

Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde

Detection of tuberculosis: the structure of primary health care

Detección de la tuberculosis: la estructura de la atención primaria de salud



Lílian Moura de Lima Spagnolo^a

Jéssica Oliveira Tomberg^a

Martina Dias da Rosa Martins^b

Luize Barbosa Antunes^a

Roxana Isabel Cardozo Gonzales^a

Como citar este artigo:

Spagnolo LML, Tomberg JO, Martins MDR, Antunes LB, Gonzales RIC. Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20180157. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180157>.

RESUMO

Objetivo: Analisar a estrutura da atenção primária à saúde para a detecção de casos de tuberculose em dois municípios do Rio Grande do Sul.

Método: Descritivo, avaliativo utilizando métodos mistos, com observação da estrutura física em 69 unidades de atenção primária à saúde; e entrevistas semi-estruturadas com 10 indivíduos. Realizado entre os anos de 2014 e 2016. Utilizou-se análise estatística descritiva e análise de conteúdo.

Resultados: Nas 50 unidades de Pelotas observou-se ausência de: potes (24%); formulários (53,1%), livro de registro (48%) e transporte do material até o laboratório (86%). Nas 19 unidades de Sapucaia do Sul havia disponibilidade destes insumos. A ausência de profissionais, a rotatividade dos recursos humanos e a deficiência de capacitações foram as principais deficiências estruturais.

Conclusão: Conclui-se que há diferenças estruturais entre os municípios, e sugere-se à adoção da coordenação da atenção à tuberculose em Pelotas.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Tuberculose/prevenção & controle. Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the structure of primary health care for the detection of tuberculosis cases in two municipalities of Rio Grande do Sul.

Method: Descriptive, evaluative mixed methods research, with direct observation of the physical structure of 69 primary health care units; and semi-structured interviews with 10 subjects. Conducted between 2014 and 2016. Using descriptive statistics and content analysis for data analysis.

Results: In the 50 units in Pelotas there was an absence of: pots (24%); forms (53.1%), register books (48%) and of transportation of material to the laboratory (86%). In the 19 units of Sapucaia do Sul, these inputs were available. The absence of professionals, the turnover of human resources and the lack of training, emerged as the main structural deficiencies.

Conclusion: There are structural differences between municipalities. The study suggests that Pelotas should adopt tuberculosis care coordination.

Keywords: Primary health care. Tuberculosis/prevention & control. Health services research.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la estructura de la atención primaria de salud para detección de casos de tuberculosis en dos municipios del Rio Grande do Sul.

Método: Descriptivo, evaluativo con uso métodos mixtos, aplicando la observación acerca de la estructura física de 69 unidades de atención primaria de salud; y entrevistas semiestructuradas con 10 individuos. Realizado entre 2014 y 2016. Análisis estadístico descriptivo y análisis de contenido.

Resultados: En las 50 unidades de Pelotas no había: pote de esputo (24%); formularios de solicitud (53,1%); libro de registro (48%) y transporte de esputo al laboratorio (86%). En Sapucaia do Sul las 19 unidades tenían disponibilidad de estos materiales. La falta de profesionales, el cambio de los profesionales y la deficiencia de formación continua fueron las principales deficiencias estructurales.

Conclusión: Existen diferencias estructurales entre los municipios, y se sugiere la adopción de la coordinación de la atención para la tuberculosis en Pelotas.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Tuberculosis/prevenção & control. Investigación en servicios de salud.

^a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O controle da tuberculose (TB) é uma prioridade a ser adotada em âmbito mundial, pois a carga da doença estimada se concentra em 22 países, sendo o Brasil um deles⁽¹⁾. Em 2014 o país apresentou a taxa de incidência de 34,2 casos por 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes⁽²⁾. Dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), adotados pelas Nações Unidas em 2015, com meta de alcance para 2030, está o fim da epidemia global da TB com o alcance de menos de 20 casos novos de TB por 100 mil habitantes, e a redução em 90% do número de óbitos em comparação ao do ano de 2015⁽³⁾.

