

Coordenação e elenco de serviços para o manejo da tuberculose: ótica dos profissionais de saúde

I¹ Melisane Regina Lima Ferreira, ² Rafaela Oliveira Bonfim, ³ Tatiane Cabral Siqueira, ⁴ Nathalia Halax Orfão I

Resumo: Este estudo buscou analisar a coordenação e os serviços para o manejo do cuidado às pessoas com tuberculose (TB) na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Porto Velho-RO, sob a ótica dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado de forma transversal a partir de abordagem quantitativa, com enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, por meio de entrevista utilizando o questionário *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, após atendidos os preceitos éticos, sendo analisado somente as dimensões elenco de serviços e coordenação, a partir de análise descritiva. Foram entrevistados 266 profissionais de saúde, e a partir das respostas, obteve-se um escore médio geral regular para o elenco de serviços (3,38), embora o oferecimento de incentivos sociais, realização do tratamento diretamente observado e de grupos de indivíduos com TB tenha sido insatisfatório. A dimensão coordenação foi satisfatória (4,54), mas identificou-se que a contrarreferência foi regular na perspectiva dos profissionais. A compreensão dos problemas operacionais enfrentados durante o manejo da TB na APS do município permite reorientar práticas e oferta de ações e subsídios para a construção de um novo paradigma de cuidado a esses indivíduos.

► **Palavras-chave:** Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa em serviços de saúde. Colaboração intersetorial. Integralidade em saúde.

¹ Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho-RO, Brasil (melisaneirf@usp.br).
ORCID: 0000-0003-1694-5124

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil (rafaelebonfim@hotmail.com).
ORCID: 0000-0001-8157-2323

³ Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho-RO, Brasil (tatianecabralriqueira@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-3860-1261

⁴ Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho-RO, Brasil (nathaliahalax@hotmail.com).
ORCID: 0000-0002-8734-3393

Recebido em: 12/01/2021
Aprovado em: 12/05/2021
Revisado em: 20/12/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320111>

Introdução

A tuberculose (TB) segue como um grave problema de saúde pública, o que se reflete nas fragilidades durante o acompanhamento, monitoramento, continuidade da atenção, bem como na articulação dos casos entre os níveis de atenção disponíveis (PAIVA *et al.*, 2014). Sendo assim, o desempenho dos serviços às pessoas com TB durante o tratamento se torna um elemento fundamental para a adesão ao tratamento, sucesso do desfecho e controle da doença.

Neste sentido, a coordenação e o elenco de serviços são dois atributos essenciais que permitem analisar tal desempenho durante o manejo do agravo na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada dos indivíduos com TB no Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser responsável pela promoção, prevenção da saúde e referenciamento aos outros níveis de atenção, possuindo o papel de ordenar e coordenar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

Este nível primário de atenção deve ser capaz de oferecer subsídios e incentivos para que ocorra a adesão ao tratamento da TB, a exemplo do oferecimento de um elenco de serviços, tais como incentivos sociais – vale-transporte e cesta básica, visitas domiciliares (VD) e educação em saúde, e coordenar o cuidado por meio do apoio da referência e contrarreferência para atender ao princípio da integralidade das ações de controle da doença (VILLA *et al.*, 2011).

No entanto, observa-se que a APS apresenta entraves ou pontos de estrangulamento relacionados ao desempenho de serviços durante a atenção à pessoa com TB. Isto acontece devido às fragilidades durante o acolhimento e fortalecimento do vínculo, estigma quanto à doença e o tratamento por parte dos profissionais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e informações acerca da condição clínica, os quais, uma vez identificados, auxiliam na atenção direcionada às necessidades e vulnerabilidades da população assistida (PINHEIRO *et al.*, 2017; ORFÃO *et al.*, 2017).

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar as dimensões coordenação e elenco de serviços para o manejo do cuidado às pessoas com TB na APS no município de Porto Velho-RO, sob a ótica dos profissionais de saúde, considerando-as como ferramentas de grande valia para identificação dos entraves relacionados à atenção prestada às pessoas com TB, visando otimizar ações e serviços para o controle da doença no município.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado de forma transversal a partir de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, localizado na Região Norte do país e pertencente ao território da Amazônia Legal. Estima-se que no ano de 2019, o município possuía uma população de 529.544 habitantes, o que representa 29,8% da população do estado, estimada no mesmo ano, em 1.777.225 habitantes (IBGE, 2019).

A rede da APS do município é composta por 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37 Unidades de Saúde da Família (USF), perfazendo um total de 54 estabelecimentos de saúde, distribuídas na zona urbana (20) e rural (33), sendo estas subdivididas em unidades terrestres (18) e ribeirinhas (15), bem como uma unidade móvel fluvial. Neste estudo, foram considerados somente os estabelecimentos de saúde distribuídos na zona urbana.

A atenção à TB no município é descentralizada para a APS, considerada porta de entrada e o primeiro contato para os sintomáticos respiratórios (SR). Neste sentido, diante de um caso suspeito de TB, a APS é responsável pela avaliação clínica e solicitação dos exames diagnósticos – baciloscopia e cultura de escarro, teste rápido molecular (TRM-TB), radiografia de tórax e teste de sensibilidade, para investigação do caso.

Quando confirmado o diagnóstico, é de extrema importância o preenchimento completo e legível da ficha de notificação individual e encaminhamento desta para a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA), para alimentação do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). A APS é responsável, ainda, por todo manejo do cuidado que envolve o tratamento, tais como acompanhamento e controle mensal, tratamento diretamente observado (TDO), investigação dos contatos e garantia de fluxo com os serviços de referência quando necessário.

