sintomáticos Respiratórios de tuberculose; ACS - Agentes Comunitários de Saúde; TB - tuberculose; APS - Atenção primária à Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; UBST - Unidades Básicas Tradicionais.

Figura 2 – Fluxograma de detecção de casos de tuberculose em Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016

Em relação à continuidade dos cuidados no fluxo municipal de detecção de casos (Figura 1), e a responsabilização da APS na condução do SR até o diagnóstico e cura, os profissionais de Pelotas referiram a fragmentação do cuidado. E vinculam essa ocorrência à centralização do tratamento, o que para eles fortalece a cultura de desresponsabilização da APS pelo acompanhamento dos casos, ficando a APS com a tarefa de ofertar os frascos e fazer o pedido.

Para mim essa organização não garante! E a centralização é uma fragilidade, no que diz respeito à continuidade do cuidado, não tem por que tu centralizar em um único espaço e em algumas pessoas a responsabilidade pela atenção de todo o município. Se descentralizasse eu acho que as pessoas da Unidade iam se sentir mais responsáveis nesse fluxo, porque hoje tu identificas o sintomático e dá o frasquinho para o paciente coletar, e é isso que tu tem que fazer, é esse o teu compromisso! (P5-P)

Na verdade, eu acho que a responsabilidade seria totalmente da Atenção Primária à Saúde, o paciente com tuberculose não é só na detecção, eu acho que tu tem que trabalhar também na cura até porque se ele não fizer o tratamento da forma correta, ou não for identificado depressa, ele vai ficar transmitindo. Mas na atual realidade que a gente se encontra, a gente tem conseguido fazer muito pouco, ficamos só na realização dos pedidos de baciloscopia, muitas vezes, sem saber o resultado e nem se iniciou o tratamento! (P1-P)

Em Sapucaia do Sul, os profissionais acreditam que o fluxo (Figura 2), como está organizado, aproxima os profissionais dos SR e fortalece a formação de vínculo. A responsabilidade da APS vai desde a suspeita até a cura efetuada pelo tratamento diretamente observado.

A continuidade é garantida sim, porque tem uma vinculação, o paciente já foi escutado, já recebeu as orientações, na unidade, já sabe que, a partir, desse exame ele vai poder ter o diagnóstico e o tratamento, tudo aqui no território. (P3-S)

A responsabilidade da Atenção Primária à Saúde é bem ampla, eu acho que vai desde permitir que a pessoa tenha o entendimento do que é a doença, fazer o uso correto da medicação,

acompanhá-la durante e até o final do tratamento. A minha responsabilidade vai de acompanhar até o fim do tratamento co-responsabilizando o doente por esse cuidado. (P1-S)

Essa questão da descentralização eu acho que é uma potencialidade de todas as unidades, ter o conhecimento e poder já fazer o primeiro atendimento, não ficando só na questão do encaminhamento, acho que é uma potencialidade do nosso fluxo de atenção! (P2-S)

Os reflexos dos fluxos municipais podem ser verificados nos resultados alcançados a partir da coleta de dados secundários, na etapa quantitativa, referentes ao ano de 2012. Verificou-se o quantitativo de solicitações de baciloscopia de escarro, com o total de 165 registros nos livros de sintomático respiratório das unidades de APS de Pelotas, e 738 solicitações nos registros da APS de Sapucaia do Sul.

Dos 165 registros de usuários com suspeita de TB de Pelotas, observou-se que 50% (n = 84) chegaram com a amostra de escarro para análise no laboratório municipal, dos quais 11,9% (n = 10) tiveram resultado positivo (Tabela 1). Relacionando este resultado ao número de casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados no município no ano de 2012, segundo o SINAN 114 casos⁽¹⁷⁾, verifica-se que 8,8% (10/114) foram diagnosticados pela APS.

Na Tabela 1, verifica-se a aplicação dos indicadores de casos estimados e proporção de diagnósticos entre os SR examinados. Considerando a população de Pelotas no ano de 2012⁽¹⁶⁾ com 328.275 habitantes, e com base nos registros de baciloscopia de diagnóstico no laboratório municipal, identificou-se entre todos os serviços do município 40,1% dos SR estimados, e a APS contribuiu com 2,6% de detecção de SR.