Para tanto, considera-se uma ação primordial no sucesso do controle da TB a detecção precoce e o tratamento adequado das pessoas acometidas pela doença⁽⁴⁾. Para a detecção precoce é necessário captar os sintomáticos respiratórios (SR) (pessoas com tosse há três semanas ou mais) nas primeiras semanas de adoecimento. Nesse sentido, a busca ativa na comunidade torna-se ferramenta essencial, fortalecendo a premissa de descentralização das ações de controle da TB para a atenção primária à saúde (APS)^(2,5).

Por se tratar de uma atividade complexa, a detecção de casos exige a atuação de equipes multidisciplinares, devidamente capacitadas e apoiadas por estrutura física e organizacional, com ações intersetoriais e fluxo contínuo de informações, permitindo a efetiva coordenação da assistência, com capacidade de assegurar a continuidade da atenção e o atendimento das necessidades do usuário⁽⁵⁻⁷⁾.

A estrutura necessária para a detecção de casos de TB prevê aspectos físicos e organizacionais por parte da gestão municipal às equipes de APS, incluindo os insumos para a solicitação do exame de baciloscopia de escarro (potes estéreis com tampa de rosca, formulário de solicitação, livro de registro de sintomático respiratório, caixa térmica para acondicionar as amostras de escarro), o transporte das amostras até o laboratório e uma equipe de profissionais devidamente capacitada e sensibilizada para conduzir o SR até o diagnóstico⁽²⁾. Estudos realizados em diversas regiões do país^(5,7-8) evidenciaram limitações estruturais e organizacionais para a realização das ações de controle da TB na APS, o que causou a fragmentação da atenção e produziu reflexos na eficácia das ações de controle.

Reconhece-se a estrutura física e organizacional da APS como fatores condicionantes para a efetiva detecção de casos de TB e conseqüente alcance das metas propostas pelas estratégias globais e nacionais de controle da doença. Desse modo questionou-se: Qual a estrutura disponível nas unidades de atenção primária à saúde para a detecção

de casos de tuberculose? A pesquisa objetivou analisar a estrutura disponível na atenção primária à saúde para o desenvolvimento das ações de detecção de casos de tuberculose em dois municípios do estado do Rio Grande do Sul.

■ MÉTODOS

Estudo descritivo, avaliativo, com uso de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial. Foi desenvolvido no período de outubro de 2013 a outubro de 2016, com análise das ações de controle da TB na APS de dois municípios do Rio Grande do Sul.

Pelotas está localizada na região sul do estado, possui uma população de 343.651 habitantes e contava no período da coleta de dados quantitativos com 50 unidades de APS, com cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 70,2% da população em junho de 2016. A detecção de casos está descentralizada para a APS e o tratamento está centralizado em um único serviço ambulatorial. Sapucaia do Sul, localiza-se na região metropolitana de Porto Alegre, possui uma população de 138.933 habitantes, no período da coleta de dados quantitativos contava 19 unidades de APS, com cobertura de ESF de 49,6% da população em junho de 2016. As ações de controle da TB são municipalizadas e descentralizadas para a APS⁽⁹⁻¹⁰⁾. Os municípios foram selecionados devido a diferença quanto a organização das ações de controle da TB possibilitando a compreensão das distintas realidades, além de possuírem municipalização do Programa de Controle da Tuberculose.

A pesquisa é constituída por duas etapas, a primeira quantitativa, originada de um estudo multicêntrico⁽¹¹⁾, de caráter censitário, realizado entre outubro de 2013 e novembro de 2014, no qual os dados foram coletados em visitas realizadas às 69 unidades de APS dos municípios em estudo. A segunda etapa foi qualitativa, realizada em julho de 2016, com aplicação de entrevista semiestruturada a gestores municipais das ações de controle da TB, e aos profissionais da APS responsáveis por estas ações em suas unidades de trabalho.

Na etapa quantitativa utilizou-se um formulário estruturado e previamente codificado, formulado considerando as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose para a detecção dos casos da TB. A coleta ocorreu com aplicação de um *checklist*, contendo as variáveis relacionadas ao contexto estrutural: modalidade do serviço de saúde; existência de estratégia de tratamento diretamente observado; horário de funcionamento; número de profissionais enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde; existência do livro de registro de sintomático respiratório; potes para coleta de escarro; local

específico para coleta de escarro; geladeira para acondicionamento de material biológico; caixa térmica; formulário para solicitação de baciloscopia; transporte da amostra até o laboratório. A análise destas variáveis permitiu verificar a conformidade da estrutura das unidades de APS para o controle da TB. Foi construído um banco de dados no programa *Excel*®, e a análise descritiva foi realizada do programa *Statística 12* da *Statsoft*®, descrevendo as frequências relativas e absolutas das variáveis.