Considerando a rede de serviços de apoio, o município possui apenas um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e um consultório na rua. Em nível ambulatorial, dispõe de serviços de saúde para o acompanhamento das pessoas com a coinfeção por TB e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (TB/HIV), TB infantil e para tratamento de formas clínicas extrapulmonares; e no atendimento em nível terciário, com o serviço de referência para o estado no que

se refere ao tratamento de TB drogarresistente (TB-DR) e nos casos de internação por possíveis complicações, se necessário. Como suporte laboratorial, possui um laboratório municipal, responsável pelos exames de baciloscopia de escarro e realização do TRM-TB, e outro estadual para as análises das amostras para cultura de escarro e teste de sensibilidade.

A população de estudo foi constituída pelos profissionais de saúde que atuam nas 76 equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas na zona urbana de Porto Velho, dentre eles enfermeiros (75), médicos (77), técnicos e auxiliares de enfermagem (188), bem como os agentes comunitários de saúde (ACS) (397) que lidam com o manejo do cuidado às pessoas com TB nos serviços de APS.

Os critérios de inclusão foram: todos aqueles que exerciam sua função por pelo menos 12 meses e que possuíam experiência na abordagem de pelo menos um caso de TB desde sua formação – não necessariamente na mesma unidade em que atuavam no momento da entrevista. Foram excluídos todos aqueles que estavam de férias e/ ou licença durante o período de coleta de dados.

Para o cálculo da amostra de profissionais a serem entrevistados, realizou-se um levantamento do número de profissionais que atuam nos serviços de saúde da APS por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para tal, considerando-se a população total de 737 profissionais atuantes nessas unidades, o n amostral foi estimado pela fórmula de cálculo amostral para população finita:

$$n = \frac{\frac{z^2}{a} * N * P * (1 - P)}{\varepsilon^2 * (N - 1) + z \frac{a^2}{2} * (1 - p)}$$

Neste sentido, considerando um erro (ε) de 5%, um intervalo de confiança (Z) de 95%, proporção amostral (P) de 50% da população (N=737), 253 profissionais deveriam ser entrevistados, a partir da partilha proporcional definida para cada categoria profissional, sendo 136 ACS, 65 técnicos/ auxiliares de enfermagem, 26 médicos e 26 enfermeiros.

Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento o questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), criado por Starfield (2002), o qual foi adequado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e, posteriormente, adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2009). Ressalta-se que, a fim de

atender os objetivos deste estudo, considerou-se apenas a versão para profissionais de saúde, tendo em vista que o instrumento abrange outras versões que podem ser aplicadas às pessoas com TB e gestores.

Esse instrumento é estruturado em 10 dimensões da APS relacionadas a: porta de entrada; acesso ao diagnóstico; acesso ao tratamento; vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família; orientação para a comunidade; formação profissional; e informações gerais do profissional de saúde. Possui 97 questões para os profissionais de saúde, das quais apenas uma questão aberta, na qual pode ser utilizado um gravador de voz. Cada item deste questionário possui categorias de respostas apresentadas segundo a escala de Likert, com os valores entre zero – para a resposta não se aplica; e de um a cinco, referente ao grau de relação de preferência ou concordância com as afirmações: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

Neste estudo, foram analisadas somente as dimensões referentes ao elenco de serviços, que diz respeito às ações oferecidas pela equipe no acompanhamento da TB, e à coordenação, que envolve os elementos interativos com o usuário, família e comunidade, prestadores de serviços e políticas de saúde, capacidade de continuidade da atenção ao usuário, bem como a articulação entre os diferentes níveis de atenção (PAIVA *et al.*, 2014; STARFIELD, 2002; VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

Os dados foram coletados no período de maio de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de entrevista individual mediante agendamento prévio e realizados, exclusivamente, no local de trabalho desses profissionais de saúde, resguardando a privacidade dos mesmos. Posteriormente, foram armazenados no programa *Excel*, da Microsoft, e analisados a partir do *software Statistic 13.0*, da Statsoft, por meio de análise descritiva.

Para análise dos escores, determinou-se um escore médio para cada variável que corresponde à somatória de todas as categorias de respostas dividido pelo total de pessoas entrevistadas. De modo complementar, foi definido o escore médio das dimensões elencadas para este estudo, que corresponde à somatória de todos os escores médios das variáveis, dividido pelo total de variáveis (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

Ressalta-se que, para a dimensão elenco de serviços e coordenação, dois formulários, respectivamente, possuíam seis ou mais variáveis respondidas como não sabe e/ou recusa, as quais foram substituídas por zero, a fim de preservar o

número total de profissionais entrevistados e não interferir nas médias dos escores, sejam elas das variáveis ou geral.

A classificação do escore médio obtido pelo município foi realizado pela identificação dos valores que correspondem às definições – insatisfatório, regular e satisfatório (VILLA *et al.*, 2011), as quais possibilitaram analisar as dimensões elencadas para este estudo dentro do contexto da APS na ótica dos profissionais de saúde.

Atendendo às recomendações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia conforme número de parecer 2.585.934, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue em duas cópias para cada entrevistado.

