



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Pollyanna Mantelo Cecilio, Hellen; Ferraz Teston, Elen; Silva Marcon, Sonia
ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 26, núm. 3, 2017, pp. 1-9
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71452267001>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000230014>

ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹

Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio², Elen Ferraz Teston³, Sonia Silva Marcon⁴

¹ Artigo extraído da dissertação - Avaliação dos serviços de atenção primária no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais de saúde da 15^a Regional de Saúde do Paraná, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Financiada pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (Protocolo 21320).

² Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: pollymantelo@gmail.com

³Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR) Paranavaí, Paraná, Brasil. E-mail: elen-1208@hotmail.com

⁴ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: conhecer os aspectos que influenciam o acesso ao diagnóstico de tuberculose e na ótica dos profissionais de saúde.

Método: estudo descritivo, exploratório, qualitativo. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 20 enfermeiros e dez médicos atuantes no controle da tuberculose nos municípios pertencentes a 15^a Regional de Saúde do Paraná e, posteriormente, submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática.

Resultados: emergiram três categorias que mostram os fatores que influenciam positivamente o acesso ao diagnóstico, as fragilidades neste acesso e as características da organização deste serviço. Aponta ainda que a atuação da Estratégia Saúde da Família favorece o diagnóstico precoce, embora os profissionais relatem dificuldades para identificar os pacientes com sinais e sintomas da doença, seja por despreparo ou por falta de conhecimento da população sobre a doença.

Conclusão: considera-se imprescindível informar a comunidade sobre a doença e fortalecer o trabalho multiprofissional.

DESCRITORES: Tuberculose. Diagnóstico. Enfermagem. Atenção primária à saúde.

ACCESS TO THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS FROM THE POINT OF VIEW OF HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

Objective: to understand the aspects that influence the access to the diagnosis of tuberculosis, from the point of view of health professionals.

Method: a exploratory descriptive, qualitative study. The data were collected between June and July 2013, through semi-structured interviews, with 20 nurses and ten physicians in charge of tuberculosis cases in the municipalities belonging to the 15th Health Region of Paraná (Brazil) and subsequently submitted to content analysis, thematic modality.

Results: three categories emerged which show the factors that positively influence access to diagnosis, the difficulty in this access and the characteristics of the organization of this service. It also points out that the *Estratégia Saúde da Família*'s performance favors early diagnosis, although professionals report difficulties in identifying patients with signs and symptoms of the disease, either due to lack of preparation or lack of knowledge about the disease.

Conclusion: therefore, it is considered essential to inform the community about the disease and to strengthen multi-professional work.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Diagnosis. Nursing. Primary health care.

ACCESO AL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS BAJO LA ÓPTICA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

RESUMEN

Objetivo: conocer los aspectos que influyen en el acceso al diagnóstico de tuberculosis, en la óptica de los profesionales de salud.

Método: estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo. Los datos fueron recolectados en los meses de junio y julio de 2013, por medio de entrevistas semiestructuradas, con 20 enfermeros y diez médicos actuantes en el control de la tuberculosis en las municipalidades pertenecientes a la 15^a Área de Salud de Paraná (Brasil) y, posteriormente, sometidos a análisis de contenido en la modalidad temática.

Resultados: emergieron tres categorías que muestran los factores que influyen positivamente en el acceso y las características de la organización de este servicio. Apunta además, que la actuación de la Estrategia *Saúde da Família* favorece el diagnóstico precoz, aunque los profesionales relaten dificultades para identificar a los pacientes con señales y síntomas de enfermedad, sea por falta de preparo o por falta de conocimiento de la población sobre la enfermedad.

Conclusión: se considera imprescindible informar a la comunidad sobre la enfermedad y fortalecer el trabajo multiprofesional.