Em Sapucaia do Sul, foi solicitado pela APS 738 baciloscopias de escarro. Destas, 75,7% (n = 559) chegaram ao laboratório, sendo 4,3% (n = 24) positivas (Tabela 1). Considerando o número de casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados no município no ano de 2012, 49 casos foram notificados no SINAN⁽¹⁷⁾, verificou-se que, de acordo com os registros das unidades básicas de saúde do município, 49% (24/49) foram diagnosticados pela APS.

Tabela 1 – Indicadores de detecção de casos de tuberculose nas unidades de Atenção Primária à Saúde de dois municípios prioritários do Rio Grande do Sul, Brasil

Indicadores referentes aos exames realizados em 2012	SR Estimados n	SR Examinados n*	Número de diagnósticos pela APS n*	Número de diagnósticos no município n&	Todos os serviços (%)	APS (%)
Proporção de SR examinados entre os estimados						
Pelotas		1316	-	-	40,1	2,6
Sapucaia do Sul		1033	-	-	78,9	42,7
Proporção de Diagnósticos entre os SR examinados						
Pelotas		-	10	-	8,7	11,9
Sapucaia do Sul		-	24	-	4,7	4,3
Proporção de diagnósticos por serviço/diagnosticos no município						
Pelotas		-	-	114	91,2	8,8
Sapucaia do Sul		-	-	49	51,0	49,0

Nota - *dados coletados a partir do livro de registros do laboratório municipal; &dados coletados no Sistema de informação de agravos de notificação, referentes ao ano de 2012; SR - Sintomáticos Respiratórios de tuberculose; APS - Atenção primária à Saúde.

A população de Sapucaia do Sul no ano de 2012⁽¹⁶⁾ era de 130.957 habitantes, considerando os registros do laboratório municipal, verificou-se o exame de 1033 baciloscopias de escarro para o diagnóstico, o que corresponde a 78,9% dos SR estimados para o período. Conforme se observa na Tabela 1 a contribuição da APS nesse indicador foi de 42,7%.

Em relação ao tempo entre a identificação na unidade (registro de solicitação de baciloscopia no LRSR) e a chegada da amostra no laboratório, em Pelotas verificou-se a média de 12 dias (variando de 1 a 51 dias). Não há registro da data da entrega do resultado pelo laboratório ao usuário ou serviço de saúde. Daqueles casos diagnosticados como positivos, identificou-se a data de início do tratamento ficando em média 6,6 dias (variando de 0 a 14 dias) entre a entrada da amostra no laboratório e o início do tratamento, o tempo total desde a solicitação da baciloscopia até o início do tratamento foi em média de 19 dias (variando de 3 a 57 dias).

Em Sapucaia do Sul, o tempo entre a identificação na unidade (registro de solicitação de baciloscopia) e a chegada da amostra no laboratório verifica-se a média de 1,7 dias, a média de dias entre a entrada da amostra no laboratório e a liberação do resultado foi de 3,3 dias. Daqueles casos diagnosticados como positivos, identificou-se a data de início do tratamento ficando 8,4 dias (variando de zero a 20 dias) dias entre a solicitação da baciloscopia e o início do tratamento.

A totalidade dos profissionais entrevistados em Sapucaia do Sul referiu que o tempo entre a identificação do SR e o início do tratamento varia entre sete e dez dias. Confirmando o identificado na etapa quantitativa, enfatiza a necessidade da agilidade no resultado como determinante para o início do tratamento.

Varia de sete a dez dias. Há casos que a gente fica muito em dúvida e queria começar logo, então esses dez dias pesam um pouco. Se pudesse ser menos. (P1-S)

Em Pelotas, o resultado do exame chega até o profissional, na maior parte dos casos, via relatório mensal, enviado pela Coordenadora Municipal da TB para o e-mail pessoal do Enfermeiro, o qual é verificado no domicílio, visto que nem todas as unidades possuem computadores com acesso à internet.

