

Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária

Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care

Puntos de estrangulamiento sobre el control de la tuberculosis en la atención primaria

Patrícia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro¹, Lenilde Duarte de Sá¹, Pedro Fredemir Palha², Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira¹, Jordana de Almeida Nogueira¹, Tereza Cristina Scatena Villa²

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa-PB, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Oliveira RCC, Nogueira JA, Villa TCS. Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(6):1227-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>

Submissão: 01-10-2016 Aprovação: 06-02-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar os discursos de profissionais atuantes no serviço de referência sobre pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da atenção primária à saúde (APS) relacionados ao controle da tuberculose no município de João Pessoa.

Método: O material empírico coletado nos meses de agosto a outubro de 2014 mediante técnica de entrevista foi analisado por meio do dispositivo teórico-analítico de Análise de Discurso, na linha francesa. **Resultados:** Os discursos explicitaram os pontos de estrangulamento no controle da doença na APS como sendo a ausência de vínculo e de acolhimento dos profissionais em relação ao doente de tuberculose. Percebeu-se preconceito por parte dos profissionais, dificuldades de acesso à realização de exames, consultas e tratamento bem como falhas no sistema de referência e contrarreferência. **Considerações finais:** Convém tornar os gestores cientes dos resultados encontrados, para que ações de enfrentamento sejam planejadas e executadas a fim de minimizar os pontos de estrangulamento existentes.

Descritores: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Política de Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the discourses of professionals that work on the reference service about the critical points that affects the essential attributes of the Primary Health Care (PHC) related to the control of tuberculosis in the city of João Pessoa. **Method:** The empirical material collected from August to October in 2014, through the interview technique was analyzed through the methodological-theoretical framework of French Discourse Analysis. **Results:** The discourses demonstrated the critical points on the control of the disease on PHC as being the lack of bond and welcoming from the professionals in relation to patients with tuberculosis. It was realized that the professionals have prejudice about the disease, that they have difficulties on the access to conducting exams, appointments and treatments, as well as there are fails on the reference and counter-referencing system. **Final Considerations:** Managers should be aware about the results that were found, so that facing actions can be planned and executed in order to minimize the existent of critical points.

Descriptors: Tuberculosis; Primary Health Care; Nursing; Healthcare Policy; Healthcare Management.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los discursos de profesionales actuantes en el servicio de referencia sobre los puntos de estrangulamiento que afectan los atributos esenciales de la atención primaria de la salud (APS) relacionados con el control de la tuberculosis en el municipio de João Pessoa. **Método:** El material empírico se recolectó entre los meses de agosto y octubre de 2014 mediante técnica de entrevista y se analizó bajo el dispositivo teórico-analítico de Análisis del Discurso, en la línea francesa. **Resultados:** Los discursos categorizaron los puntos de estrangulamiento en el control de la enfermedad en la APS, en ausencia de vínculo y de acogida de los profesionales con relación al enfermo de tuberculosis. Se evidenciaron prejuicios de parte de los profesionales, dificultad de acceso a la realización de exámenes, consultas y tratamientos así como fallas en el sistema de

referencia y contrarreferencia. **Consideraciones finales:** Es conveniente que los gestores tomen conciencia de los resultados encontrados, para poder planificar y ejecutar acciones con el fin de minimizar los puntos de estrangulamiento existentes.

Descriptor: Tuberculosis; Atención Primaria de la Salud; Enfermería; Política de Salud; Gestión en Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Patrícia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro E-mail: pgdinizpinheiro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O presente estudo integra uma pesquisa multicêntrica — *Pesquisa em Doenças Negligenciadas, Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para o controle da doença em municípios das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil* (MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit nº 40/2012) — vinculado ao Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose na Paraíba (Grupo TB/PB).

O Ministério da Saúde (MS), considerando a permanência da gravidade da Tuberculose (TB) no Brasil, determinou que a doença fosse inserida em uma das linhas prioritárias da Política Nacional de Atenção Básica Brasileira (PNAB)⁽¹⁾ vinculadas aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente, as Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A APS atua como a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde e se caracteriza pelos seguintes atributos essenciais: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de integralidade de ações e serviços, ou cuidado integral, considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas⁽²⁾.

Dentre as diversas ações que são de competência dos serviços da APS, ganham destaque as atividades ligadas ao controle da TB, as quais perpassam a Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR) na comunidade adscrita, a realização de exames para o diagnóstico (baciloscopia de escarro, teste tuberculínico, radiografia), garantia de fluxo de comunicação eficiente com os laboratórios, até o acompanhamento do tratamento com manejo clínico adequado e controle de comunicantes⁽³⁾.