DESCRIPTORES: Tuberculosis. Diagnóstico. Enfermería. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) constitui um problema global de saúde pública devido à alta prevalência em muitos países, inclusive no Brasil. Esta doença está intimamente ligada às condições socioeconômicas da população e os principais fatores que dificultam seu controle estão relacionados à prevenção, diagnóstico, tratamento, qualidade dos serviços de saúde e as peculiaridades dos pacientes acometidos.¹

Desde 2003, a TB faz parte da agenda de prioridades de políticas públicas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, por ser a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos.² Este fato impõe, dentre muitos desafios, o diagnóstico oportuno dos casos, especialmente nos serviços que atuam como porta de entrada do sistema de saúde.³

O diagnóstico da doença é essencial para possibilitar a diminuição da morbimortalidade e a eliminação das fontes de infecção na comunidade.³ Todavia, a detecção ineficiente dos casos aponta que os indivíduos continuarão adoecendo sem serem identificados pelos serviços de saúde, ocasionando a transmissão contínua da doença. Com a não detecção dos casos, o atraso no diagnóstico é evidente, o que, além de afetar a persistência do bacilo na sociedade, ainda influencia no prognóstico dos indivíduos adoecidos, podendo levar a ocorrência de resistência às drogas e até a morte.⁴

Salienta-se que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com o intuito de favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, aponta a necessidade de efetivar a descentralização do atendimento às pessoas com TB para os municípios e a importância de horizontalizar as ações de combate à doença, embora reconheça a existência de dificuldades neste processo.⁵ Entretanto, diante das dificuldades enfrentadas, o Ministério da Saúde per-

mite que, em alguns municípios de pequeno porte, o atendimento às pessoas com TB ainda permaneça centralizado em ambulatórios de referência, conforme a oferta e disponibilidade de recursos.⁶

A descentralização do atendimento por sua vez, tem consonância com os propósitos da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e ao ampliar o acesso aos serviços de saúde.^{5,7-8} Espera-se então, que a ESF seja a porta de entrada dos usuários, promovendo acesso e prestando uma atenção qualificada, inclusive com diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose,⁷⁻⁸ além de permitir a integração e a organização das atividades em um território definido, e ainda, fortalecer o caráter de inclusão dos usuários, antes privados de acesso ao serviço.⁷

Contudo, nos municípios em que a atenção às pessoas com suspeita ou diagnóstico de TB ainda não foi descentralizada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a ESF não assume as responsabilidades em relação à atenção a estas pessoas, o que é agravado pelo fato de o sistema de referência e contrarreferência ainda funcionar de forma incipiente, já que a própria referência responsabiliza-se por grande parte da demanda de atendimento, mantendo a verticalidade da assistência.⁹

Considerando que o diagnóstico precoce é um dos fatores mais importantes para o controle da doença, a descentralização do diagnóstico e tratamento para a atenção primária, torna-se uma estratégia importante que precisa ser reforçada e consolidada. Neste sentido, dada a trajetória histórica da TB, seu controle pode constituir indicativo de avanços e desafios para outras condições e agravos da mesma natureza.

Para tanto, a fim de proporcionar acesso e serviços de qualidade aos usuários, visando os princípios de equidade e integralidade do Sistema

Único de Saúde (SUS), este estudo se justifica diante da necessidade de dar voz ao profissional de saúde, que atua como protagonista do sistema e das ações da rede de saúde,¹⁰ conhecendo as principais dificuldades para garantir o acesso ao diagnóstico e consequentemente efetivar o PNCT. Portanto, este estudo teve por objetivo conhecer os aspectos que influenciam o acesso ao diagnóstico da tuberculose, na ótica dos profissionais de saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, realizado com enfermeiros e médicos atuantes no âmbito da 15^a Regional de Saúde (RS) do Paraná (Brasil), que integra 30 municípios. Em 22 deles, o serviço de acompanhamentos dos pacientes com TB é descentralizado para as UBS e incorporado às atividades das equipes da ESF. Nos outros oito municípios este atendimento é centralizado em ambulatório de referência.

Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado “Assistência e controle da Tuberculose no estado do Paraná”, o qual envolveu duas vertentes metodológicas, uma quantitativa e outra qualitativa. No presente estudo, os dados são provenientes de entrevistas com 30 dos 134 indivíduos sorteados para serem incluídos no estudo quantitativo. Foram convidados para inclusão no estudo, os profissionais que se mostraram mais receptivos, acolhedores e interessados no propósito da investigação, sendo a solicitação de participação feita por telefone. A inclusão de novos participantes ocorreu até o momento em que os dados tornaram-se repetitivos e o objetivo do estudo já havia sido alcançado.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2013, por meio de entrevistas, previamente agendadas, realizadas no local de trabalho dos profissionais de saúde, orientadas pelas questões norteadoras: como você avalia o tempo para obter o diagnóstico de tuberculose neste município? Por quê? Para análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática, que trabalha as palavras e suas significações, descrevendo o conteúdo das mensagens e permitindo inferências.¹¹ Esta etapa foi constituída por uma fase de pré-análise e exploração do material, seguida da organização sistemática dos dados.¹¹