Pois é, como o relatório é mensal e, às vezes, atrasa um ou dois meses, a gente vê mais o resultado pelo usuário. Aquele paciente que tá bem interessado, e que tem condições de ir, em até uma semana ao laboratório, ele retorna rapidinho com o resultado! Agora tem outros que, às vezes, levam duas, três semanas, e outros que nem retornam, porque muitos nem fazem o exame. Isso eu descobri porque vejo no e-mail do relatório, quando eu recebo! (P1-P)

Eu acho que é lá do laboratório que eles já encaminham para o tratamento, e a maioria já sabe que TB é no centro de especialidades. Eu nunca recebi o resultado do exame na unidade pelo paciente. Fico sabendo só pelos relatórios mensais, mas um tempão depois. (P3-P)

Diante o reconhecimento municipal do serviço ambulatorial, como a referência para o tratamento da tuberculose, nem todos os usuários retornam com o resultado até a unidade, muitos deles já se dirigem espontaneamente ao serviço para o tratamento.

A informação do tempo transcorrido entre a solicitação e o início do tratamento nem sempre é acompanhada pela equipe da APS, o que foi evidenciado pelos entrevistados de Pelotas, conforme verificado nos trechos acima.

DISCUSSÃO

O fluxo de detecção de casos, na rede de serviços, necessita ser contratado pela gestão e pactuado com as equipes da APS, de modo que fortaleça a organização dos serviços para um melhor atendimento ao SR⁽¹⁸⁾. A determinação de um fluxo organizado, com garantia de continuidade dos cuidados aproxima os usuários do serviço de saúde, fortalecendo o vínculo e a resolutividade das necessidades de saúde apresentadas⁽¹⁹⁻²⁰⁾. No presente estudo, os profissionais de ambos os municípios, referiram que o fluxo do SR é padronizado, mas não há documentos na unidade com tais informações, a orientação foi repassada verbalmente às equipes pela gestão municipal.

A adoção desta estratégia, pela gestão, no repasse das informações pode ocasionar perdas relacionadas à variação de conduta entre as unidades, por diferença de entendimento entre as equipes, e estimular a insipiência da participação da APS no controle da TB⁽²¹⁾. Este fato pôde ser observado nas falas dos P1_P e P3_P que desconhecem a forma como o usuário com TB chega até o tratamento no serviço especializado, assim como, no desconhecimento das equipes sobre o tempo transcorrido entre a solicitação e o início do tratamento, evidenciado em Pelotas, demonstrando a desvinculação com a continuidade do cuidado e a fragmentação da atenção à TB. Este resultado corrobora com estudo realizado no nordeste brasileiro, no qual os pesquisadores verificaram a desresponsabilização das equipes de APS com o controle da TB, considerando as atividades relacionadas à doença como de competência dos serviços especializados onde se dá o tratamento⁽⁴⁾.

Em contrapartida, em Sapucaia do Sul, onde houve a descentralização da totalidade das ações de controle da TB para a APS, e a existente adoção do TDO, evidencia-se um melhor conhecimento dos profissionais sobre o fluxo de condução do SR até o diagnóstico, inclusive sobre o tempo transcorrido desde a solicitação da baciloscopia até o início do tratamento. Nesse sentido, salienta-se que a descentralização é um importante fator para facilitar o acesso aos serviços de saúde e fomentar a responsabilização das equipes pela integralidade do cuidado ao indivíduo com TB, elevando as taxas de detecção de casos⁽²²⁾.

Ao analisar os fluxos dos municípios em estudo, verifica-se que, em ambos, os profissionais e gestores referiram a realização da busca ativa na comunidade pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas unidades de ESF, e a busca passiva nas UBST. Considerando a baixa cobertura de ESF, em 2012, em Pelotas (28,3%) e em Sapucaia do Sul (26,2%), destaca-se que as taxas de detecção de casos poderão ser melhoradas mediante o incremento da cobertura da ESF em 2016, para 70,3% em Pelotas e 49,6% em Sapucaia do Sul⁽¹⁵⁾. Contudo, para alcançar as taxas preconizadas de detecção de casos, os serviços de APS, independente do modelo de atenção, devem promover a ampla realização da busca ativa dos SR na demanda espontânea no serviço e na comunidade⁽²³⁾.

Observam-se, nos fluxos, diferenças marcantes relacionadas à participação da APS no processo de detecção dos casos entre os

dois cenários, destacando-se as diferenças relacionadas à realização da coleta, ao acondicionamento e ao transporte das amostras de baciloscopia ao laboratório, assim como, ao recebimento das informações sobre os resultados dos exames e o início do tratamento. Estas diferenças no fluxo dos SR, determinado a partir da APS, influenciam nos resultados alcançados pelos municípios na identificação dos SR.