No Brasil, os registros apontam que, em 2013, foram notificados 71.123 mil casos novos de TB e 2,3 mil mortes pela doença, colocando o país novamente na 16ª posição em número de casos entre os 22 países responsáveis por 82% do total de casos da doença no mundo⁽⁴⁾. Em João Pessoa, município-cenário escolhido para o desenvolvimento deste estudo, o percentual de cura dos pulmonares bacilíferos, no período de 2010 a 2013⁽⁵⁾, foi respectivamente de 67,8%, 69,8%, 64,2% e de 54,3%; e de abandono, de 17,1%, 20,1%, 19,3% e 17,2%. Isso indica tendência decrescente para indicador de cura e tendência crescente para o de abandono do tratamento, as quais se distanciam, dessa maneira, das metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de se alcançar 85% de cura dos casos bacilíferos positivos e reduzir para 5% o percentual de abandono do tratamento⁽⁴⁾. Essa situação denota dificuldades enfrentadas pelo município na condução das ações de controle da TB.

Além desses percentuais, os números do relatório estatístico e descritivo do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Complexo

Hospitalar Clementino Fraga (CHCF) 2011-2014 apontam uma contradição no que diz respeito à atuação da APS como porta de entrada para a execução das ações e serviços de controle da TB, visto que tal documento revelou ter sido aquele serviço responsável pelo diagnóstico e tratamento de 807 (71,4%) e 842 (74,9%) dos 1.336 e 1.405 casos de TB registrados no SINAN⁽⁶⁾ em 2012 e 2013, respectivamente, o que mostra a lenta incorporação das ações de controle da doença pelas USF/UBS.

Convém informar que o município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, é considerado pelo MS como prioritário nas ações de controle da tuberculose e que, desde 2007, deu início ao processo de transferência das ações de controle da TB para os serviços da APS, anteriormente centralizada no CHCF, Unidade de Referência do estado⁽⁷⁾. Entretanto, os números acima sugerem deficiências no processo de descentralização, visto que parece não haver no município a operacionalização das ações de controle da TB conforme os atributos da APS na assistência aos doentes de TB pelas equipes de Saúde da Família (SF).

Nessa perspectiva, frente ao impacto proporcionado pela morbimortalidade relacionada à TB, parte-se da premissa de que é imprescindível, para o controle da doença, o desenvolvimento de ações vinculadas aos atributos essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da assistência entre os serviços⁽³⁾, bem como a identificação dos pontos de estrangulamento que afetam a atuação desses atributos. Por ponto de estrangulamento, compreende-se a designação do componente que limita o desempenho, a capacidade ou velocidade de todo um sistema⁽⁸⁾.

A partir de levantamento bibliográfico em periódicos nacionais e internacionais, constata-se que, apesar de inúmeras pesquisas já realizadas sobre o controle da TB na Paraíba, ainda são desconhecidos os entraves ou pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS, que limitam a velocidade ou o fluxo do sucesso a ser viabilizado para o efetivo controle da doença por meio dos serviços da APS.

Sobre esse prisma, devido às contradições dos dados estatísticos apresentados no relatório do CHCF em relação ao diagnóstico e tratamento da TB realizados naquele serviço, à lenta incorporação dos atributos da APS no município e considerando ainda os aspectos organizacionais que envolvem a transferência das ações de controle da TB dessa Unidade de Referência do estado — o CHCF — para o serviço da APS, faz-se necessário investigar, por meio dos discursos dos profissionais que atuam no serviço do CHCF, os pontos de estrangulamento referentes ao efetivo controle da TB no município de João Pessoa.

Mediante o exposto, questiona-se: O que apresentam os discursos dos profissionais atuantes no serviço de referência do estado sobre os pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS relacionados ao controle da tuberculose no município de João Pessoa?

Assim sendo, o presente estudo objetivou analisar os discursos dos profissionais que atuam no serviço de referência sobre os pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS relacionados ao controle da tuberculose no município de João Pessoa.

MÉTODODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O tipo de estudo adotado foi pertinente, pois permitiu descrever e explorar os sentidos e significados atribuídos pelos profissionais de saúde sobre os pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS relacionados ao controle da tuberculose no município de João Pessoa.

Para fundamentar a análise e discussão dos dados, adotou-se o referencial teórico-metodológico ou analítico da Análise de Discurso (AD) de linha francesa, na vertente proposta por Michel Pêcheux⁽⁹⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil e teve como local para recrutamento dos sujeitos participantes da pesquisa o Ambulatório do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF). Este integra a rede hospitalar do estado da PB como Unidade de Referência para o diagnóstico e tratamento de pacientes com TB, representando, portanto, tal serviço, uma das portas de entrada para o controle da TB, o que justifica a sua escolha para compor o cenário de estudo.