Resultados

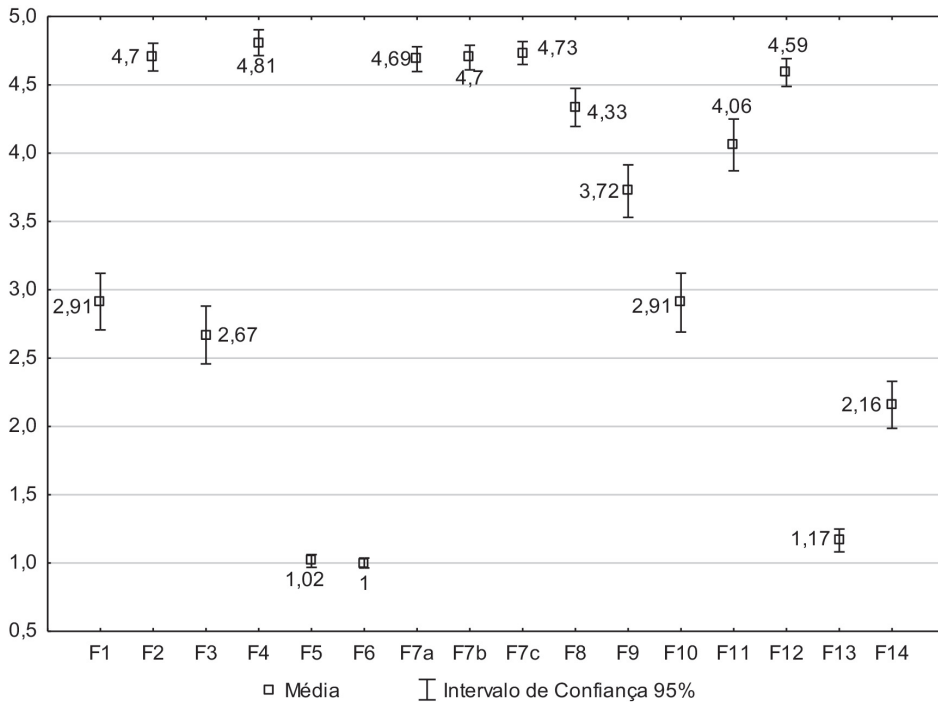
Foram abordados 401 profissionais de saúde da APS do município, dos quais 120 foram excluídos, uma vez que, durante a coleta de dados, 73 não haviam lidado com pelo menos um caso de TB desde sua formação, 29 estavam de férias, 14 estavam de licença e quatro por não exercerem sua função há pelo menos 12 meses. Além disso, houve 15 recusas. Ao total, foram entrevistados 266 profissionais de saúde.

A maioria dos profissionais atuava na Estratégia Saúde da Família (ESF) (92,1%), com tempo de atuação variando de um a 38 anos, com média de $10,9 \pm 5,5$ anos. Ressalta-se que o duplo vínculo empregatício foi uma realidade relatada pelos profissionais durante as entrevistas, principalmente em serviços de urgência/emergência e hospitalares, bem como a atuação diferente da formação profissional atual, a exemplo de alguns profissionais que atuavam como técnicos/auxiliares de enfermagem ou ACS, e possuíam ensino superior em pedagogia, enfermagem, serviço social ou direito.

De acordo com a percepção dos profissionais de saúde, o escore médio geral da dimensão elenco de serviços foi considerado regular (3,38), uma vez que ocorrem dificuldades no oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico e mensalmente para o controle da doença, bem como VD para realização do TDO. Além disso, mostrou-se insatisfatório pelo não oferecimento de cestas básicas ou vale-alimentação, vale-transporte, não realização de grupos de indivíduos com TB na unidade de saúde e não realização do TDO. Por outro lado, mostrou-se

satisfatório pelo oferecimento de exame para HIV/aids, consulta mensal de controle, informações sobre sintomas, transmissão e tratamento da TB, bem como sobre outros temas de saúde, VD durante o tratamento e por outros motivos além da doença, e disponibilidade de profissional de saúde sempre que a pessoa com TB procura a unidade de saúde (figura 1).

Figura 1. Distribuição das médias dos escores e intervalos de confiança das variáveis da dimensão elenco de serviços, de acordo com todas as categorias profissionais entrevistados da APS, maio de 2018 a fevereiro de 2019, Porto Velho, Rondônia, Brasil