Quanto à coleta da baciloscopia, em Sapucaia do Sul, verifica-se a conformidade com as diretrizes nacionais^(3,24), com o acondicionamento e transporte sobre responsabilidade da APS. Esta organização favorece a agilidade na realização do exame e do diagnóstico, visto que as amostras sendo avaliadas e acondicionadas pela equipe da APS evitam que chegue ao laboratório material de baixa qualidade, necessitando fazer nova coleta. Além de assegurar que o envio seja realizado prontamente, sem custos ao SR, retirando do processo as interferências de atraso por situações financeiras e possíveis receios no manuseio do escarro pelo usuário e sua família^(4,25). Fato que pode ser percebido ao analisar o tempo transcorrido entre a solicitação do exame e o início do tratamento, evidenciando que o fluxo de Sapucaia do Sul apresenta agilidade, estando bem abaixo do atraso máximo recomendado de três semanas⁽²³⁾. Os profissionais de Sapucaia do Sul destacam que a descentralização das ações de controle para a APS é uma potencialidade da organização municipal, pois transfere a responsabilização pela TB aos profissionais da APS e propicia a continuidade do cuidado no território.

Em contrapartida em Pelotas, a equipe ao identificar o SR, solicita o exame, mas restringe sua ação à entrega dos potes e formulário de solicitação, aliados à orientação ao usuário para levar as amostras ao laboratório municipal, o que também foi verificado em estudo realizado na Paraíba, onde os profissionais da APS não se responsabilizam pela qualidade e o envio do material ao laboratório⁽²¹⁾. Neste cenário, os profissionais da APS, atuam como coadjuvantes no processo de detecção da TB, como evidenciado na fala de P5_P, que reafirma a centralização do tratamento como uma falha na gestão do cuidado. Resultado que ratifica a baixa prioridade dada à detecção de casos de TB pelos gestores municipais, com ausência de normatização precisa quanto ao fluxo de coleta e o envio de escarro ao laboratório⁽²⁶⁾. O que deixa os profissionais da APS sem informação e inseguros em relação ao seu papel nesse processo, estimulando a desresponsabilização e a sobrevalorização dos serviços secundários⁽⁴⁾.

Na realidade de Pelotas, onde a coordenação da assistência não é claramente definida a partir da solicitação do exame, o próprio SR e sua família assumem, mesmo que informalmente, o papel de coordenadores do cuidado⁽²⁷⁾, responsabilizando-se pela coleta da amostra no domicílio, e a entrega do exame no laboratório, utilizando recursos próprios para a conservação e o transporte da mesma. Esta atividade fragmentada, além de onerar o SR resultou em atraso no diagnóstico, média de 19 dias, superior a de Sapucaia do Sul, e do evidenciado em estudos realizados em municípios do interior de São Paulo^(8,23), com 15 dias em média para a concretização do diagnóstico.

Outro aspecto relevante é o fluxo das informações entre APS, laboratório e gestão, o qual está relacionado as perdas de seguimento, mais acentuadas no fluxo de Pelotas, visto que 50% dos SR não chegaram até o laboratório com a amostra de escarro. As equipes referiram receber esta informação em relatórios mensais, muitas vezes, com atraso de dois a três meses, via e-mail pessoal, nos quais detectam a não realização do exame

solicitado, e a partir desta informação vão realizar a busca dos SR que não realizaram o exame. Considera-se que nesse percurso há um atraso importante na detecção de casos potencialmente positivos, que estão agravando o quadro clínico e mantendo a transmissão da TB. Resultado semelhante foi identificado em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, o que para os autores expressa a baixa prioridade dada à problemática da TB pela gestão municipal, sem investimentos em sistemas de informação que poderiam agilizar o diagnóstico⁽²⁶⁾. Esta ferramenta é reconhecida como essencial para agilizar a detecção de casos e o alcance da continuidade da atenção, pois permite a equipe acompanhar o trajeto do SR na rede de serviços⁽⁵⁾.