Na sequência, os resultados foram agrupados em categorias temáticas, conforme semelhança nos depoimentos, o que deu origem a três categorias: Fatores que influenciam positivamente o acesso ao

diagnóstico, Fragilidades no acesso ao diagnóstico e A forma de organização do serviço: os dois lados de uma mesma moeda.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, conforme parecer n. 311.964/2013. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para a diferenciação dos participantes e preservação de sua identidade, foram utilizados os seguintes códigos: a letra C para municípios com atendimento centralizado e a letra D para descentralizados, seguidos da letra E para enfermeiros e a letra M para médicos, acompanhados do número de ordem das entrevistas e do tempo de atuação profissional, conforme exemplo: D-M1, 14 anos.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 30 profissionais de saúde, sendo 20 enfermeiros e 10 médicos, dos quais cinco atendiam em ambulatórios de referência municipal e os demais atuavam na ESF, com tempo na função variando de seis meses a 28 anos. Quando questionados sobre o tempo de atuação em ações de controle da tuberculose, a maioria dos profissionais respondeu que estava há mais de quatro anos inserido nessa atividade e que já acompanhou algum caso suspeito ou confirmado de TB.

A maioria dos municípios é de pequeno porte, possuindo apenas uma UBS e consequentemente, apenas um local de atendimento aos casos de TB. Todavia, quatro municípios possuem uma organização diferente, sendo que três deles oferecem o primeiro atendimento em qualquer uma das unidades de saúde do município e o acompanhamento da doença apenas pelo ambulatório. O quarto município possui um ambulatório que também é a porta de entrada dos pacientes, sem necessidade de passar pelas unidades de saúde.

Os profissionais de saúde entrevistados relatam diversos fatores que podem estar relacionados ao acesso ao diagnóstico de TB, considerando, entretanto, as peculiaridades de cada município.

Fatores que influenciam positivamente o acesso ao diagnóstico da tuberculose

Os profissionais de saúde elencaram que contar com a equipe da ESF e, principalmente, com o

Agente Comunitário de Saúde (ACS), possibilita o diagnóstico precoce de alguns agravos, como, por exemplo, a TB.

Através do programa saúde da família e dos agentes comunitários que investigam e mandam para nós, a gente tenta identificar aqueles pacientes, com tosse crônica, emagrecimento, que a gente vê ou a comunidade comenta ou o ACS fala, porque ele está em contato com a população (D-M1, 14 anos).

Os ACS trazem os casos para a enfermeira da ESF e dependendo do caso, ela me passa e aí eu vou atrás desse paciente (C-E12, 20 anos).

Outro aspecto positivo relatado pelos profissionais foi a maior facilidade em realizar o diagnóstico quando o paciente procura a unidade de saúde com queixas e o profissional de saúde consegue associar os sintomas com a TB, solicitando então, os exames.

A partir do momento que ele vem até a unidade, eu acho que se torna fácil. O difícil é a gente localizar ele. Agora se ele vem com sintomas, é bem mais fácil (D-E14, 19 anos).

É de acordo com a demanda do paciente, ele precisa vir até a unidade e se o médico desconfiar solicita todos os exames (D-E4, 13 anos).

Apenas alguns profissionais relataram realizar a busca ativa na comunidade e informaram que toda a equipe está preparada para identificar os casos suspeitos. Esta atividade é fundamental para o diagnóstico precoce.

A gente tem a busca pelo sintomático respiratório, tanto na demanda, quanto nos grupos que a gente realiza ou nas visitas. Todos os integrantes da equipe estão orientados para identificar, não falo diagnosticar, mas identificar os sintomáticos respiratórios (D-E11, 1 ano).

O trabalho da busca ativa é feito pelo pessoal da ESF, e o que eu acho importante, é que a gente tem 100% de cobertura de ESF. Então, é feita essa busca ativa e não têm aparecido casos para nós e assim, acho que a gente poderia estar fazendo mais ações na questão da prevenção, do alerta a comunidade. Poderia estar melhorando essa questão da divulgação da doença, porque nem todo mundo está em casa quando a gente visita, muita gente trabalha e acaba não tendo acesso a essa informação (D-E6, 6 meses).