A seleção dos profissionais de saúde para compor a coleta qualitativa foi realizada a partir da estratificação das unidades de APS dos municípios, com base na análise quantitativa do número de registros de solicitações de baciloscopia de escarro referentes ao ano de 2012. Assim foram categorizadas pelo menor, intermediário e maior número de solicitações. Para Pelotas além destas categorias, foram criadas mais duas, em virtude de não haver disponibilidade de livro de registro em todas as unidades, e outras não possuísem registros de solicitação (sem livro de registro- 24 unidades; com livro e sem solicitações – sete unidades; uma a nove solicitações – 11 unidades; dez a 18 solicitações- seis unidades; e 19 a 27 solicitações – duas unidades); e três grupos em Sapucaia do Sul (3 a 36 solicitações – 11 unidades; 37 a 73 solicitações – seis unidades; 74 a 111 solicitações – duas unidades).

Foi realizado o sorteio de uma unidade em cada uma das categorias, acima citadas, totalizando oito unidades. Foi realizado contato telefônico e o agendamento da entrevista com o profissional responsável pela TB na unidade, utilizando-se como critério de inclusão o tempo de serviço igual ou superior a seis meses na APS do município. O grupo de unidades sorteadas em Pelotas foi composto por duas unidades básicas tradicionais (UBST) e três unidades de estratégia de saúde da família (ESF), em Sapucaia do Sul o grupo foi composto por uma UBST, uma ESF e uma unidade em fase de transição de UBST para ESF.

As entrevistas semiestruturadas foram compostas por questões abertas a respeito da estrutura física e organizacional da APS para atender à TB, incluindo: Como sua unidade de saúde está organizada para atender aos usuários com sintomas de tuberculose? Conte-me sobre seu trabalho no controle da TB na APS? Qual a sua percepção a respeito de potencialidades e fragilidades da atenção à TB no município? O que pode ser melhorado? E como é possível operacionalizar estas melhorias? As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas e analisadas no *software Hyper Research*® versão 2.8.3, utilizando-se a análise de conteúdo, modalidade temática⁽¹²⁾, buscando-se identificar a presença de temas que compuseram as entrevistas e interpretar seus significados. Da análise emergiram

os temas: estrutura e fluxos de atenção. Para fins desta publicação será abordado o tema estrutura, o qual inclui: os recursos materiais, humanos e organizacionais para operacionalizar a atenção à TB na APS.

Na realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. O anonimato dos sujeitos foi garantido identificando-os pela letra G, no caso dos representantes da gestão e pela letra P para os profissionais, acompanhadas da inicial do município. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil em sua etapa quantitativa com parecer favorável número 702.283. A etapa qualitativa submetida posteriormente recebeu aprovação de número 1485.708.

■ RESULTADOS

Com relação à estrutura física e organizacional em Pelotas verifica-se que as unidades de saúde estão organizadas para atuarem, predominantemente, em dois turnos (72%). Quanto aos insumos verifica-se que 48% não possuem o livro de registro de sintomáticos respiratórios, 53,1% não possuem formulários para solicitação da baciloscopia de escarro, e 24% não possuem potes para o acondicionamento das amostras.

Verificou-se ainda que, em Pelotas, não havia local específico para coleta de escarro nas unidades de saúde, sendo recomendada a coleta em 65,1% das unidades no domicílio dos SR. As unidades não possuem geladeira para acondicionamento de material biológico e 40% delas possuem caixa térmica. Em relação ao transporte das amostras até o laboratório municipal, em 86% das unidades o responsável é o próprio SR ou seus familiares.