Verificou-se que a contribuição da APS no exame dos SR estimados e nos diagnósticos de Sapucaia do Sul aproximou-se a 50% do total para o período estudado. Enquanto em Pelotas a detecção dos SR estimados foi de 2,6% e a contribuição com diagnósticos não chegou a 9% dos realizados no município. A baixa participação da APS também pôde ser observada em estudos realizados na Sérvia⁽²⁸⁾ e em Ribeirão Preto, São Paulo⁽⁵⁾, onde a APS contribuiu, respectivamente, com 14,1% e 15,3% dos diagnósticos esperados. Os autores atribuíram a este achado a descontinuidade da assistência, assim como observado no fluxo de Pelotas. Visto que, ao perceber que não há agilidade no diagnóstico, os SR vão em busca de serviços que atendam suas necessidades de saúde de forma imediata, elevando as taxas de detecção por serviços especializados e de Pronto atendimento⁽¹⁰⁾.

Em relação à proporção de positivos entre os examinados a APS de Pelotas, obteve o índice de positividade de 11,9%, enquanto que Sapucaia do Sul esteve dentro da taxa preconizada de 4%. Os resultados de Pelotas, com a elevada proporção de positivos dentre os examinados, vem confirmar a demora no diagnóstico, e evidencia que o exame vem sendo realizado entre os indivíduos com sintomas fortes de TB, e não como ferramenta de rastreio entre as pessoas com tosse há mais de três semanas, conforme preconizado⁽²⁴⁾. Ratificando a insuficiência do fluxo estabelecido e a consequente manutenção da cadeia de transmissão.

Estudo realizado no nordeste brasileiro ao verificar os óbitos por TB identificou que 72,8% dos casos não haviam recebido diagnóstico em tempo oportuno, o que para os autores indica a existência de falhas na detecção de casos pela APS⁽¹⁰⁾. Salienta-se que a estratégia de busca ativa dos SR é efetiva no intuito de diagnosticar precocemente os casos pulmonares bacilíferos, o que foi verificado em estudo realizado na província chinesa de Shandong, e Burkina Faso, África, nos quais os autores apontam que a rotina de rastreio da TB aperfeiçoou os resultados alcançados na detecção de casos mediante baixo custo de investimento^(22,29).

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estiveram relacionadas com a utilização de dados secundários, registros dos livros das unidades de Atenção Primária à Saúde, os quais apresentavam incompletudes.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas

A presente pesquisa traz contribuições para a área da Enfermagem e saúde visto que discute a detecção de casos de tuberculose, doença negligenciada e tema de relevância epidemiológica

nacional. Os resultados do estudo servem de subsídios para a formulação de políticas públicas municipais para efetivar a criação de linhas de cuidado com o intuito de assegurar a efetividade do alcance das metas propostas pela OMS para o controle da TB, mediante ações de coordenação do cuidado. Destaca-se a necessidade da realização de novos estudos que visem analisar o custo efetividade dos fluxos em questão, no intuito de provar aos gestores a viabilidade dos investimentos na adoção de uma linha de cuidado integral para a TB a partir da APS.

CONCLUSÃO

Ao analisar o fluxo dos municípios e os resultados alcançados por eles, conclui-se que o modo de organizar os processos

relacionados à TB, pela gestão municipal, é determinante para promover ou limitar o comprometimento das equipes da APS na coordenação da assistência e conseqüentemente alcançar as metas de controle da doença. Salienta-se a potencialidade da organização municipal de Sapucaia do Sul com investimentos na operacionalização da detecção de casos, no qual o SR não é desvinculado da equipe da APS em nenhum momento desde a suspeita até o término do tratamento.

