

Coordenação e elenco de serviços no controle da tuberculose: percepção de enfermeiros e médicos

Coordination and services provided in tuberculosis control: perception of nurses and physicians

Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio¹, Rosely Morales de Figueiredo²,
Sonia Silva Marcon¹

Resumo

Introdução: A tuberculose permanece como problema de saúde pública, por isso os serviços de saúde possuem um papel fundamental para a detecção precoce de casos e para as ações promocionais e preventivas. Assim, a orientação e a integração adequadas da rede assistencial nos diversos níveis de atenção são indispensáveis para assegurar assistência contínua e integral. **Objetivo:** Comparar a perspectiva de enfermeiros e médicos sobre o desempenho dos serviços de saúde na coordenação e no elenco de serviços oferecidos ao paciente com tuberculose, no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná. **Método:** Estudo avaliativo, com 134 profissionais de saúde. Os dados foram coletados de junho a setembro de 2013, utilizando uma adaptação do *Primary Care Assessment Tool*. Para cada variável, foi determinado um escore médio, submetido à análise de variância. **Resultados:** O elenco de serviços obteve escore regular (a oferta de vale-transporte e de cestas básicas foi insatisfatória na perspectiva dos profissionais). A coordenação foi satisfatória, porém o fluxo de informações entre a referência e a contrarreferência foi regular. **Conclusão:** O elenco de serviços disponibilizados ao usuário ainda não contempla uma assistência integral, e a coordenação e a integração dos serviços de referência e de contrarreferência são necessárias para a resolutividade dos problemas dos usuários. **Palavras-chave:** tuberculose; atenção primária à saúde; avaliação dos serviços de saúde; enfermagem.

Abstract

Background: Tuberculosis remains a public health problem and health services plays a key role in the early detection of cases and in promotional and preventive actions. Thus, the orientation and integration of the healthcare network are essential for a continuous and integral care. **Objective:** To compare the perspective of nurses and physicians on the performance of health services in coordination and services provided to patients with tuberculosis in the context of the 15th Regional Health of Paraná. **Method:** Evaluative study involving 134 health professionals. The data were collected between June to September 2013, using an adaptation of the Primary Care Assessment Tool. For each variable was given a mean score, subjected to analysis of variance. **Results:** The services provided obtained regular score; the provision of transportation vouchers and food baskets were unsatisfactory from the perspective of professionals. The coordination was satisfactory score, but the flow of information between the reference and counter-reference was considered regular. **Conclusion:** The services provided to the user not cast also includes comprehensive care and the coordination and integration of reference and counter-reference services are necessary for the resolution of user problems. **Keywords:** tuberculosis; primary, health care; health services evaluation; nursing.

¹Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Maringá (PR), Brasil.

²Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - São Carlos (SP), Brasil.

Trabalho realizado nos municípios localizados no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná - Maringá (PR), Brasil.

Endereço para correspondência: Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Avenida Colombo, 5790 - Jardim Universitário - CEP: 87020-900 - Maringá (PR), Brasil - Email: pollymantelo@gmail.com

Fonte de financiamento: Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (Protocolo 21320), Edital - Pesquisa para o SUS, projeto "Assistência e controle da tuberculose no estado do Paraná".

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

A tuberculose é conhecida por ser uma doença intimamente relacionada às condições precárias de vida¹ e permanece como um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, sendo uma das mais importantes causas de mortalidade entre adultos jovens². Em 2015, foram notificados aproximadamente 10,4 milhões de novos casos, com mortalidade de mais de 1 milhão de pessoas³.

Entre os 22 países que concentravam 80% da carga mundial de tuberculose, o Brasil era o único da América Latina. A partir de 2016, foi definida uma nova classificação para os países prioritários com base em características epidemiológicas. Agora, o Brasil aparece em duas classificações: na 20ª posição quanto à carga da doença e na 19ª posição no que se refere à coinfeção tuberculose-HIV⁴.