Em Sapucaia do Sul, as unidades atuam prioritariamente em dois turnos (73,7%), e a totalidade das unidades possuem os insumos para a solicitação das baciloscopias. As unidades não dispõem de local específico para coleta do exame, sendo indicada a realização nas residências dos usuários. As unidades possuem em 94,7% dos casos caixas térmicas e apenas uma unidade (5,3%) possui geladeira para o acondicionamento das amostras. O transporte das amostras de escarro até o laboratório é realizado por veículo próprio do município.

Quando questionados a respeito da existência de insumos suficientes para realizarem a solicitação da baciloscopia de escarro, de forma unânime, os profissionais da atenção primária à saúde não relataram problemas, conforme evidenciado nos trechos selecionados:

O recurso que a gente tem pra fazer o acompanhamento, se quiser, é os potes, o livro e o contato com o centro de

especialidades [serviço de referência]. Quando falta é só pedir que vem mais! (P2_P).

Eu acredito que a tuberculose é uma questão complexa, mas tu não precisa de uma complexidade física pra atender. Tu precisas sim de uma questão mesmo de sensibilidade humana, de compreendê-los e analisar os sintomas (P1_S).

Em contrapartida os profissionais se referiram à insuficiência de recursos humanos nas unidades, assim como a

rotatividade destes, como problemas estruturais para o desenvolvimento das ações de controle da TB. Destacando-se, principalmente, em Pelotas, como se observa abaixo:

No momento a gente não tem nenhum clínico lotado aqui na Unidade, isso dificulta. Então, o enfermeiro é quem avalia as situações! [...] a gente tem muita rotatividade! A gente não tem um agente comunitário de saúde, porque aqui não é ESF, a gente demora pra ter um próximo contato com a pessoa [...] (P5_P).

Tabela 1 – Estrutura para as ações de detecção de casos de tuberculose nas unidades básicas de saúde de dois municípios do Rio Grande do Sul

Estrutura	Pelotas (n=50)		Sapucaia do Sul (n=19)	
	N	%	N	%
Turnos de funcionamento				
Turno único	6	12,0	1	5,3
Dois turnos	36	72,0	14	73,7
Três turnos	8	16,0	4	21,0
Livro de registro de sintomático respiratório				
Não	24	48,0	0	0,0
Sim	26	52,0	19	100
Formulário de solicitação de baciloscopia				
Não	27	53,1	0	0,0
Sim	23	46,9	19	100
Potes para coleta de escarro				
Não	12	24,0	0	0,0
Sim	38	76,0	19	100
Local específico para coleta de escarro				
Não	50	100	19	100
Onde é realizada a coleta*				
Residência	28	65,1	19	100
Sala de uso comum na unidade	15	34,9	0	0,0
Geladeira para acondicionar as amostras				
Não	50	100	18	94,7
Sim	0	0,0	1	5,3
Caixa térmica para acondicionar as amostras				
Não	30	60,0	1	5,3
Sim	20	40,0	18	94,7
Transporte das amostras até o laboratório				
Paciente/familiares	43	86,0	0	0,0
Prefeitura	7	14,0	19	100

Fonte: Estudo multicêntrico Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação.

*variável com cinco respostas ignoradas.

Em Sapucaia do Sul a ausência de recursos humanos, foi relacionada aos agentes comunitários de saúde (ACS), por se tratar de uma unidade tradicional e não possuir este profissional, as demais categorias profissionais foram consideradas satisfatórias. Um dos entrevistados pontuou a questão da rotatividade de recursos humanos como fator que interfere nas ações de detecção de casos de TB.

Eu acho que o quantitativo de profissionais que a gente tem hoje está ok! A única coisa que nós deixamos a desejar ainda é a busca ativa, porque como é uma UBS tradicional, não tem agente comunitário de saúde (P3_S).

Tem bastante rotatividade, e isso interfere, chegam sem capacitação ou nunca ouviram falar de TB. Às vezes a pessoa que saiu era a referência da tuberculose na equipe, e daí tem que começar ou fazer de novo (P1_S).

Em relação aos recursos organizacionais há diferenças entre a estrutura dos municípios. Em Sapucaia do Sul existe a descentralização do tratamento, com o médico de referência nas unidades de APS, e a adoção da estratégia de tratamento diretamente observado (TDO) na totalidade das unidades. Enquanto que, em Pelotas, apenas as ações de detecção são realizadas pela APS, sendo o tratamento centralizado em uma unidade de referência ambulatorial, localizada no centro da cidade. Nesta unidade a pessoa com TB realiza as consultas mensais de acompanhamento, retira os medicamentos para trinta dias e recebe as orientações para a realização do tratamento auto-administrado.