FOMENTO

Fonte de fomento Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Edital doenças negligenciadas CNPq 4041100/2012-0.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Global Tuberculosis Report 2016[Internet]. Genebra: WHO; 2016 [cited 2017 Jun 12]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/high_tb_burden/countrylists2016-2020.pdf?ua=1
2. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil. Bol Epidemiol [Internet]. 2017[cited 2017 Jun 12];48(8):1-11. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa-de-P-blica-no-Brasil.pdf>
3. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. Rev Med[Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 12];93(2):83-9. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/97330/96342>
4. Paiva RCG, Nogueira JA, Sá LD, Nóbrega RG, Trigueiro DRSG, Villa TCS. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do nordeste do Brasil: desafio da atenção primária à saúde. Rev Eletr Enferm[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 20];16(3):520-6. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a04.pdf>
5. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Moroe AA, Scatena LM, et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção primária à saúde ou pronto atendimento? Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 12];47(6):1149-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01149>
6. Boaretto C, Bastos FI, Natal S. Os desafios para o controle da tuberculose e novas perspectivas. Cad Saúde Colet[Internet]. 2012[cited 2016 Dec 12];20(2):135-6. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_135-136.pdf
7. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. RECIIS[Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 3];7(4). Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572/1213>
8. Ponce MAS, Wysocki AD, Arakawa T, Andrade RLP, Vendramini SHF, Silva Sobrinho RA. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. Epidemiol Serv Saúde[Internet]. 2016[cited 2017 Jan 12];25(3):553-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00553.pdf>
9. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. J Bras Pneumol[Internet]. 2012[cited 2017 Jan 20];38(2):202-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n2/en_v38n2a09.pdf
10. Romero ROG, Ribeiro CMC, Sá LD, Villa TCS, Nogueira JA. Subnotificação de casos de tuberculose a partir da vigilância do óbito. Rev Eletr Enferm[Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 1];18:e1161. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37249/21346>
11. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União[da] República Federativa do Brasil; 2013. v.13, n.150, p. 59-62.
12. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Centro estadual de vigilância em saúde do RS. Tuberculose no Rio Grande do Sul: relatório técnico 2014-2015. Porto Alegre, 2016. Available from: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1459169540_RELAT%C3%93RIO%20TUBERCULOSE%202016.pdf
13. Gonzales RIC. Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas, 2012.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção primária à saúde. Histórico de cobertura da saúde da família. 2016[cited

- 2017 Feb 1]. Available from: dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Cidades[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 1]. Available from: cidades.ibge.gov.br
 17. Brasil. Sistema de informação de agravos de notificação. SinanNet. Tuberculose: frequência de casos novos pulmonares com baciloscopia positiva em 2012, segundo município de residência [Internet]. 2012[cited 2017 Feb 1]. Available from: <http://200.198.173.165/tabnet/>
 18. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, et al. Atenção primária à saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 1];20(1):161-75. Available from: http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v20n1/en_1980-5497-rbepid-20-01-00161.pdf
 19. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 1];47(4):1021-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n4/v47n4a10.pdf>
 20. Coelho APAC, Larocca LM, Chaves MMN, Felix JVC, Bernardinho E, Alessi SM. Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 12];25(2):e0970015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-0970015.pdf
 21. Nóbrega RG, Nogueira JA, Sá LD, Uchôa REMN, Trigueiro DRSG, Paiva RCG. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2013[cited 2017 Feb 20];15(1):88-95. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a10.pdf
 22. Méda ZC, Huang C, Sombié I, Konté L, Somda PK, Djibougou AD, et al. Tuberculosis in developing countries: conditions for successful use of a decentralized approach in a rural health district. *Pan Afr Med J*[Internet]. 2014[cited 2017 Feb 20];17(198). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228989/pdf/PAMJ-17-198.pdf>
 23. Sasaki NSGMS, Santos MLSC, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Chiaravalloti-Neto F. Atraso na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 20];18(4):809-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/en_1980-5497-rbepid-18-04-00809.pdf
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: MS; 2011.
 25. Paula R, Lefevre F, Lefevre AMC, Galesi VMN, Schoeps D. Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 20];17(3):600-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n3/1415-790X-rbepid-17-03-00600.pdf>
 26. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, Araújo VLA, Oliveira E, Cruz DM, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface*[Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 21];19(53):251-563. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180139468003>
 27. Admi H, Muller E, Ungar L, Reis S, Kaffman M, Naveh N, Shadmi E. Hospital community interface: a qualitative study on patients with cancer and health care providers' experiences. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 21];17:528-35. Available from: [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(13\)00025-2/pdf](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(13)00025-2/pdf)
 28. Stošić M, Lazarević N, Kuruc V, Ristić L. Assessment of the role of primary health care in tuberculosis control in Serbia. *Med Pregl* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 21];LXVIII(9-10):331-5. Available from: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0025-8105/2015/0025-81051510331S.pdf>
 29. Zang XL, Li SG, Li HT, Li GX, Guo XY, Wang Y, et al. Integrating tuberculosis screening into annual health examinations for the rural elderly improves case detection. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 21];19(7):787-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26056102>
-