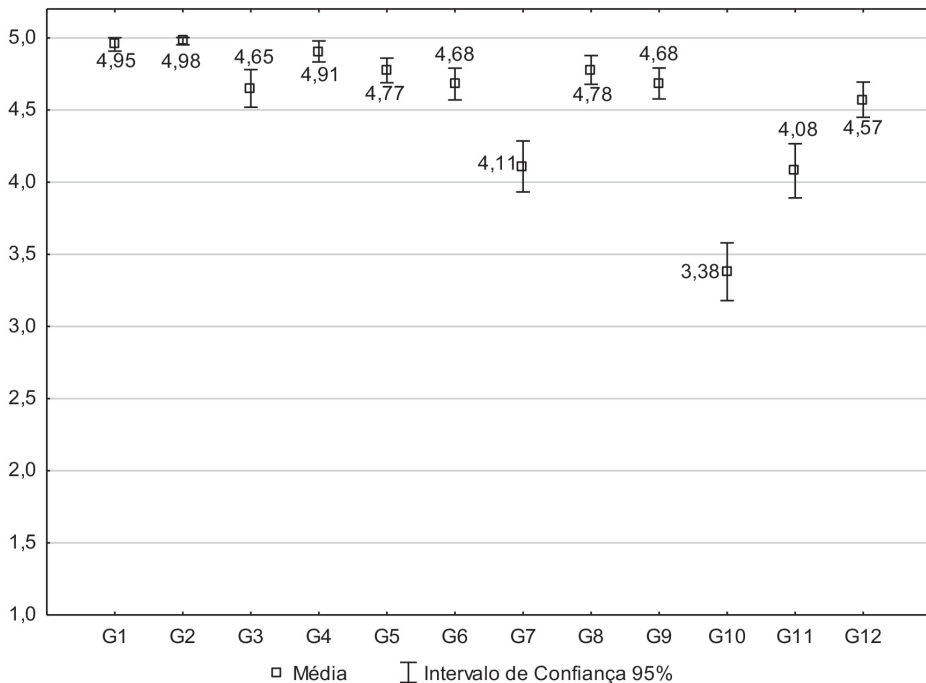


Legenda: Ações oferecidas pela equipe no acompanhamento da TB: F1. Pote para exame de escarro para diagnóstico da TB; F2. Exame para HIV/aids; F3. Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB; F4. Consulta mensal de controle; F5. Cestas básicas ou vale alimentação; F6. Vale transporte; F7a. Informações sobre sintomas da TB; F7b. Sobre a transmissão da TB; F7c. Sobre o tratamento da TB; F8. Informação sobre outros temas de saúde; F9. Visitas domiciliares durante o tratamento; F10. Visitas domiciliares para realização do TDO; F11. Visitas domiciliares por outros motivos além da TB; F12. Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o doente procura; F13. Grupos de doentes de TB na unidade de saúde; F14. TDO.

Categorias de respostas: 1 – nunca; 2 – quase nunca; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre.

Em relação à dimensão coordenação, o escore médio geral foi considerado satisfatório (4,54) na perspectiva dos profissionais de saúde, uma vez que são utilizados prontuários durante o exame e registradas as queixas das pessoas com TB pelos profissionais; disponibilizados os resultados dos exames e comunicado sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde; encaminhamento para outros serviços quando estas apresentam outros problemas, discutidos os possíveis locais de atendimento, marcação de consultas quando as pessoas com TB são encaminhadas para algum especialista, disponibilizado o comprovante da consulta agendada e marcada, bem como fornecidas informações escritas pelos profissionais aos indivíduos com TB para entregarem ao serviço referido; discutidos os resultados da consulta realizada no outro serviço, além de se preocuparem com a atenção prestada por outros serviços às pessoas com TB. No entanto, mostrou-se regular quanto ao retorno desse indivíduo à unidade de saúde com as informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço (figura 2).

Figura 2. Distribuição das médias dos escores e intervalos de confiança das variáveis da dimensão coordenação, de acordo com todas as categorias profissionais entrevistadas da APS, maio de 2018 a fevereiro de 2019, Porto Velho, Rondônia, Brasil



Legenda: G1. Utilização de prontuários pelos profissionais durante o exame dos doentes de TB; G2. Registro das queixas dos doentes de TB nos prontuários; G3. Disponibilidade dos resultados dos exames para os doentes de TB na unidade de saúde; G4. Comunicado aos doentes de TB sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde; G5. Encaminhamento para outro serviço de saúde quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde; G6. Discussão dos possíveis locais de atendimento quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços; G7. Ajuda pelos profissionais para marcar consulta quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista; G8. Recebimento de comprovante da consulta agendada e marcada em outro serviço de saúde; G9. Fornecimento de informações escritas pelos profissionais de saúde aos doentes de TB para entregarem ao serviço referido; G10. Retorno do doente de TB à unidade de saúde com as informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço; G11. Discussão com os doentes de TB sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço; G12. Preocupação pelos profissionais de saúde com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB. Categorias de respostas: 1 – nunca; 2 – quase nunca; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre.

Discussão

As ações de controle da TB vêm ocorrendo de forma descentralizada para o âmbito da APS (WYSOCKI *et al.*, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2017; MARQUIEVIZ *et al.*, 2013), o que coloca em pauta a discussão sobre em que medida os desenhos organizacionais e arranjos de práticas realmente traduzem as necessidades de saúde dos indivíduos, levando em conta as singularidades do território e o acesso aos serviços de saúde (TRIGUEIRO *et al.*, 2011).

A orientação e a integração adequada da rede assistencial nos diversos níveis de atenção devem ser capazes de assegurar a continuidade e integralidade do cuidado (CECILIO; FIGUEIREDO; MARCON, 2018), por meio de iniciativas institucionais por parte dos governos municipais, tais como os investimentos em formação profissional, oferta de especialização e residências, flexibilização da carga horária de trabalho e apoio financeiro para participação em eventos científicos, o que auxilia na valorização e crescimento profissional das equipes de saúde da APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011), além de melhorias na implementações de ações e estratégias que viabilizem a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Neste sentido, surge a estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), como um caminho para o alcance do controle da TB, que compreende cinco elementos essenciais, como o envolvimento dos governos, o suporte financeiro com o programa de TB e equipes de trabalho treinadas e sensibilizadas; apoio da rede laboratorial com equipamentos e recursos humanos qualificados; operacionalização do TDO; provisão de medicamentos gratuitos para o

tratamento; e sistemas de informação compartilhados para a gestão do cuidado à TB (BRASIL, 2018b; BARRÊTO *et al.*, 2012).

Para aumentar a resolutividade das ações para o controle da TB, é essencial que as eSFs ampliem o acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico, por meio da rede laboratorial e farmacêutica ampliada, respectivamente (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011), considerando a importância à sustentabilidade do DOTS, principalmente no que tange à realização da baciloscopia (SÁ *et al.*, 2012). No entanto, observou-se neste estudo, uma dificuldade no oferecimento de pote para a coleta de material de escarro, o que pode fragilizar a realização da baciloscopia para o diagnóstico e/ou controle mensal, e consequentemente, no acompanhamento da doença.