Fonte de dados

Participaram do estudo 12 profissionais de saúde, sendo quatro enfermeiros e oito médicos, que atuam no CHCF, selecionados por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: realizar ações de controle e tratamento da TB com usuários em atendimento no serviço ambulatorial do CHCF; estar em atividade no hospital durante a coleta de dados; e ter interesse em participar do estudo. Foram excluídos os profissionais de saúde que atuavam em setores de internação do CHCF. Justifica-se a exclusão de tais profissionais pelo fato de que apenas os enfermeiros e médicos que atuam no serviço ambulatorial realizam ações de controle da TB, participando do controle e tratamento da doença desde o diagnóstico até o desfecho clínico com alta.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e outubro de 2014, sendo usada a técnica de entrevista, com o aporte de um roteiro semidirigido. As entrevistas foram realizadas

individualmente, com auxílio de dispositivo de áudio MP4 nas dependências do hospital, em locais escolhidos pelos participantes, após o devido esclarecimento dos aspectos éticos pela leitura, entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados, ao longo do texto, com as letras PE (Profissional Enfermeiro) e PM (Profissional Médico), seguidas de algarismos arábicos representativos da ordem das entrevistas (PE1 a PE4 e PM1 a PM8).

Análise dos dados e Etapas do trabalho de análise

Os dados empíricos foram analisados por meio do dispositivo teórico analítico da Análise de Discurso (AD)⁽⁹⁾. A AD reflete sobre a maneira como a linguagem está materializada na ideologia e como a ideologia se manifesta na língua, trabalhando dessa maneira a relação língua-discurso-ideologia, percebendo-se, portanto, que não há discurso sem sujeito e que não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido⁽¹⁰⁾. Portanto, a pertinência da AD decorre da possibilidade desse referencial teórico-analítico poder revelar tanto a visão de mundo quanto o posicionamento dos sujeitos em relação ao objeto de estudo.

A análise discursiva configurou-se em uma passagem do material empírico, que aqui se caracteriza como as entrevistas transcritas, para o objeto discursivo mediante as seguintes etapas: 1) da superfície linguística para o texto (ou discurso); 2) do objeto discursivo para a formação discursiva (FD); e 3) do processo discursivo para a formação ideológica^(9,11).

RESULTADOS

A observância dos atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção, sendo a operacionalização desses atributos, em sua totalidade, fator determinante para uma atenção de qualidade. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada ao não atrelamento das ações aos conceitos que embasam um ou mais dos atributos⁽¹²⁾.

Diante desse conhecimento, analisaram-se nos discursos dos profissionais do CHCF, interpelados pelos discursos de doentes de TB, marcas textuais capazes de explicitar, mediante a observação dos atributos essenciais — Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da APS —, pontos de estrangulamento que comprometem o sucesso desses atributos nas ações de controle da doença. Tais marcas textuais quando agrupadas, conformaram uma FD: Pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS no controle da tuberculose em João Pessoa/PB.

Pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose em João Pessoa/PB

Atributo primeiro contato

Quando questionados sobre a preferência dos doentes em usar o CHCF como porta de entrada para o diagnóstico e tratamento da TB, identificou-se que os profissionais, em seus discursos, alegaram que, apesar da descentralização das ações de controle da

TB para APS, os usuários do serviço preferiam o CHCF à USF, dando indícios de que o atributo *primeiro contato* se encontra falho por apresentar como pontos de estrangulamento dificuldades relacionadas ao acesso, consultas, exames e tratamento na APS, impedindo assim o sucesso desse atributo:

[...] *tem vários motivos que eles (doentes de TB) explanam na consulta. Agora uns dos motivos que a gente vê mais frequentemente é a não assistência quando procuram o posto: ou não tem enfermeiro, ou não tem médico, e eles ficam tardando o tratamento e piorando. [...] alguns (doentes de TB) também relatam não realizar a baciloscopia (na APS) e outros ainda chegam com encaminhamento para realizar aqui no hospital. (PE2)*

[...] *o que eles (doentes de TB) falam é que têm dificuldade no acesso a consultas e na realização dos exames. (PM2)*

[...] *os pacientes referem que, quando chegam à UBS, não tem atendimento, não tem médico, e não tem medicamento, isso é o que eles contam para gente. (PM4)*

Atributo longitudinalidade

O atributo *longitudinalidade*, que está relacionado com o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilidade longitudinal, também se encontra falho, visto que o discurso dos profissionais do CHCF atribui a ida dos doentes de TB à assistência terciária por falta de acolhimento e vínculo com a APS:

[...] *não fazem (na APS) a busca ativa; então, se não identificam os pacientes, não têm como formar vínculo [...]; na assistência terciária (o CHCF), encontram o acolhimento necessário. (PE1)*

[...] *Existem as falhas, porque, se estivesse tudo bem, nós não estaríamos enfrentando um número tão grande de casos aqui no Clementino. No acolhimento nas unidades que é falho, aqui dentro da capital é mínimo, o número de pessoas que conseguem fazer um tratamento de TB nas unidades, eu creio que seja a receptividade, o acolhimento. (PE3)*

A ida dos pacientes ao CHCF se dá também por falta de responsabilidade longitudinal, necessária para a formação de vínculos, por parte dos profissionais da APS para com os doentes de TB, uma vez que mandam os doentes de TB do município procurar essa assistência terciária:

[...] *Os profissionais (da APS) estão fugindo da tuberculose. "É aquela história: tem um paciente lá, eles (profissionais da APS) dizem: 'vai para o Clementino que lá vão tratar'". (PE2)*

[...] *Eles (doentes de TB) não são examinados nessas USF, e, além do mais, existe uma prática antiga, de eles (profissionais de saúde da APS) mandarem todos os pacientes com tuberculose para o hospital Clementino Fraga. (PM3)*

Possa ser que o fato dos profissionais da APS mandarem os doentes de TB de suas unidades para o CHCF esteja relacionado ao preconceito que estes trazem em suas memórias discursivas. Tal compreensão foi identificada no discurso de PE4:

[...] *quando o paciente está chegando, dá o toque para os demais (profissionais de saúde da APS) e diz 'Olha, gente, o paciente, vão usar uma máscara'. Recentemente recebemos uma paciente dando início ao tratamento de tuberculose, que havia sido atendida em outro serviço. O técnico de enfermagem estava prestando assistência, quando o médico disse 'É um paciente de tuberculose'; mandou a paciente imediatamente virar o rosto e colocar a máscara porque ela estaria contaminando, e isso não diz de uma forma agradável. O paciente já tem um impacto em saber que está com tuberculose, e você vai e manda "virar" [...] 'Vire para o lado que você está contaminando, está com tuberculose'. Com certeza, pode afastar o doente da unidade de saúde, do hospital, do próprio setor, em que você está recebendo o doente[...]. (PE4)*

Atributo integralidade

Foi observado nos discursos dos profissionais do CHCF sentidos que evidenciam a falta de organização dos serviços da APS para atender às necessidades dos doentes de TB no que diz respeito a assistência, exames e medicamentos, o que equivale ao diagnóstico e tratamento da doença. Isso faz que os doentes de TB do município de João Pessoa não tenham segurança em unidades da APS:

[...] *eles (doentes de TB) ficam traumatizados com a falta de assistência. Na questão de faltar tudo na USF, eles dizem: ah, doutora, lá não tem nada. (PM5)*

[...] *Eles reclamam muito de lá (da USF): da demora do agendamento e da dificuldade da realização dos exames. Dizem que demora demais. [...] a gente aqui (no CHCF) tem raios X, tem baciloscopia; o paciente vem e faz e resolve o problema dele praticamente no mesmo dia. (PM6)*

[...] *falta de profissionais, principalmente médicos nas UBS para fazer o acompanhamento, eu acredito que é isso. (PM7)*

[...] *pelo que os pacientes me dizem, a grande dificuldade é a segurança do paciente (na USF) quanto a exames complementares, a continuidade do tratamento e continuidade do fornecimento da medicação. (PM8)*

Atributo coordenação

Se os doentes de TB estão procurando ou sendo encaminhados pela APS para o CHCF, dever-se-ia ter, então, uma comunicação entre os serviços para se facilitar o acompanhamento desses doentes por parte da APS, atitude essa que não é realizada segundo os fragmentos discursivos apresentados por PE2, PM5 e PM8:

[...] *eu acho que deveria ter o seguinte, cada paciente encaminhado deveria ser ligado para o Clementino e falar. Não sabe que tem o serviço, não custava nada 'eu vou encaminhar fulano de tal, receba esse paciente e me dê uma posição', eu acho que se tivesse essa comunicação, esse feedback, a coisa andava. [...] a gente não tem uma situação ligada, Clementino e ESF, que eu acho que ajudaria muito hoje nesse impasse, que está nessa demanda extensiva aqui no Hospital. (PE2)*

[...] *quando o paciente já está na unidade básica, acaba tendo um desencontro; por exemplo, os exames que ele faz*

lá unidade básica ele não traz para a gente; [...] aí, quando é no final, para receber alta da tuberculose, eles voltam para a gente, mas aí voltam sem exames, sem relatório lá da unidade. (PM5)

[...] o outro ponto é a comunicação que poderia ser feita de maneira mais tecnológica, mas atualmente é feita por cartas. (PM8)

Um outro aspecto importante a se pontuar é que podemos perceber no fio do discurso do profissional PM2 que há uma sobrecarga e falta de condições de trabalho para os profissionais da APS que atuam diretamente nas atividades ligadas à TB, de acordo com o discurso a seguir:

[...] nós devemos levar em consideração as condições de trabalho [...]. Na UBS, a gente sabe que fica a desejar, é uma unidade que trata tudo, diabetes, hipertensão, gestantes, criança, idoso e as doenças infecciosas. Então, eu acho muito sobrecarregado, apesar de o número de casos (de TB) serem bem inferiores, mas eu acredito que na unidade, eles só não se dedicam mais pelas condições de trabalho. Eu já fui da UBS, já fui médica de ESF e eu vi, eu sentia na pele, a gente tinha vontade de trabalhar, tinha vontade de agir, mas muitas vezes não tinha essas condições favoráveis. (PM2)

DISCUSSÃO

Mediante as análises na perspectiva da AD, observou-se, nos discursos dos profissionais, que os pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS, em João Pessoa, estão vinculados ao acesso a consultas, exames e medicamentos, acolhimento e vínculo, responsabilização dos profissionais, atendimento nas USFs, agilidade no diagnóstico, confiança dos doentes de TB nos serviços das USFs e de comunicação entre os serviços da APS e CHCF.