Nós descentralizamos em 2005 todas as ações para a atenção básica [...] nas ESF nós temos os profissionais que assumem o paciente completamente [...] para os esquemas básicos tem o médico prescritor na atenção básica, para os casos de co-morbidades ou doenças infecciosas o prescritor fica no serviço de referência ou infectologia (G_S).

O gestor de Pelotas aponta a falta de interesse dos profissionais pela TB, em especial da classe médica, como um problema estrutural para operacionalizar a organização da descentralização do tratamento da doença para a atenção primária à saúde.

Descentralizamos as ações de detecção para a atenção básica [...] vem tentando há muito tempo descentralizar o tratamento. Eu tenho um limitador grande, que é a falta de profissionais, principalmente médicos, que tenham sensibilidade com a causa da TB. Eu também não posso largar tudo para a rede e correr o risco de saírem por aí fa-

zendo coisa que não deveria ser feita (G_P).

Este mesmo aspecto foi pontuado pelo gestor de Sapucaia do Sul, o qual referiu como uma potencialidade do município a manutenção da descentralização das ações para a APS como forma de enfrentar a resistência dos profissionais em realizar o atendimento à TB.

Até porque essa ação [referindo-se à atenção à TB] não lhes é simpática [referindo-se aos profissionais de saúde]! Logo que as pessoas chegam na unidade básica, de um modo geral, a primeira pergunta é para quem eu encaminho os casos suspeitos de tuberculose? Porque a descentralização não é uma rotina no nosso estado! Eu acho que a fortaleza está em o município ser persistente nos treinamentos. A nossa rede é treinada no dia a dia o tempo inteiro! (G_S).

O gestor municipal destacou como aspecto organizacional de Sapucaia do Sul, realização anual das capacitações. Pontuou não haver adesão de todos os profissionais, e ainda retomou a dificuldade relacionada à rotatividade dos recursos humanos. Quanto as capacitações, os profissionais mencionaram não ocorrerem com frequência.

Todo ano a gente faz! Não são todos que participam, a gente manda convite, mas nem todos vêm! Na unidade x, por exemplo, já é o terceiro enfermeiro, começou a rodar gente lá [...] essas unidades onde está sempre rodando, tem que se fazer um micro treinamento! Ninguém alcança treinar essas pessoas todas (G_S).

Uma coisa que eu sinto falta! Eu tinha no meu trabalho no município anterior, lá a gente a gente recebia [atualizações], e aqui eu não vejo muito isso! (P2_S).

Tem sim, uma vez ao ano. Agora a pouco teve uma específica para os técnicos de enfermagem com a coordenadora da TB do município (P3_S).

Em Pelotas foi unânime a fala a respeito da ausência de capacitações promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

[...] nos falta atualizações neste aspecto [referindo-se as ações de controle da TB], porque as informações que se recebe são de aspecto burocrático, qual é o papel que usa, qual é o papel que não usa, e nos cobram as informações (P5_P).

Não [referindo-se à realização de capacitações pela gestão municipal sobre às ações de controle da TB aos pro-

fissionais da rede de APS]. A gente conta com o apoio do programa estadual, todas as capacitações quem faz sempre é a vigilância do programa estadual. Não sei dizer a frequência (G_P).

Outra questão organizacional evidenciada nas falas dos profissionais em Pelotas foi relacionada ao transporte das amostras da APS até o laboratório municipal.

O envio da amostra... é o paciente que leva até o laboratório! Tu pedes e o paciente, às vezes, não tem dinheiro para pagar o ônibus, ou acha muito longe, e aí tu perde a coleta! Eu acho que teria que ter um local pra tu acondicionar a amostra aqui na unidade, e a secretaria vir buscar e levar até o laboratório (P1_P).

A gente garante a entrega da amostra ao laboratório! Se tu deixar para ele levar para outro lugar a amostra, talvez isso fosse se perder. Em função de várias questões, às vezes de não ter dinheiro pra ir até o laboratório, para pegar o transporte, de não saber armazenar direito a amostra (P1_S).