Durante as entrevistas, foi possível identificar que alguns profissionais, em sua maioria técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e ACS, desconheciam a presença desses insumos nos serviços, além de responsabilizar o laboratório para esta oferta. Isto revela a incompreensão da totalidade da atenção prestada às pessoas com TB, bem como a divisão do trabalho em saúde e a centralização dos casos no profissional enfermeiro (WYSOCKI *et al.*, 2017).

O escore insatisfatório quanto à oferta de cestas básicas, vale-transporte, grupos de indivíduos com TB e TDO, evidencia que o elenco de serviços disponibilizados às pessoas com TB ainda não contempla uma atenção integral (CECILIO; FIGUEIREDO; MARCON, 2018), com ações intersetoriais que deveriam corresponder aos serviços da APS oferecidos e aos arranjos estabelecidos.

A identificação e oferta de incentivos sociais às pessoas com TB surge como uma proposta do Ministério da Saúde (MS) para contribuir na adesão terapêutica (BRASIL, 2018a), considerando a debilidade que a doença causa, e a influência dos determinantes sociais da saúde que vulnerabilizam estes indivíduos que acabam não conseguindo dar continuidade ao tratamento, o que indica a necessidade da oferta de alguns incentivos sociais (CECILIO; FIGUEIREDO; MARCON, 2018), tais como kits de café da manhã, cestas básicas e leite (BERALDO *et al.*, 2017; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; VILLA *et al.*, 2011), a fim de impactar diretamente na recuperação do estado nutricional, comparecimento às unidades para a consulta mensal ou realização dos exames necessários e na adesão ao tratamento, visando desfechos favoráveis, como a cura.

Mesmo o município não ofertando estes incentivos sociais às pessoas com TB, observaram-se, durante a coleta de dados, atitudes isoladas ou coletivas quanto ao

oferecimento de café da manhã como uma oportunidade para a realização do TDO, ou VD com transporte particular, especialmente para os casos diagnosticados com TB-DR, o que demonstra a preocupação com o vínculo e inserção destes profissionais como parte integrante e responsável pelo cuidado do ponto de vista individual e coletivo.

Foram frequentes, durante a coleta de dados, as afirmações dos profissionais de que nunca ou quase nunca realizavam o TDO, ou seja, o tratamento era autoadministrado ou a cada 15 ou 30 dias, respectivamente, o que não permite o acompanhamento dos casos para a identificação das vulnerabilidades que contribuem para o abandono do tratamento, à resistência medicamentosa e ao óbito (FERREIRA *et al.*, 2018), contribuindo desta forma, para o rompimento do vínculo profissional-pessoa com TB (RÊGO *et al.*, 2015).

Estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2018) apresentou potencialidades para o enfrentamento da doença quando houve atenção de qualidade, vínculo e acolhimento, proximidade do serviço de saúde com a residência e, especialmente, incentivos recebidos para realizar o tratamento, como cesta básica mensal e lanche diário. E, como aqueles que o dificultaram, encontram-se os condicionantes relacionados à falta de alimentação adequada, efeitos colaterais dos medicamentos e dificuldades para realização do TDO.

Os grupos de indivíduos com TB também se inserem como uma ferramenta em potencial de apoio à adesão, que mesmo pouco utilizado, é eficaz para a formação do vínculo e processo educativo, podendo ser realizado dentro ou fora das unidades de saúde (BRASIL, 2018a; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; CARDOZO-GONZALES *et al.*, 2015). No entanto, neste estudo, não se observou no âmbito da APS, justificado por alguns profissionais por motivos de não adesão/comparecimento das pessoas com TB aos dias do grupo, com enfoque em outros programas em detrimento à TB, além da indisponibilidade de profissional para realizá-lo, o que revela entraves que permeiam o oferecimento de ações de educação em saúde individuais e coletivas, no acesso à informação, participação, troca de experiências e, conseqüentemente, no modo como esse indivíduo se insere e percebe seu protagonismo no processo saúde-doença.

As atividades de educação em saúde, seja em relação às orientações sobre os sintomas, transmissão ou tratamento da TB, devem seguir o princípio da integralidade e estar incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF, por se constituírem

como um conjunto de saberes e práticas orientadas para promoção da saúde e prevenção de agravos (CECILIO; FIGUEIREDO; MARCON, 2018; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012). O desconhecimento das pessoas sobre estas questões faz com que não procurem o atendimento na unidade, contribuindo para o agravamento dos sinais e sintomas (HINO *et al.*, 2012b).

Como uma forma de conhecer as necessidades de saúde das pessoas com TB para que a atenção seja de melhor qualidade, surge a proposta das VD que, no estudo, foi satisfatória durante o tratamento e por outros motivos além da TB, mas regular para a realização do TDO, o que influencia nos indicadores epidemiológicos do município quanto à sua realização (1,3%) (BRASIL, 2019b), demonstrando a necessidade da operacionalização do TDO, permitindo uma abordagem menos fragmentada e reducionista (FURLAN; SANTOS JÚNIOR; MARCON, 2017), minimizando o risco de transmissão da TB na comunidade (ANDRADE *et al.*, 2016), e contribuindo nas taxas de cura e abandono do tratamento (ARAKAWA *et al.*, 2017).