O Estado do Paraná enfrenta dificuldades para o controle da tuberculose, visto que ainda não cumpriu as metas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose até 2015 de no mínimo 85% de cura dos casos diagnosticados e de no máximo 5% de taxa de abandono de tratamento. Além disso, é preconizado que, do total de diagnosticados, 70% sejam casos novos, e apenas 30%, recidivas. Contudo, é importante ressaltar que, apesar das dificuldades, são observados avanços, visto que, em 2011, a taxa de cura era próxima de 72%, e de abandono de tratamento, de 7,2%⁵, enquanto, em 2017, a taxa de cura da tuberculose pulmonar subiu para 75,8% e a de abandono de tratamento caiu para 5,7%⁶.

Nesse contexto, os serviços de saúde possuem um papel fundamental para a detecção precoce de casos e para as ações promocionais e preventivas, ainda que existam as perceptíveis iniquidades das condições de vida. Dessa forma, são indispensáveis orientação e integração adequadas da rede assistencial em seus diversos níveis de atenção⁷.

Com base nisso, o Sistema Único de Saúde (SUS) traz em suas diretrizes que a organização dos serviços de saúde deve ser pautada pelo princípio da integralidade, no qual as ações e os serviços devem atender ao usuário de forma conjunta e articulada em todos os níveis de complexidade do sistema, assegurando uma assistência contínua e integral⁸.

Desse modo, a Atenção Primária à Saúde possui características que lhe permitem assumir a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário com tuberculose⁹, visto que o modo de conduzir o cuidado pode fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços voltados a essas pessoas¹⁰. Destarte, ainda não existe consenso sobre o melhor local para o acompanhamento e o tratamento de pessoas com tuberculose. Estudos mostram que nos dois sistemas existem aspectos positivos e negativos, e, conforme reconhecido pelo Ministério da Saúde, nos municípios de pequeno porte, é comum que não exista um Programa Municipal de Controle da Tuberculose, sendo as funções de

controle e de tratamento acumuladas pelos profissionais de saúde. No entanto, o Ministério da Saúde reforça que a organização da assistência deve utilizar a atenção primária, as unidades de pronto atendimento, as unidades de referência e os hospitais para favorecer o acesso de qualidade à assistência⁴.

Internacionalmente, a coordenação é compreendida como a capacidade que os serviços têm de garantir a continuidade da atenção ao doente dentro do sistema de saúde. No entanto, para o atendimento integral das necessidades do usuário⁸, é indispensável ainda assegurar a provisão de recursos e de insumos, que venham garantir o acesso ao tratamento, ou seja, é importante que sejam disponibilizados serviços que condizem com as necessidades enfrentadas pelo usuário¹⁰.

A articulação entre setores e níveis assistenciais, o fluxo de informações, a garantia de instrumentos, de equipamentos e de insumos para assegurar uma assistência completa e de qualidade constituem desafios aos serviços de saúde⁸. O elenco de serviços corresponde aos tipos de serviços de atenção primária oferecidos pela unidade e aos arranjos estabelecidos para que o paciente receba todo tipo de serviço, incluindo os que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), internação domiciliária e serviços comunitários¹¹.

Assim, avaliar o desempenho da atenção primária no controle da tuberculose compreende a necessidade de descrever e monitorar empiricamente o problema da doença no país, aumentando o conhecimento atual, bem como permitindo o desenvolvimento de soluções. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo comparar a perspectiva de enfermeiros e médicos sobre o desempenho dos serviços de saúde na coordenação e no elenco de serviços oferecidos ao paciente com tuberculose, no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná.

MÉTODO

Estudo transversal, avaliativo, de natureza quantitativa. A população do estudo foi composta por enfermeiros e médicos atuantes no controle da doença nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Ambulatórios de Referência para Tuberculose nos 30 municípios localizados no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná.