Evidencia-se na fala dos profissionais de Pelotas que a inexistência de transporte das amostras até o laboratório é reconhecida como um fator dificultador na detecção de casos de TB, visto a distância dos bairros até o centro da cidade. Seja pelos baixos recursos financeiros da população do território ou pelos riscos em perder a coleta da amostra. Em contrapartida em Sapucaia do Sul os profissionais ao discursarem sobre a operacionalização do transporte das amostras até o laboratório, em sua realidade, destacam-na como uma potencialidade da organização municipal.

■ DISCUSSÃO

A melhora dos indicadores relacionados a detecção de casos de TB requer que as unidades estejam preparadas para desenvolver ações, que incluem, prioritariamente, a realização da busca dos SR e o exame de baciloscopia de escarro⁽⁴⁾. Este exame, em duas amostras, é a principal estratégia para detectar precocemente os casos pulmonares bacilíferos, com maior importância epidemiológica, devido ao potencial de transmissibilidade da doença. Diante disso, as unidades necessitam dispor de insumos que incluem os potes estéreis com tampa de rosca, os formulários de solicitação, o livro de registros do sintomático respiratório e a caixa térmica para acondicionar as amostras⁽²⁾.

Em Pelotas, grande parte das unidades não possuía tais materiais, o que também foi observado em estudos realiza-

dos no Rio de Janeiro⁽⁷⁾ e na Paraíba⁽⁵⁾. Apesar da ausência identificada, foi unânime o posicionamento dos profissionais, na etapa qualitativa de Pelotas, em relação à facilidade em conseguir a reposição dos insumos. Estas afirmativas apontam para o possível negligenciamento, por parte das equipes, em manter a estrutura mínima para o cumprimento das ações de detecção, o que demonstra problemas na gestão das unidades de APS. A ausência de materiais pode acarretar no atraso do diagnóstico e até mesmo na perda do seguimento deste indivíduo.

Na fala do profissional do P1_S se destaca que o maior desafio na detecção de casos é a sensibilidade, e a capacidade de relação interpessoal dos profissionais com a comunidade. Esta afirmativa corrobora estudiosos que apontam a detecção de casos como ação complexa que envolve diferentes etapas, desde a busca ativa do SR até firmar o diagnóstico e iniciar o tratamento. Nesse percurso, tanto a ausência dos insumos como a não garantia do fluxo do usuário e das informações relacionadas a ele pela rede de serviços, acarretam no comprometimento da continuidade da atenção e consequentemente na eficácia dos resultados alcançados⁽⁵⁾.

A ausência de profissionais nas unidades de trabalho, principalmente de médicos e ACS, assim como a rotatividade dos recursos humanos, emergiram em ambos os municípios estudados. Estes resultados corroboram estudos internacionais⁽¹⁴⁾ e nacionais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ que identificaram a acentuada rotatividade de médicos e enfermeiros atuantes na APS.

Este fato gera sobrecarga de trabalho, com consequentes prejuízos na assistência, com a fragilização do vínculo entre o usuário e a equipe e a fragmentação do cuidado⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Embora a busca ativa de casos seja uma atividade inerente a todos os profissionais da APS, as unidades com ESF apresentam maior potencial para realizá-la, em virtude da presença do profissional ACS na equipe mínima, o qual tem em sua rotina diária de trabalho, as visitas domiciliares, favorecendo a descoberta precoce da doença⁽¹⁸⁾.

A proximidade com o profissional de referência, e o vínculo de confiança com a unidade de saúde, favorecem a busca pelo atendimento logo nos primeiros sintomas, e o consequente diagnóstico precoce. Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro⁽⁷⁾, em 2015, evidenciou que uma das principais dificuldades na manutenção da descentralização das ações de controle da TB para a APS é a rotatividade dos profissionais, visto que é impossível manter o programa ativo em unidades onde não existam profissionais sensibilizados e treinados para TB.

Diante disso, é impreterível a iniciativa da gestão municipal em solucionar a problemática da rotatividade. Es-

tudiosos apontam como possibilidade de amenizar a rotatividade dos profissionais a promoção de melhorias nos planos de carreira, aliados a investimentos em qualificação e capacitações das equipes^(14,17).