As VD são consideradas uma ferramenta de trabalho da ESF para o fortalecimento do vínculo e condição essencial para o acompanhamento dos casos, uma vez que permite a integração da equipe na comunidade, entre os sujeitos atuantes e envolvidos no controle da doença (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012), sendo uma forma de (re)conhecer a realidade, necessidades de saúde e contexto familiar das pessoas com TB (NEVES *et al.*, 2016; HINO *et al.*, 2012b), contribuindo na responsabilização dos casos das áreas adscritas (PINHEIRO *et al.*, 2017).

De acordo com o MS, todo indivíduo com diagnóstico de TB deve ser testado para o HIV, uma vez que o diagnóstico precoce possui importante impacto no curso clínico de ambas as doenças. Caso positivo, devem ser encaminhados para o SAE ou unidades dispensadoras de medicamentos, a fim de dar continuidade ao tratamento da TB e iniciar o de HIV (BRASIL, 2018b). No entanto, ainda se observa o desconhecimento do oferecimento sistemático do teste anti HIV ou Testes Rápidos (TR) para HIV para todos os indivíduos vulneráveis ao adoecimento por TB (VILLA *et al.*, 2011).

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos profissionais entrevistados ressaltava a importância e realização dos TR nas unidades de saúde, sobretudo o teste para HIV, mas afirmava que para o diagnóstico de TB não era oferecido tais testes, o que

mascara a real situação epidemiológica da coinfeção TB/HIV no município, além de contribuir para a sobreposição de vulnerabilidades, agravamento da doença e o óbito.

Em relação ao oferecimento das consultas mensais de controle para o tratamento da TB, estas foram ofertadas sempre ou quase sempre pelos profissionais de saúde no estudo, permitindo o controle do tratamento, acompanhamento da evolução da doença, utilização correta dos medicamentos, orientações e identificação de necessidades, não apenas àquelas restritas ao universo da doença (RÊGO *et al.*, 2015).

A coordenação dos cuidados entre os diferentes níveis assistenciais é considerada um componente essencial e facilitador da integração entre serviços-profissionais-usuários para evitar a fragmentação do cuidado e garantir a atenção integral e integrada às pessoas com TB dentro do sistema de saúde (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; CECILIO; FIGUEIREDO; MARCON, 2018), uma vez que se trata de um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados (ALMEIDA *et al.*, 2010), o que favorece a sustentabilidade do DOTS (SÁ *et al.*, 2012).

Em relação ao escore satisfatório relacionado à utilização de prontuários e registro das queixas das pessoas com TB pelos profissionais de saúde, observa-se estas ações como instrumentos para integrar a APS aos demais níveis de atenção. Durante a coleta de dados, foram frequentes os relatos dos profissionais a respeito da implantação do e-SUS, o qual trata-se de uma estratégia do Departamento de Atenção Básica que visa reestruturar as informações da APS em nível nacional, além de fazer referência ao processo de informatização do SUS por meio de prontuários eletrônicos, em detrimento de formulários e papéis impressos (BRASIL, 2019a).

Os registros e uso das informações contribuem e favorecem a coordenação horizontal – integração entre os membros da mesma equipe, e vertical – entre os diferentes serviços de saúde, na medida em que para suprir a demanda e as necessidades dos usuários, as atividades devem ser divididas entre os profissionais e serviços (CECILIO, 2011), para o seguimento longitudinal do usuário e seus familiares (RÊGO *et al.*, 2015). No entanto, ainda persiste a incapacidade de garantir a continuidade de atenção aos usuários pelas equipes de saúde que deveriam reconhecer os problemas que requerem monitoramento constante, além da articulação entre os diferentes níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Além disso, ainda se observa nas unidades de saúde, que apenas as atividades básicas dos programas de controle da TB são garantidas, a exemplo do uso do

prontuário, resultados de exames disponíveis e agendamento das consultas de retorno, o que mesmo sendo ferramentas importantes para a coordenação dos casos, são insuficientes para garantir uma atenção de qualidade (SILVA *et al.*, 2010).

Identifica-se a necessidade do referenciamento a outros serviços quando as pessoas com TB apresentam outros problemas de saúde que não conseguem ser resolvidos na APS, visto que, durante o manejo, ainda persiste a descontinuidade do fluxo de comunicação, participação incipiente do indivíduo no processo de atenção (ASSIS *et al.*, 2012), e fragilidades das ações que deveriam ser voltadas para o enfrentamento das iniquidades e dos determinantes sociais de saúde que acompanham a doença (SOUZA *et al.*, 2014; ORFÃO *et al.*, 2017), a exemplo dos fatores socioeconômicos, clínicos e do tratamento (FERREIRA *et al.*, 2018; HINO *et al.*, 2012a), que exigem a intersetorialidade e gestão compartilhada dos casos por meio da ampliação dos atendimentos descentralizados, otimização e articulação da referência e contrarreferência (ALVES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2010; WYSOCKI *et al.*, 2017).

Esses achados revelam que as necessidades sociais e de saúde dos indivíduos com TB não vem sendo adequadamente identificadas, com a predominância de um olhar particularmente voltado às situações biológicas e críticas da doença e tratamento, sem levar em conta estratégias que interfiram nas iniquidades de acesso às ações de saúde para a promoção e prevenção da TB. Isto reflete nos insucessos do desfecho e nos indicadores insatisfatórios do município em relação ao abandono (18,6%) e cura (67,4%) (BRASIL, 2019b).