A maioria dos municípios (21) é de pequeno porte e possui apenas uma unidade de saúde e, conseqüentemente, apenas um local de atendimento dos casos de tuberculose. Em 22 municípios, o serviço de acompanhamento dos pacientes com tuberculose é descentralizado para as unidades de saúde e incorporado às atividades das equipes da ESF. Nos outros oito municípios, o atendimento é centralizado em ambulatório de referência; todavia, em três dos oito municípios descentralizados, o primeiro atendimento pode ser realizado em qualquer uma das unidades de saúde, porém o acompanhamento da doença

é realizado apenas no ambulatório especializado; e, em um município, o ambulatório também constitui porta de entrada para os pacientes com tuberculose, sem necessidade de passar por atendimento inicial nas unidades de saúde¹².

Os critérios de inclusão foram: ser funcionário no município há no mínimo seis meses e atuar em ações de controle da tuberculose. Os critérios de exclusão foram: estar em férias, licença ou atestado médico durante o período de coleta de dados.

De acordo com a listagem do setor de Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde, atuavam em ações de controle da tuberculose 231 enfermeiros e médicos nos 30 municípios pertencentes à regional. Destes, 10 estavam afastados por licença ou férias, 7, por motivo de atestado, e 23 foram contratados há menos de seis meses, resultando em 191 profissionais.

Contudo, considerando a distância entre os municípios e a dificuldade de encontrar alguns profissionais e de obter a concordância da totalidade deles em participar do estudo, optou-se por trabalhar com uma amostra representativa. Isso posto, foi calculada uma amostra aleatória, estratificada por categoria profissional e município, considerando erro de estimativa de 5% e confiabilidade e precisão da amostra em 95%, acrescida de 10% para possíveis perdas. Assim, fizeram parte da amostra 134 profissionais.

Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2013, por meio de entrevista realizada no local de trabalho, previamente agendada por contato telefônico. Para coleta de dados, foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool*, validado no Brasil¹³ e adaptado para uso exclusivo na avaliação das ações de controle da tuberculose¹⁴. O instrumento contempla a avaliação das oito dimensões da atenção primária à tuberculose¹⁴. Para este estudo, foram utilizadas as dimensões “coordenação” e “elenco de serviços”. O perfil dos profissionais foi obtido a partir de informações disponíveis no próprio instrumento de coleta de dados.

Os entrevistados responderam às perguntas, segundo uma escala *Likert*, que atribuiu valor de 0 a 5, em que o valor 0 correspondeu à resposta “não sei” ou “não se aplica” e os valores de 1 a 5 registraram o grau de concordância com as afirmações, conforme proposto na versão do instrumento adaptado à tuberculose¹⁴. Os dados foram digitados em planilha eletrônica e analisados com o auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences*[®].

Para cada variável, tal como já adotado em outro estudo¹³, foi determinado um escore médio, resultante da somatória de todas as respostas, dividido pelo número total de respondentes, classificado em: insatisfatório (quando valor médio < 3), regular (quando valor médio > 3 e < 4) e satisfatório (quando valor médio ≥ 4). Em seguida, para avaliar a coordenação e o elenco de serviços, os dados referentes às variáveis que satisfizeram às pressuposições de independência, homocedasticidade e

normalidade foram submetidos à análise de variância, com o uso do teste F. As variáveis que não atenderam a esses critérios foram analisadas utilizando o teste *Mann-Whitney*. Em todos os testes, adotou-se nível de significância estatística de 5%. O perfil dos profissionais foi analisado por meio de frequências absoluta e relativa.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR, Parecer nº 311.964/2013.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 134 profissionais de saúde, dos quais 78 (58,2%) enfermeiros e 56 (41,8%) médicos. Entre os enfermeiros, 52 (66,7%) possuíam o título de especialista, e 4 (5,1%), o de mestre. A maioria dos enfermeiros atuava na ESF (93,6%), e 5 (6,4%), em Ambulatório de Referência, com tempo de atuação na mesma função variando de 6 meses a 31 anos, com média de 8,45 ± 6,92 anos. Em relação ao tempo de atuação em ações de controle da tuberculose, 60,3% estavam inseridos nessas atividades há 4 anos ou mais. Apenas 43,6% dos enfermeiros relataram que realizaram educação permanente em saúde para as ações de controle da tuberculose e 56,4% apontaram ter recebido treinamento específico no serviço. No entanto, 56,4% dos entrevistados referiram se sentir qualificado para atender aos casos da doença.