Outra questão relevante relacionada aos recursos humanos foi referido pelos gestores municipais, destacando a dificuldade em encontrar profissionais dispostos a envolverem-se ativamente nas ações de controle da TB, em especial a categoria médica. A G_P ao responsabilizar os profissionais médicos retrata a tendência de Pelotas à manutenção do modelo biomédico com a fragmentação do cuidado. Resultado que corrobora estudiosos que apontam a estrutura disponibilizada para atenção à TB, assim como a atitude dos gestores no enfrentamento da doença no município, como fatores diretamente proporcionais ao comprometimento dos profissionais com as ações de controle da doença⁽⁷⁾.

Diante disso, torna-se indispensável que as equipes sejam devida e continuamente sensibilizadas e capacitadas para identificar prontamente os SR, seja na demanda espontânea ou por meio de busca ativa na comunidade. Assim como se responsabilizarem pela efetiva realização do exame de baciloscopia de escarro e acompanhamento do tratamento⁽⁴⁾, mediante a oferta de estrutura física e organizacional, por parte do município, compatíveis com a efetiva realização das ações pela APS.

As capacitações específicas sobre a temática da TB foram mencionadas pelo G_S como uma potencialidade da organização municipal. Embora, segundo seu relato, não ocorra adesão de todos os profissionais. Muitas vezes, as atividades são realizadas fora do espaço da unidade, sendo necessário o deslocamento dos profissionais, não sendo viável a participação de toda a equipe. Dessa forma, restringe-se o conhecimento a um único integrante que pode não ter oportunidade de repassar as informações aos demais⁽¹⁹⁾.

Em Pelotas foi unânime a fala sobre a inexistência de capacitações, ficando a comunicação entre a coordenação da TB e as equipes da APS com caráter puramente burocrático, relacionado a resultados de exames e solicitação de materiais. Para que a detecção precoce dos SR seja possível, todos os profissionais da equipe de APS precisam estar preparados e sensibilizados para a suspeição imediata de TB diante a presença de sintomas respiratórios, o que só é possível com a sensibilização, não apenas a cobrança do quantitativo de detecções realizadas, mas também com a oferta de subsídios teórico-científicos, em treinamentos continuados, sobre o controle da doença e sua importância epidemiológica⁽²⁰⁾.

Em relação ao transporte da amostra de escarro, os profissionais de Sapucaia do Sul, reconhecem que dificil-

mente alcançariam o diagnóstico precoce sem a garantia da chegada do escarro ao laboratório na brevidade possível. Ainda na fala dos profissionais de Sapucaia do Sul, evidencia-se a preocupação com a condução do SR até o diagnóstico, o que demonstra com clareza a cultura de responsabilização pelo indivíduo sobre seus cuidados presente na organização municipal. Em contrapartida em Pelotas o sentimento de impotência, na fala da P2 diante a falta de estrutura, e a responsabilização do SR pela condução da amostra até o laboratório, refletem o modelo fragmentado de atenção vigente. O que não atende as recomendações das diretrizes nacionais, nas quais as amostras de escarro devem ser armazenadas e direcionadas ao laboratório pelos serviços de saúde^(2,4).

Salienta-se que a disponibilização de veículo para o transporte das amostras torna o diagnóstico mais ágil, e garante que o escarro enviado ao laboratório seja de boa qualidade para a análise, visto que antes do envio, a amostra é avaliada e acondicionada pelos profissionais na APS. Ademais, assegura-se que não haja gastos dos usuários no processo de detecção⁽⁵⁾.

Este estudo aponta importantes evidências quanto a atenção à detecção da TB nos municípios pesquisados, o que contribui para a discussão das ações em saúde essenciais para garantir a eliminação da TB como um problema de saúde pública. Nesse cenário, destaca-se o papel fundamental da gestão dos municípios para alinhar os aspectos estruturais e organizacionais em uma perspectiva que efetive o alcance das metas propostas pela Organização Mundial de Saúde para a atenção à TB.