O matriciamento vem sendo considerado uma estratégia para promover interlocução e qualificação da RAS com o objetivo de organizar o processo de trabalho e aumentar a resolutividade das eSF (BARRÊTO *et al.*, 2012), uma vez que permite o apoio de outros profissionais da rede, discussão de casos clínicos, além de funcionar como referência e serviço de procura regular, sem comprometer o vínculo e a integralidade dos cuidados (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011), abrindo espaço para a comunicação ativa e compartilhamento dos casos com os profissionais de referência (ASSIS *et al.*, 2012), evitando o uso do pronto atendimento como fonte de procura regular (SISSON *et al.*, 2011).

A implantação de centros municipais de especialidades, envolvendo investimento em tecnologias de informação e comunicação, são estratégias reconhecidas para o aumento da oferta de consultas e exames em locais mais oportunos quando as pessoas

com TB apresentam outros problemas de saúde que não conseguem ser resolvidos na APS, diminuindo barreiras de acesso (ALMEIDA *et al.*, 2010; SISSON *et al.*, 2011).

No município do estudo, mesmo um dos ambulatorios sendo utilizado como referência para todas as unidades de saúde em função das especialidades médicas oferecidas, questiona-se o caráter da APS como porta de entrada preferencial responsável pela coordenação e mudanças no modelo assistencial, visto que no período de 2014 a 2016, 50,3% dos diagnósticos de TB foram realizados no serviço de referência terciária do município (SILVA *et al.*, 2019).

No entanto, considerando o escore regular em relação à contrarreferência dos serviços, identifica-se que a falta de integração entre diferentes serviços, a insuficiência de fluxos e políticas para outros níveis assistenciais, bem como a descontinuidade das informações, tem sido apontados como entraves à garantia do cuidado integral, o que torna incompleto o processo de integração das RAS (ALMEIDA *et al.*, 2010; ASSIS *et al.*, 2012; RÊGO *et al.*, 2015), podendo inferir que o sistema de saúde está organizado de forma ainda fragmentada, despreparado para atender ao princípio da integralidade das ações de controle da TB (VILLA *et al.*, 2011).

Durante a coleta de dados, os profissionais afirmavam que as informações escritas sempre ou quase sempre eram fornecidas para o indivíduo com TB entregar ao outro serviço que tenha sido necessário, mas nunca ou quase nunca retornavam à unidade com as informações escritas sobre a consulta realizada nos outros serviços, o que demonstra que a contrarreferência não vem sendo uma prática instituída pelos profissionais dos outros serviços da RAS.

Ao discutir com as pessoas com TB os resultados da consulta realizada no outro serviço, os profissionais de saúde devem estimular e os empoderar por meio da participação ativa no contexto de seu tratamento, além de fortalecer o desenvolvimento da corresponsabilização pelas necessidades e problemas identificados, uma vez que requer a construção de um modelo flexível, pautado na integração do cuidado, com profissionais que exercitem o papel de cuidadores, potencializando a autonomia destes indivíduos (ASSIS *et al.*, 2012).

Em relação à preocupação com a atenção prestada por outros serviços às pessoas com TB, os profissionais relataram, durante as entrevistas, dificuldades na articulação da APS – enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS, com a rede de apoio do município do estudo, sobretudo o NASF-AB e o consultório na rua, que deveriam oferecer suporte aos casos que exigem um

acompanhamento por uma equipe multi e interprofissional, bem como uma rede articulada de oferta de serviços sociais.

Isto vai de encontro a um estudo que afirma que os indivíduos com TB possuem a necessidade de atenção odontológica, psicológica e nutricional, devendo, portanto, ser encaminhados ao NASF-AB, visto que coexistem necessidades que extrapolam a enfermidade, dentre as quais se destacam as necessidades sociais e de saúde (HINO *et al.*, 2012b).

Portanto, a coordenação e a integração dos serviços de referência e contrarreferência são necessárias para a resolutividade dos problemas das pessoas com TB (CECILIO; FIGUEIREDO; MARCON, 2018), que devem estar articuladas com as demais instâncias das instituições em parceria com a sociedade civil, uma vez que essas ações conjuntas fazem parte da política global de descentralização e são mais eficazes quando realizadas em parceria (SILVA *et al.*, 2010).

Considerações finais

Sob a ótica dos profissionais de saúde da APS do município estudado, o desempenho dos serviços de saúde quanto ao elenco de serviços foi regular, embora o oferecimento de exames diagnósticos, consultas de acompanhamento mensal, informações sobre a TB e outros temas de saúde, realização de VD durante o tratamento da doença e por outros motivos, além da disponibilidade de um profissional de saúde sempre que a pessoa com TB procura uma unidade tenham sido satisfatórios.

A dimensão relacionada à coordenação foi satisfatória pela operacionalização de práticas no manejo da TB, tais como a utilização de prontuários, disponibilidade de resultados de exames, agendamentos, consultas de retorno, encaminhamento para outros serviços, marcação de consultas quando necessário, encaminhamento, informações escritas, discussão dos resultados da consulta realizada, bem como a preocupação com a atenção prestada por outros serviços às pessoas com TB. Porém, identificou-se que a contrarreferência foi regular na perspectiva dos profissionais, o que pode sugerir uma desarticulação da RAS que também deveria ser voltada para o enfrentamento das iniquidades de acesso à saúde e dos determinantes sociais que acompanham a doença.

Este estudo pode ser complementado por outros que incluam a perspectiva das pessoas com TB e dos gestores, de forma a compreender as facilidades e dificuldades

enfrentadas na reorientação das práticas e oferta de serviços, para que efetivamente, seja construído um novo paradigma de cuidado à TB, por meio da oferta de ações e subsídios durante o tratamento, continuidade e articulação da atenção com outros serviços de saúde, bem como a interação que envolve usuário, família e os serviços na RAS, visando o sucesso do desfecho.¹

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao Grupo de Estudos em Tuberculose (GET) da Universidade Federal de Rondônia, certificado pelo diretório CNPq, e às equipes dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde que contribuíram para a realização deste estudo.