Entre os médicos, 24 (42,9%) possuíam o título de especialista, 1 (1,8%), o de mestre, e 31 (55,4%), o de graduação. A maioria dos médicos atuava na ESF (96,4%), e 2 (3,6%), em Ambulatório de Referência, com tempo de atuação na mesma função variando de 6 meses a 40 anos, com média de 11,36 ± 9,72 anos. Em relação ao tempo de atuação em ações de controle da tuberculose, 75% estavam inseridos nessas atividades há 4 anos ou mais. Metade (50%) dos médicos relatou que realizaram educação permanente em saúde para as ações de controle da tuberculose e 48,2% apontaram ter recebido treinamento específico no serviço. No entanto, 62,5% referiram se sentir qualificado para atender aos casos da doença.

A partir dos escores obtidos, observou-se que a dimensão “elenco de serviços” apresentou escore classificado como regular, embora a maioria das variáveis tenha alcançado escores satisfatórios para as duas categorias profissionais. Interferiu no escore global as variáveis “cesta básica/vale-alimentação”, “vale-transporte” e “grupos de doentes de tuberculose na unidade”, com escores insatisfatórios, e a variável “educação em saúde”, com escore regular. Ademais, a variável “informação sobre a tuberculose” apresentou escore regular entre os enfermeiros, enquanto a variável “tratamento supervisionado” apresentou escore regular entre os médicos (Tabela 1).

Não houve significância estatística entre a perspectiva de enfermeiros e médicos referentes à dimensão “elenco de serviços”, exceto a variável “presença de profissional de saúde na unidade em dias úteis”.

A dimensão “coordenação” apresentou escore classificado como satisfatório e não apontou diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais. Entretanto, a variável “retorno de informações por escrito do serviço de referência” apresentou escore insatisfatório para os médicos e regular para os enfermeiros. Já a variável “discussão dos resultados da consulta na referência” apresentou escore regular para os enfermeiros e satisfatório para os médicos (Tabela 2).

Destaca-se que apenas a variável “retorno de informações por escrito da referência” apresentou diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais.

DISCUSSÃO

O fato de não haver diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, na maioria das variáveis avaliadas, sugere que a equipe reconhece praticamente as mesmas fortalezas e fragilidades da atenção, indicando a existência de integração nas ações.

Destarte, é importante destacar que menos da metade dos profissionais relatou ter participado de educação permanente em saúde voltado para o manejo da tuberculose. Esse resultado, por si só, já constitui indicação da falta de regularidade nos treinamentos realizados, além da não abrangência de todos os profissionais que atendem a esses pacientes. Tais dados pressupõem que existem lacunas na assistência, que podem ser decorrentes de diversos fatores, como a falta de constante educação permanente e a qualificação dos profissionais de saúde em conformidade com os direitos dos usuários do SUS.

Tabela 1. Indicadores da dimensão “elenco de serviços”, segundo a categoria profissional, 15ª Regional de Saúde-PR, 2013