■ CONCLUSÕES

Conclui-se que os municípios estudados têm particularidades quanto a realização das ações de controle da TB, em especial na detecção de casos pulmonares bacilíferos. Sapucaia do Sul possui uma organização que permite a continuidade da atenção ao SR, com superação de processos de atenção fragmentados, embora exista a fragilidade relacionada à rotatividade de profissionais, as ações de capacitação vêm sendo adotadas para superar esse entrave.

Em contrapartida em Pelotas, há presença de características estruturais e de organização que ampliam a possibilidade de haver a descontinuidade da atenção. O SR recebe orientações da equipe, que sem recursos materiais ou capacitação adequada, limita-se a direcioná-lo ao laboratório, o SR arca sozinho com a responsabilidade de chegar ao diagnóstico com recursos próprios. Diante disso, percebe-se que os entraves identificados no desenvolvimento das ações de controle da TB apontam para a necessidade de

adoção da coordenação da atenção à TB em Pelotas, garantindo a continuidade da atenção ao SR, por meio do provimento de recursos materiais e humanos, adequadamente capacitados para atenção à TB.

As limitações do estudo estiveram relacionadas a não inclusão das pessoas com tuberculose como sujeitos do estudo, o que poderia ter contribuído para o entendimento global do contexto avaliado. Sugere-se que sejam realizados novos estudos incluindo estes sujeitos e as implicações da organização dos sistemas locais de saúde para o diagnóstico precoce da tuberculose. Contudo, a presente pesquisa vem contribuir com a saúde pública para o aperfeiçoamento das políticas municipais de saúde, no que tange a relevância da continuidade da assistência para o alcance das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, para o controle da tuberculose.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Global tuberculosis report 2017. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 May 09]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília; 2017 [citado 2018 jun 15]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf.
3. World Health Organization (CH). The paradigm shift 2016-2020: global plan to end TB 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2018 May 05]. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf.
4. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)*. 2014;93(2):83-9. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i2p83-89>.
5. Nóbrega RG, Nogueira JA, Sá LD, Uchôa REMN, Trigueiro DRSG, Paiva RCG. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(1):88-95. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.16194>.
6. Sasaki NSGMS, Santos MLSS, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Chiaravalloti-Neto F. Delays in tuberculosis suspicion and diagnosis and related factors. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4):809-23. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040011>.
7. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, Araújo VLA, Oliveira E, Cruz DM, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2015;19(53):251-63.
8. Pelissari DM, Bartholomay P, Jacobs MG, Arakaki-Sanchez D, Anjos DSO, Costa MLS, et al. Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:53. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000131>.
9. cidades.ibge.gov.br [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; c2017 [citado 2018 maio 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>.
10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção primária à saúde. Histórico de cobertura saúde da família. Brasília (DF); 2016 [citado 2018 abr 16]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
11. Gonzales RIC. Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação. [Não publicado]. Chamada MCTI/CNPq/MS-SCIE - Decit N 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas, 2012.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
14. Holmes GM, Fraher EP. Developing physician migration estimates for workforce models. *Health Serv Res*. 2017 [cited 2018 Apr 10];52(1 Part II):529-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269547/pdf/HESR-52-529.pdf>.
15. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Debate*. 2015;39(106):637-47. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003006>.
16. Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira JA. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):237-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200009>.
17. Alcalde-Rabanal JE, Nigenda G, Bämighausen T, Velasco-Mondragón HE, Darney BG. The gap in human resources to deliver the guaranteed package of prevention and health promotion services at urban and rural primary care facilities in Mexico. *Hum Resour Health*. 2017;15:49. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0220-5>.
18. Oliveira CBB, Assolini FEP, Protti ST, Souza KMJ, Monroe AA, Villa TCS, et al. Management in primary health care: discourses about the search for respiratory symptoms of tuberculosis. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e2330015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002330015>.
19. Ponce MAS, Wysocki AD, Arakawa T, Andrade RLP, Vendramini SHF, Sobrinho RAS. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 [citado 2018 mai 20];25(3):553-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000300553&script=sci_abstract&tlng=es.
20. Lavôr DCBS, Pinheiro JS, Gonçalves MJF. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2):245-52. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200010>.

■ Autor correspondente:

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

Recebido: 11.06.2018

Aprovado: 23.08.2018