O primeiro atributo identificado nas análises se refere ao *primeiro contato*, que implica o acesso e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde⁽¹²⁾. O *primeiro contato* pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há necessidade ou problema de saúde⁽¹³⁾.

Em outras palavras, o termo *primeiro contato* no controle da TB na APS está relacionado à *porta de entrada* ou ao acesso que os doentes de TB têm a consultas com os profissionais de saúde, exames necessários ao diagnóstico e medicações para o tratamento da TB.

De acordo com os fragmentos discursivos apresentados, os doentes de TB, no município de João Pessoa, não têm acesso aos serviços que a APS poderia prestar para o controle da TB, fazendo que procurem o CHCF para ter a atenção adequada. Porém, o cumprimento da APS, como serviço de porta de entrada e com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde, implica o sucesso do acesso geográfico, temporal e cultural⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, o fato de os doentes procurarem o CHCF para obter diagnóstico e tratamento pode estar relacionado

a razões que estão diretamente ligadas à falta de resolubilidade dos serviços da APS. Em relação à resolubilidade da APS, sabe-se que está associada a diversos fatores, tais como: estrutura física das unidades, processo e gestão do trabalho, capacitação dos profissionais e, em grande medida, acesso a exames e serviços especializados⁽¹⁴⁾.

Para promover uma melhor assistência ao doente de TB, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose⁽¹⁵⁾ para o período 2001-2005 inseriu a ESF em sua proposta de trabalho, considerando que a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da APS ampliaria o acesso dos doentes aos serviços de saúde⁽¹⁶⁾. Destacamos, portanto, que a forma como se organizam os serviços de saúde, de maneira a favorecer as ações de controle da TB, está ligada ao processo de descentralização.

Entretanto, a transferência das ações de controle da TB para APS, no município de João Pessoa, parece não ter apresentado desempenho satisfatório, visto que a forma de organização dos serviços, com relação ao atributo *primeiro contato*, não tem sido fator determinante para a garantia de acesso ao diagnóstico precoce e tratamento da doença.

Também ficou evidenciado nos discursos dos profissionais do CHCF que existem pontos de estrangulamento que afetam o atributo *longitudinalidade*, já que os doentes de TB do município de João Pessoa procuram a UR a fim de obter diagnóstico e tratamento para TB, por não serem acolhidos ou terem vínculo com a USF de sua área de abrangência.

A presença do atributo *longitudinalidade*, por estar ligada à existência de acolhimento e vínculo, tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade⁽¹³⁾.

Por meio da AD, analisam-se os efeitos de sentidos que as palavras produzem nos discursos^(9,17). Ao compreender os sentidos relacionados ao acolhimento e vínculo apontados por PE1 e PE3, há evidência de serem frágeis as ações à APS vinculadas com relação ao atributo *longitudinalidade*.

Uma das funções da *longitudinalidade* é a assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. Logo, para que se estabeleça um vínculo no curso da vida, é necessário existir fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Um bom acolhimento é fundamental para o fortalecimento do vínculo⁽²⁾.

Destaca-se, aqui, a importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para doenças como a TB, pois, na efetivação das RAS, cabe aos serviços da APS a responsabilidade de articular-se e a promoção de laços de vínculo com a população⁽¹⁸⁾, bem como a socialização da informação e de conhecimentos advindos da política de controle da TB para toda a rede de atenção que presta assistência ao doente⁽¹⁹⁾.

A ESF é considerada potente no âmbito da APS para promover a construção de vínculos entre profissionais e pessoas com TB e suas famílias, uma vez que as USFs estão responsáveis pela identificação e tratamento dos usuários, constituindo desse modo o primeiro acesso ao SUS⁽²⁰⁾. O vínculo depende,

portanto, do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em determinada área adscrita. Para que essa responsabilização seja eficiente, faz-se necessário, então, que os profissionais de saúde da APS atuem de forma compatível com a importância do seu papel dentro da APS, a fim de construir vínculos fortes com determinada comunidade, de modo a se fazer confiável para os usuários.

Entretanto, no fio do discurso de PE2 e PM3, observa-se que a responsabilidade por parte dos profissionais da APS, necessária para a construção do vínculo com os doentes de TB, não existe, visto que os referidos profissionais incentivam os doentes a procurar o CHCF para serem tratados.