Indicadores	Enfermeiros (n = 78)		Médicos (n = 56)		p-valor
	Média	DP	Média	DP	
Elenco de serviços	3,64	0,46	3,51	0,56	0,240
Pote para exame de escarro para diagnóstico	4,29	1,46	4,11	1,60	0,484
Exame para HIV/Aids	4,64	1,11	4,57	1,17	0,728
Pote para exame de escarro para controle mensal	4,24	1,48	4,00	1,60	0,368
Consulta mensal	4,88	0,42	4,75	0,72	0,216
Cesta básica/vale-alimentação	1,28	0,85	1,05	0,29	0,090
Vale-transporte	1,31	0,93	1,36	1,08	0,778
Informação sobre a doença e o tratamento	3,95	1,33	4,04	1,38	0,715
Educação em saúde	3,94	1,15	3,89	1,18	0,834
Visita domiciliar durante tratamento	4,72	0,64	4,50	0,91	0,227
Visita domiciliar para tratamento supervisionado	4,19	1,28	4,12	1,40	0,775
Visita domiciliar por outro motivo	4,46	0,96	4,36	1,01	0,546
Presença de profissional de saúde na unidade em dias úteis	5,00	0,00	4,88	0,60	0,039*
Grupo de doentes na unidade	1,06	0,03	1,23	0,91	0,377
Tratamento supervisionado	4,29	0,94	3,96	1,48	0,611

DP = desvio-padrão; *Valores de $p < 0,05$

Tabela 2. Indicadores da dimensão “coordenação”, segundo a categoria profissional, 15ª Regional de Saúde-PR, 2013

Indicadores	Enfermeiros (n = 78)		Médicos (n = 56)		p-valor
	Média	DP	Média	DP	
Coordenação	4,50	0,38	4,41	0,34	0,191
Resolução de problemas de saúde dos doentes e das famílias	4,33	0,89	4,25	0,91	0,553
Utilização do prontuário	4,86	0,41	4,95	0,29	0,104
Disponibilidade dos resultados dos exames na unidade	4,60	1,04	4,50	1,22	0,603
Comunicação sobre agendamento das consultas de retorno	4,94	0,29	4,82	0,66	0,366
Encaminhamento para referência	4,92	0,38	4,93	0,37	0,935
Discussão/indicação do local de atendimento da referência	4,23	1,34	4,04	1,51	0,434
Ajuda para marcar consulta na referência	4,82	0,52	4,64	0,99	0,561
Disponibilização de comprovante da consulta agendada	4,85	0,68	4,84	0,75	0,956
Fornecimento de informações por escrito para referência	4,69	0,84	4,84	0,70	0,119
Retorno de informações por escrito da referência	3,35	1,36	2,61	1,31	0,002*
Discussão dos resultados da consulta na referência	3,95	1,28	4,09	1,03	0,501
Preocupação com a assistência prestada na referência	4,47	0,80	4,50	0,80	0,856

DP = desvio-padrão; *Valores de $p < 0,05$

Nesse sentido, é imprescindível a construção de estratégias contextualizadas, promovendo o diálogo entre as diretrizes das políticas nacionais e a singularidade dos serviços de saúde no âmbito municipal, com capacitações e supervisões contínuas dos profissionais de saúde¹⁵.

A equipe da ESF precisa estar capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos, incluindo o fornecimento de medicações¹⁶. Dessa forma, a capacitação permanente deve fazer parte de qualquer programa de saúde, em especial de tuberculose, para que os profissionais possam orientar indivíduos e famílias². Ademais, a disponibilidade de serviços e a organização, em termos de estrutura e acessibilidade, são condições que podem facilitar ou dificultar o acesso do paciente com tuberculose aos serviços de saúde¹⁷.

A integralidade na organização dos serviços caracteriza-se pela assimilação de práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço de saúde, ou seja, o usuário não deveria precisar dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber a completude da assistência¹⁶. Assim, o elenco de serviços oferecidos ao paciente deve corresponder às suas necessidades.

Os escores relacionados às variáveis “cesta básica/vale-alimentação” e “vale-transporte” foram considerados insatisfatórios. Com relação a esses aspectos, cabe ressaltar que muitos profissionais relataram que tais benefícios só são disponibilizados após o encaminhamento dos usuários ao serviço de assistência social, o qual avalia a real necessidade de conceder o benefício em questão, ressaltando a demasiada burocracia e a demora do processo enfrentado na maioria dos municípios.