Referências

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e o desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília: OPAS; 2006.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALVES, J. C. F. *et al.* Barreiras socioeconômico-culturais que retardam o diagnóstico da tuberculose. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 10, n. 11, p. 4021-4027, 2016.
- ANDRADE, R. P. S. *et al.* Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. *Rev Fund Care Online*, v. 8, n. 3, p. 4826-4832, 2016.
- ARAKAWA, T. I. *et al.* Programa de controle da tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. *Rev Saúde Pública*, v. 51, n. 23, p. 1-9, 2017.
- ASSIS, E, G. *et al.* A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 1, p. 111-8, 2012.
- BARRÊTO, A. J. R. *et al.* Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, 2012.

- BERALDO, A. A. *et al.* Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. *Esc Anna Nery*, v. 21, n. 4, p. e20170075, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *e-SUS Atenção Básica*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em 17 julho. 2019a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Tuberculose*. Brasília, v. 50, n. 9, março. 2019b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil*. Brasília, 2018a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil*: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília, v. 49, n. 11. 2018b.
- CARDOZO-GONZALES, R. I. *et al.* Avaliação das ações de detecção de casos de tuberculose na atenção primária. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 17, n. 4, p. 1-8, 2015.
- CECILIO, H. P. M.; FIGUEIREDO, R. M.; MARCON, S. S. Coordenação e elenco de serviços no controle da tuberculose: percepção de enfermeiros e médicos. *Cad. Saúde Colet.*, v. 26, n. 4, p. 439-445, 2018.
- CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.
- CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. *Rev enferm UERJ*, v. 23, n. 3, p. 350-354, 2015.
- FERREIRA, M. R. L. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp*, v. 7, n. 1, p. 63-71, 2018.
- FURLAN, M. C. R.; SANTOS JÚNIOR, A. G.; MARCON, S. S. O vínculo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 7, n. e1934, 2017.
- HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 6, p. 1438-45, 2012a.

- HINO, P. *et al.* Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 09-14, 2012b.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *População estimada*. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama>>. Acesso em: 18 jan. 2019.
- MARQUIEVIZ, J. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.
- NEVES, R. R. *et al.* Acesso e vínculo ao tratamento da tuberculose na atenção primária em saúde. *Rev Fund Care Online*, v. 8, n. 4, p. 5143-5149, 2016.
- ORFÃO, N. H. *et al.* Coordenação da assistência à tuberculose: registro de dados e a implementação de um sistema informatizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1969-1977, 2017.
- PAIVA, R. C. G. *et al.* Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 16, n. 3, p. 520-6, 2014.
- PINHEIRO, P. G. O. D. *et al.* Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. *Rev Bras Enferm*, v. 70, n. 6, p. 1227-34, 2017.
- RÊGO, C. C. D. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 29, n. 3, p. 218-228, 2015.
- SÁ, L. D. *et al.* Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 2, p. 356-63, 2012.
- SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L. T.; ARCÊNCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. *Acta Paul Enferm.*, v. 25, n. 6, p. 954-61, 2012.
- SILVA, E. M. *et al.* Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. *Rev Baiana Saude Publica*, v. 34, n. 2, p. 227-239, 2010.
- SILVA, L. T. *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 9, n. 1, p. 48-54, 2019.
- SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde Soc.*, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

SOUZA, K. M. J. S. *et al.* Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 5, p. 874-82, 2014.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TRIGUEIRO, J. V. S. *et al.* Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, 2011.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *J. bras. pneumol*, v. 37, n. 2, p. 223-231, 2011.

VILLA T. C. S.; RUFFINO-NETTO A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol*, v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009.

VILLA, T. C. S. *et al.* Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde que atuam no controle da tuberculose em municípios do Estado de São Paulo. *BIS, Bol. Inst. Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 1, 2011.

WYSOCKI, A. D. *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev Bras Epidemiol*, v. 20, n. 1, p. 161-175, 2017.

Nota

¹ M. R. L. Ferreira: concepção e planejamento do estudo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica. R. O. Bonfim e T. C. Siqueira: revisão crítica do conteúdo intelectual. N. H. Orfão: concepção e planejamento do estudo, análise, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo intelectual.

Abstract

Coordination and list of services for the management of tuberculosis: perspective of health professionals

This study sought to analyze the coordination and services for the management of care for people with tuberculosis (TB) in Primary Health Care (PHC) in the city of Porto Velho-RO, from the perspective of health professionals. This is a descriptive, survey-type study, carried out cross-sectionally from a quantitative approach, with nurses, physicians, nursing technicians/assistants and community health workers, through interviews using the Primary Care Assessment Tool (PCATool) questionnaire), after meeting the ethical precepts, analyzing only the list of services and coordination dimensions, based on descriptive analysis. A total of 266 health professionals were interviewed, and based on the answers, an overall average regular score was obtained for the list of services (3.38), despite the provision of social incentives, directly observed treatment and groups of individuals with TB has been unsatisfactory. The coordination dimension was satisfactory (4.54), but it was identified that counter-referral was regular from the perspective of professionals. The understanding of the operational problems faced during the management of TB in the PHC of the city allows reorienting practices and offering actions and subsidies for the construction of a new paradigm of care for these individuals.

► **Keywords:** Tuberculosis. Primary Health Care. Health Services Research. Intersectoral Collaboration. Integrality in Health.