Na perspectiva Levinasiana, o trabalho deve aparecer para o terceiro, e o terceiro é o produto que eu posso fazer pelo outro, que responde à necessidade dele. Portanto, o trabalho que eu desempenho se dá no encontro com o outro, na responsabilidade pelo outro⁽²¹⁾. Fica evidente que os profissionais da APS que, segundo os médicos e as enfermeiras do CHCF, dizem “Vai para o Clementino” não se responsabilizam pelo usuário (o outro) que está doente de TB. O agravante de tal ação está no fato de que este usuário pode demorar a procurar o CHCF, o que pode retardar o diagnóstico e tratamento, agravar seu estado e fazer que ele desenvolva TB multirresistente.

Os efeitos de sentido constituem-se no processo de interlocução e, assim, concretizam-se dentro de uma relação de forças estabelecida pelos interlocutores, a qual é afetada sócio-historicamente⁽¹⁷⁾. Pode ser que esses profissionais da APS, ao “fugirem da tuberculose” e “mandarem para o Clementino” os doentes de TB de suas unidades, tragam em suas memórias discursivas certo preconceito no que diz respeito ao contato com doentes de TB.

Destaca-se, aqui, a importância do conceito de memória discursiva, ou memória de sentidos, entendida como algo que funciona antes, em outro lugar, independentemente do sujeito, e sua mobilização ocorre todas as vezes que o sentido é produzido. Logo, os efeitos de sentido (re)produzidos são reverberados mediante a memória discursiva: o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada de palavra⁽⁹⁾.

O conceito de memória discursiva está diretamente ligado ao conceito de *interdiscurso*, que é entendido como presença de diferentes discursos, oriundos de diferentes momentos na história e de diferentes lugares sociais⁽²²⁾. Sendo assim, conseguimos perceber a posição-sujeito do médico citado por PE4, afetado pelo interdiscurso e levado pelo preconceito arraigado à doença.

Entendemos que o sujeito foi interpelado pelo interdiscurso, porque, nos dizeres “Vire para o lado que você está contaminando, está com tuberculose” e “colocar a máscara porque ela estaria contaminando”, esse médico evoca uma memória discursiva ou interdiscurso, que anuncia a identidade de uma época na qual a TB era vista como uma doença, sendo que o contato direto de qualquer pessoa com um doente poderia significar uma contaminação indesejada, não só do ponto de vista médico, mas também do ponto de vista moral. Como se sabe, a TB é uma enfermidade envolta em tabus e crenças de natureza simbólica e cercada por estigmas e preconceitos⁽²³⁾.

O preconceito contra portadores de algumas doenças, que historicamente são estigmatizantes, como a TB, gera muitas vezes mais sofrimento e sequelas que as próprias doenças. Impactos negativos de atitudes preconceituosas por parte de profissionais de saúde para com os doentes de TB acarretam piora da autoestima, má adesão e abandono do tratamento, e, muitas vezes, a própria família do indivíduo passa a agir de forma preconceituosa e a reproduzir atitudes de discriminação observadas na atuação de alguns profissionais de saúde.

Em decorrência de preconceitos, surgem cotidianamente entraves, tanto para o doente em assumir e seguir seu tratamento quanto para os profissionais de saúde nas ações para encontro de comunicantes e, em última instância, para controle da doença⁽²³⁾.

Dessa forma, possíveis interpretações poderiam estar circunscritas à dita “fuga” dos profissionais da APS do doente de TB. A primeira sugere o preconceito motivado pelo medo de contaminação, e a segunda reforça o papel do serviço terciário no tratamento das doenças transmissíveis. Por esses profissionais da APS, também pode ser atribuído o sentido ou a compreensão de que o tratamento da TB não convém ser feito na ESF, o que contraria diretrizes da PNAB.

Nesse sentido, a posição dos profissionais da APS, segundo o discurso dos que atuam no CHCF, do ponto de vista ideológico, concorre para a manutenção da concepção curativa da doença e para a negação do papel da APS como coordenadora do cuidado nas RASs.

No que diz respeito ao atributo *integralidade* — que significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita aos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde, ao reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças⁽¹²⁾ —, ele foi percebido de forma deficiente na organização dos serviços da APS para o controle da TB.

A detecção precoce dos casos de TB e um tratamento eficaz são duas poderosas ferramentas por meio das quais se pode obter êxito no controle da doença. Os esforços dos serviços de saúde, notadamente na área da APS, devem estar concentrados na identificação precoce de doentes e no tratamento adequado⁽²⁴⁾.

Em estudo realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, ficou evidente que a elevada busca por assistência nos serviços de emergência hospitalar, por parte dos doentes de TB, pode ter sido decorrente da tentativa frustrada dos usuários em conseguir agilidade no atendimento e diagnóstico na APS. O longo tempo para obtenção do diagnóstico e consequente início do tratamento estaria relacionado ao agravamento do quadro clínico e à necessidade de hospitalização⁽²⁵⁾.