Compete aos municípios, com base nas normas e orientações do Ministério da Saúde, implementar o programa de controle da tuberculose, adequando as ações de acordo com sua realidade, suas necessidades e suas possibilidades¹⁸. Todavia, a disponibilização desses benefícios sem burocracia e demora aumenta a efetividade das ações de integralidade da atenção, visto que a condição socioeconômica desfavorável é comum aos pacientes com tuberculose, de modo que o estado de pobreza contribui para o abandono do tratamento, um dos principais problemas relacionados ao controle da doença¹⁹.

Ainda relativo à carga financeira imposta pela tuberculose, ressalta-se que, mesmo o medicamento sendo disponibilizado gratuitamente, muitos doentes não têm condições para arcar com nenhum gasto adicional^{19,20}. O fato de muitas vezes precisarem deixar de trabalhar, seja por conta dos sinais e sintomas da doença, seja por causa da possibilidade de sua transmissão, constitui um grave problema social. Desse modo, a oferta de alguns benefícios, como o vale-transporte e a cesta básica, atuam como facilitadores da adesão ao tratamento. Destarte, é ordinário aos serviços de saúde estar articulados aos serviços

de assistência social para fornecer tais benefícios, porém a agilidade nesse processo é fundamental²⁰.

O acesso a esses insumos atua como um instrumento facilitador da adesão terapêutica, porém de forma paliativa, e não tem poder resolutivo diante das necessidades mais amplas relacionadas ao problema da tuberculose, já que a doença e a pobreza assumem uma relação bidirecional. Ao passo que a pobreza pode estar relacionada às condições precárias de saúde, estas podem produzir a pobreza, limitando as oportunidades de trabalho e subsistência, configurando um ciclo vicioso¹⁹.

As variáveis “educação em saúde” e “informação sobre a tuberculose e seu tratamento” apresentaram escore regular, evidenciando a necessidade de serem desenvolvidas mais ações que contemplem essa questão, especialmente porque são os próprios profissionais que estão reconhecendo que elas são insuficientes. Seguindo ainda o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde devem estar incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF, pois ela é constituída por um conjunto de saberes e práticas orientadas para prevenção de doenças e promoção da saúde. Constitui, portanto, um recurso que, por meio do profissional de saúde, permite que o conhecimento científico atinja a vida cotidiana das pessoas¹⁶.

A coordenação é vista como um instrumento determinante do processo de assistência, uma vez que permite a integração do trabalho entre os atores, o uso de tecnologias e de recursos para atingir, além dos objetivos organizacionais, a eficácia do serviço⁸. Os resultados encontrados corroboram estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, com doentes, profissionais e gestores, o qual relevou que grande parte das ações de coordenação tem acontecido de forma satisfatória. Entretanto, ressalta que ainda requer a construção de um modelo flexível, pautado na integralidade do cuidado, com profissionais imbuídos de conhecimento, com vistas a potencializar a autonomia do doente e sua corresponsabilidade no cuidado⁸.

Estudo financiado pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OECD sobre coordenação, utilizando dados de 15 países (Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Coreia do Sul, Dinamarca, Espanha, Holanda, Hungria, Itália, México, Nova Zelândia, Portugal, República Tcheca e Suíça), com diferentes configurações de cuidado, apontou que o manejo de um caso é uma das ferramentas da coordenação que inclui a responsabilidade por referência, consultas, prescrição de terapias, admissão em hospitais e seguimento do cuidado²¹. Assim, incluído nos sistemas de referência e de contrarreferência está o retorno de informações, que obteve escore insatisfatório e regular, na perspectiva de médicos e enfermeiros, respectivamente. Na concepção da integralidade, um sistema organizado em rede apresenta dispositivos de referência e contrarreferência articulados, no qual a referência representa o

trânsito da tecnologia leve (ESF) para as duras (rede hospitalar), e a contrarreferência, o inverso. Porém, comumente o que se observa é a transferência de responsabilidade do cuidado, além da preferência dos usuários pela rede hospitalar, confiante na crença de que esse serviço tem maior resolutividade²².

O escore insatisfatório na perspectiva de médicos e enfermeiros em relação à articulação dos serviços de referência e de contrarreferência denuncia a limitação que existe no sistema de saúde brasileiro. As ações de controle da tuberculose nos diferentes níveis de assistência e, em especial, na atenção primária exigem conscientização, envolvimento, integração e articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis dos serviços de saúde, visando efetivar políticas, planejamento, avaliação e adequação do conjunto de estratégias em âmbito municipal, no qual ocorre, de fato, a implementação das políticas.

Mesmo os serviços de referência e de contrarreferência sendo uma diretriz pactuada para assegurar a continuidade do cuidado, identifica-se falta de conhecimento e de valorização pelos profissionais quanto à importância do desenvolvimento de forma sistemática e estruturada, com clareza de papéis, responsabilidade e monitoramento. Cabe destacar que, quando os processos de referência e de contrarreferência são valorizados pelos profissionais e gestores de saúde, seus benefícios são observados no âmbito individual a partir de uma melhoria na condição de saúde do doente e também em termos de organização da assistência. Os profissionais, por sua vez, realizam ações mais personalizadas, o que favorece o contato direto entre os diferentes níveis de atenção⁸.

Assim, é importante ressaltar que o fluxo de informações entre os serviços, durante os mecanismos de referência e de contrarreferência, é imprescindível, visto que a descontinuidade das informações coaduna com as dificuldades das equipes em garantir o acompanhamento via registro de informações. Salienta-se ainda a dificuldade do paciente em repassar os elementos discutidos na referência, o que pode se configurar como um obstáculo para a continuidade da assistência na contrarreferência. Assim, o uso de prontuário durante o atendimento torna-se elementar, além dos avisos sobre consultas de retorno e o fluxo adequado do paciente entre os serviços, o que corrobora a garantia de uma atenção de qualidade⁸.

Embora os resultados apontem escores satisfatórios relacionados com a coordenação e o elenco de serviços, na opinião de médicos e enfermeiros referente à maioria das variáveis ainda existem algumas lacunas na assistência ao paciente com tuberculose que precisam ser modificadas para alcançar o atendimento integral, conforme proposto pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, visto que as estratégias de reorientação desenvolvidas, como a ESF, nem sempre têm produzido ações em consonância

com as necessidades e realidades dos usuários e nem sempre dispõem de capacidade resolutiva¹⁸. Essa condição também foi encontrada em estudo realizado em Feira de Santana, o qual apontou que os profissionais apresentam opiniões melhores que os doentes, evidenciando a fragilidade que ainda permeia o desenvolvimento desse programa⁹.

Assim, o bom desempenho dos serviços de saúde em relação às ações de controle da tuberculose depende de um conjunto formado pela qualificação contínua dos profissionais, garantia de estrutura mínima para atuação das equipes e integração de esforços entre os diferentes atores e serviços responsáveis pela assistência integral ao paciente acometido e sua família. Portanto, as ações de controle da tuberculose com foco no conceito ampliado de saúde requerem que a coordenação de sistemas e de serviços seja integrada e especializada, assegurando um modelo de atenção que considere o caráter debilitante da tuberculose, para atender às necessidades de saúde do usuário.

As lacunas evidenciadas condizem com a realidade nacional, configurada por uma atenção primária ainda frágil, em termos da capacidade de resolução dos problemas e de articulação com os demais níveis assistenciais do sistema. Desse modo, e considerando que mais de 90% dos participantes do estudo atuam na atenção primária à saúde, mais especificamente na ESF, torna-se fundamental aumentar a resolutividade das ações e a integração entre serviços, para que a ESF, de fato, consolide-se como modelo de atenção organizador do SUS¹⁷ capaz de atuar de forma eficaz também na assistência às pessoas com tuberculose.