No caso deste estudo, é possível perceber, nos fragmentos discursivos, os sentidos que, segundo os profissionais do CHCF, os doentes de TB atribuem à APS, sendo um deles a insegurança. Na maioria dos casos, eles procuram o CHCF, não por agravamento de seu quadro clínico, mas, sim, por se sentirem inseguros em procurar a APS para serem diagnosticados e tratados.

A organização dos serviços de saúde no Brasil apresenta uma descontinuidade da atenção, uma predominância do modelo hospitalocêntrico e uma ausência de integração

entre os níveis assistenciais. Uma oferta de serviços de maneira contínua, nos vários níveis de assistência à saúde, ou seja, uma oferta de atenção de forma integral e integrada aos usuários do SUS, inverteria o modelo fragmentado que se faz presente no Brasil⁽²⁶⁾. Logo a *integralidade* é fator importante para assegurar uma assistência contínua ao doente de TB.

No que diz respeito ao atributo *coordenação* — que implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção por intermédio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e articulado com a função de centro de comunicação da APS⁽¹²⁾ —, podem-se inferir, a partir das marcas textuais identificadas nos discursos dos profissionais do CHCF, sentidos que denotam certa insatisfação no que diz respeito a um trabalho integrado ou a uma articulação permanente entre a APS e o CHCF, de modo que a falta de integração entre esses serviços é percebida como ponto de estrangulamento que afeta o atributo *coordenação*.

No âmbito do arcabouço operacional das RASs, a APS tem um importante papel em sua estruturação, em que fluxos e contrafluxos do cuidado serão ordenados e coordenados por ela. Em virtude da sua ligação com os usuários e seu cotidiano, ela deverá não só promover ações de saúde, mas também fazer a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e a continuidade da atenção à saúde dos usuários⁽¹²⁾.

Percebe-se, nos fragmentos discursivos, que, talvez, pela TB não estar inserida na RAS específica para a doença, o atributo *coordenação* — que é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum e que tem sua essência na disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento⁽²⁷⁾ — não se apresenta de maneira eficaz na APS local para o acompanhamento dos doentes de TB.

Eis um problema, visto que a coordenação assistencial favorece um trabalho integrado, uma articulação permanente dos serviços de saúde, garantindo uma assistência contínua ao doente de TB em tratamento⁽²⁷⁾. Não cabem nessa ação ou esforço comum inerentes à coordenação da assistência atitudes de falta de responsabilização pelo outro, preconceito ou falta de comunicação entre os serviços. Nesse sentido, revela-se frágil a APS local também no que tange à coordenação da assistência ao doente de TB.

Do ponto de vista ideológico, os profissionais do CHCF, em sua posição de profissionais dos Serviços de Referência Estadual, interpretam as atitudes dos profissionais atuantes nos serviços da APS como as de trabalhadores que parecem atuar alheios às ações de controle da TB, pois se encontram assujeitados pela memória discursiva. Esse fato concorreria para o não acolhimento e continuidade da assistência ao doente de TB, de modo que o CHCF seja procurado para diagnóstico e tratamento da doença, o que contradiz a política de descentralização das ações de controle de TB para APS no município.

É importante esclarecer que, neste estudo, não se atribui a culpa da fragilidade da APS para as atividades de controle da TB apenas aos seus profissionais. Esse problema deve ser entendido também dentro de um contexto macropolítico, visto que foram traçadas políticas públicas de saúde com programas e serviços complexos para APS sem se oferecer condições de

trabalho às ESF, USF e UBS, nem o correspondente apoio técnico, político e financeiro na gestão municipal.

Grandes são os desafios para que a APS assuma o papel de coordenadora do conjunto de necessidades em saúde dos usuários. Dentre os nós críticos apontados pela literatura, destacam-se a falta de política institucional direcionada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades sobre esse ponto de atenção, a falta de legitimidade social, a visão restrita de gestores que tendem a compreendê-la, por vezes, como seletiva. Além disso, verifica-se a insuficiência de recursos qualificados para essa estratégia, o que resulta numa notável carência de dispositivos de apoio e de logística que poderiam favorecer a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos na APS⁽²⁸⁾.

Dessa forma, a integração e continuidade da assistência aos doentes de TB, por parte dos profissionais da APS, ficam comprometidas, sendo necessário suscitar um debate acerca da possibilidade de haver uma reorganização do sistema de saúde local para o controle da TB, bem como uma sensibilização dos profissionais da APS no que diz respeito à descentralização das ações de controle da TB para APS.

Limitações do estudo

Sobre as limitações deste estudo, deve-se citar que: os participantes foram apenas profissionais atuantes no serviço de referência do estado e que, por se tratar de um estudo qualitativo, os resultados não são passíveis de generalizações. Sendo assim, recomendam-se pesquisas adicionais envolvendo os profissionais que atuam na APS e os doentes de TB que procuram a atenção primária como porta de entrada para o diagnóstico e tratamento da doença, pois estas poderão apresentar outros sentidos e significados sobre o objeto de estudo ora desvelado.

Contribuições para a área da saúde e política pública

A contribuição deste estudo para a área do conhecimento da saúde e da política pública se faz presente e de suma importância, uma vez que abordar esta temática é algo inovador e traz esclarecimentos sobre pontos de estrangulamento nas ações de controle da TB vinculadas à APS. Ademais, os resultados encontrados podem sensibilizar de alguma forma os profissionais da APS para a compreensão de que: a descentralização das ações, que foi pensada para cuidar do doente de TB de forma integral e coordenada, já deveria estar acontecendo na prática; portanto, se faz urgente haver mudanças no modo como estão prestando os serviços aos doentes de TB no município de João Pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização das ações de controle da TB para APS, no município de João Pessoa, apresenta-se como um grande desafio para a gestão municipal. Os discursos dos profissionais do CHCF explicitam os pontos de estrangulamento, que afetam os atributos essenciais da APS e a relação destes com o controle da TB, como sendo dificuldades de acesso aos serviços para diagnóstico e tratamento, a ausência de vínculo e de ações de acolhimento por parte dos profissionais da APS em relação ao doente de TB. São atitudes que sugerem preconceito e falta comunicação entre os serviços, sendo essas pistas identificadas como comprometedoras

do diagnóstico precoce e interpretadas como pontos que criam obstáculos ao primeiro contato, à atenção longitudinal, integralidade e coordenação da assistência da TB na APS local.

É preciso tornar os gestores cientes dos resultados encontrados, sugerindo-se a realização de outros estudos, com profissionais da

APS e doentes de TB, para que ações de enfretamento sejam pensadas e executadas com a finalidade de se minimizar os pontos de estrangulamento existentes na APS e de se promover uma assistência integral ao doente de TB, coordenada pelos serviços da APS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Séries Pactos pela Saúde. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Giovanella L, Mendonça, MHM. Seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle de tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2014.
5. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/SINAN/NET/SMS/JP. Dados de tuberculose do município de João Pessoa. Diretoria de Atenção à Saúde: João Pessoa, dezembro, 2015.
6. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório estatístico e descritivo do núcleo hospitalar de epidemiologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga - 2011-2014. SES/PB/CHCF: João Pessoa, dezembro; 2015.
7. Oliveira RCC, Sa LD, Dias DCB, Pinheiro PGOD, Palha PF, Nogueira JA. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015; [cited 2016 Jun 07];68(6):761-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1069.pdf
8. Chase RB, Aquilano NJ. Gestão da produção e das operações: perspectiva do ciclo de vida. Lisboa: Monitor, 1997.
9. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8ª. ed. São Paulo: Pontes; 2009.
10. Pêcheux M. Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Unicamp; 1988.
11. Souza, SAF. Análise de discurso: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Census, 2014.
12. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; CONASS; 2015.
13. Oliveira MAC, Pereira IC. [Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy]. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2013[cited 2016 Jun 07];66(esp):158-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf> Portuguese
14. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2007[cited 2016 Jul 03];21(2-3):164-76. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2011.
16. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Professional Practice of the Family Health Strategy in tuberculosis control. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 02];25(6):954-961. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en_v25n6a20.pdf
17. Pêcheux, M. O discurso: estrutura ou acontecimento. 3.ed Campinas: Pontes, 2002.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
19. Oliveira RCC, Adário KDO, Sá LD, Videres ARN, Souza SAF, Pinheiro PGOD. Manager's discourse about information and knowledge related to the tuberculosis directly observed treatment. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2016[cited 2016 Jul 07];25(2):e3210015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-3210015.pdf>
20. Gomes, ALG; Sá, LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2009[cited 2016 Jul 07];43(2): Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a16v43n2.pdf>
21. Lévinas E. Entre nós: ensaios sobre a alteridade. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
22. Fernandes CA. Análise do discurso: reflexões introdutórias. 2ª ed. São Carlos: Claraluz; 2008.
23. Andrade SLE, Pinheiro PGOD, Oliveira RCC, Alcântara LM, Villa TCS, Nogueira JA, Sá LD. The adherence for the tuberculosis treatment: the mark of stigma in the discourse of nurses. *Int Arch Med* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 23];9(94). Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1585>
24. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JA, Villa TCS. [Active search for respiratory symptoms and late diagnosis of tuberculosis]. *Rev Rene* [Internet]. 2012[cited 2016 May 30]13(3):572-81. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/724/pdf> Portuguese
25. Costa PV, Senna AL, Oliveira LGD, Siqueira RCAG, Figueiredo SP. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco

- municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009–2010. *Cad Saúde Colet*[Internet]. 2012[cited 2016 May 30];20(2):195-202. Available from:http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_195-202.pdf
26. Mendes EV. O dilema fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde. In: Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo 2. Casa da Qualidade Editora: Salvador; 2001.
 27. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
 28. Rodrigues LBB, Leite AC, Yamamura M, Deon KC, Arcêncio RA. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2014[cited 2016 Jun 23];30(7):1385-90. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1385.pdf>
-