Como limitações, apresentam-se as diferenças entre os municípios em estudo, visto que cada um possui características peculiares que interferem na organização dos serviços e, conseqüentemente, dificultam a avaliação. Além disso, a investigação refere-se apenas à perspectiva de médicos e de enfermeiros, o que pode ser divergente do ponto de vista de outros profissionais, dos doentes em tratamento e também dos gestores, dependendo das necessidades individuais e da posição que ocupam. Todavia, a seleção aleatória dos profissionais fortalece os resultados, permitindo inferir que essa é a opinião dos profissionais sobre a realidade da assistência nesses municípios, relacionadas à coordenação e ao elenco de serviços.

De acordo com a perspectiva de médicos e enfermeiros, o desempenho dos serviços de saúde para o controle da tuberculose em relação à coordenação é satisfatório. No entanto, o elenco de serviços de atenção primária oferecidos aos pacientes é considerado apenas como regular. Tendo em vista que a coordenação e o elenco de serviços constituem pilares importantes da atenção primária, espera-se que os resultados possam auxiliar na tomada de decisões para efetivar as ações de controle da doença.

Cabe ressaltar ainda que, devido à descentralização dos serviços para redes de assistência ainda incompleta, a própria organização do sistema de saúde impõe dificuldades para as ações de controle da doença. Algumas das dificuldades que podem ser elencadas referem-se à assistência fragmentada, à disponibilização de benefícios e à responsabilização profissional incipiente com a assistência integral ao paciente com tuberculose.

Alguns estudos mostram bom vínculo dos profissionais com pacientes em unidades centralizadas; entretanto, há algumas barreiras para esse serviço de tuberculose centralizado, como barreiras geográficas e realização de visitas domiciliares. Por outro lado, esse tipo de serviço fornece, muitas vezes, menos tempo de espera, facilidade para marcação de consultas, maior privacidade para o usuário, entre outras.

REFERÊNCIAS

- Hino P, Bertolozzi MR, Takahashi RE, Egry EY. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1438-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600022>. PMID:23380789.
- Marquieviz J, Alves IES, Neves EB, Ulbricht L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Cien Saude Colet*. 2013;18(1):265-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100027>. PMID:23338516.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico n.48/2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 52 p.
- Cecilio HPM, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):250-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300008>.
- Brasil. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. (Boletim Epidemiológico; 49).
- Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLE, Araújo VLA, Cruz DMO, Pessanha GF, et al. Structure, organization and working processes within tuberculosis control in municipalities in the state of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *Interface*. 2015;19(53):251-63. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0083>.
- Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):111-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100015>. PMID:22441273.
- Alencar MN, Coimbra LB, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):353-64. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>. PMID:24863812.
- Barrêto AJ, Sá LD, Nogueira JA, Palha PF, Pinheiro PG, Farias NM, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado a tuberculose. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1875-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700027>. PMID:22872350.
- Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária a saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude Soc*. 2011;20(4):948-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>.
- Cecilio HPM, Marcon SS. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(1):e8425. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8425>.
- Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000600014>. PMID:19618041.
- Ponce MAS, Wysocki AP, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(5):945-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500012>. PMID:23703000.
- Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da estratégia saúde da família no controle da tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):954-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600020>.
- Sá LD, Rodrigues DCS, Barrêto AJR, Oliveira AAV, Pinheiro PGOD, Nogueira JA. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):437-42.
- Yamamura M, Santos M No, Freitas IM, Rodrigues LBB, Popolin MP, Uchoa SAC, et al. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(4):270-7. PMID:24870006.
- Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev Rene*. 2012;13(4):784-93.
- Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(4):994-1002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400019>. PMID:21876953.
- Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007. (Health Working Papers; 30). <http://dx.doi.org/10.1787/246446201766>.
- Alves RS, Souza KMJ, Oliveira AAV, Palha PF, Nogueira JA, Sá LD. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):650-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300021>.

Recebido em: Dez. 27, 2017

Aprovado em: Jul. 09, 2018