As meninas (ACS) vão fazer visitas durante a semana e na sexta-feira, a gente se reúne e elas passam para mim tudo o que aconteceu durante a semana: quais foram as queixas, o que o povo reclamou e tal. E elas falam que fulano está perdendo peso, está tendo tosse, tossindo há mais de três semanas, a noite está tendo febre, suando bastante e tal. Aí é o paciente que a gente vai investigar (D-E19, 6 meses).

Fragilidades no acesso ao diagnóstico da tuberculose

Em relação ao acesso ao diagnóstico, os profissionais elencaram que o principal fator que contribui para o atraso é o fato de não considerar a possibilidade de diagnóstico de TB, mesmo diante de queixas relacionadas aos sinais e sintomas da doença, seja por falta de informação e conhecimento dos profissionais ou por dificuldades da população em informar seus sintomas.

Por mais que estamos aqui identificando, a gente sempre procura outras doenças na frente. A tuberculose sempre é deixada por último e tudo passa na frente [...]. A dificuldade, talvez dos médicos, é em estar identificando. Eu acho que é isso, o diagnóstico, porque eles procuram outras coisas, e sempre a TB é deixada por último (C-E16, 7 meses).

É só se a gente perceber que a pessoa está com sintoma respiratório para ela ser tirada da recepção e ainda, dificilmente vai se desconfiar de tuberculose [...] (C-E3, 2 anos).

A dificuldade é na parte clínica mesmo, você conseguir identificar, conversar com o paciente e saber dos sintomas (D-M7, 12 anos).

Elencaram também, grande dificuldade em encontrar os sintomáticos respiratórios na comunidade, um pouco por falta de cobertura da ESF e ao mesmo tempo, por falta de conhecimento da população sobre a doença e a banalização dos sintomas.

O diagnóstico é rápido, agora para achar o indivíduo pode ser bem difícil (C-M6, 28 anos).

A gente não está com essas campanhas divulgadas. Muitos pacientes acham que não é nada, e ficam com essa tosse prolongada. Eu acho que infelizmente, a gente deixa muito a desejar, o Brasil como um todo. As pessoas acabam não vendo muitas vezes, acredito que veem outras doenças por aí, a gripe A, entre outras e acabam esquecendo muito dessa questão da TB e esquecem que, na verdade, tem uma prevalência muito grande ainda e não só a prevalência, uma incidência muito grande ainda a nível nacional, e a gente acaba pecando como um todo, desde a questão de prevenção, que é bem simples (C-M4, 4 anos).

A forma de organização do serviço: os dois lados de uma mesma moeda

Alguns municípios não possuem cobertura da ESF em todo seu território, fato este que contribui para a continuidade dos atendimentos aos pacientes com TB ocorrerem em ambulatório de referência, sem a devida expansão para a atenção primária. A descentralização é a estratégia percebida pelos profissionais, como a mais adequada para o diag-

nóstico e atendimento dos casos de tuberculose e, consequentemente, para o controle da doença.

O fato de estar centralizado facilita, nós conseguimos fechar um diagnóstico rápido (C-E1, 6 meses).

A melhor coisa que foi feita aqui no município, foi centralizar a atenção à tuberculose, porque nas UBS os profissionais não atendiam e não faziam o tratamento corretamente, pelo menos aqui, todos são atendidos e tratados (C-M6, 28 anos).

Todavia, alguns profissionais que atuam na ESF não são favoráveis à centralização dos serviços de atendimento aos casos de TB, por entender que esta estratégia desfavorece o diagnóstico precoce, à medida que os profissionais atuantes nas UBS não recebem capacitação que permita a identificação de casos suspeitos.

Aqui no município, não está descentralizado para as UBS, não tem nada na unidade, nem pote para exame, nem medicamento, nada. E nenhuma unidade aqui está preparada para atender tuberculose, nenhuma (C-E3, 2 anos).

Cabe salientar que o acesso integral ao diagnóstico engloba o acesso aos exames (baciloskopias e raio-x) preconizados e priorizados pelo PNCT. Sobre este acesso, a opinião dos profissionais de saúde também divergiu, especialmente em relação ao exame de escarro (baciloskopias).

Nós temos o laboratório aqui no município, o que não acontece em outros municípios, então é muito mais fácil para nós [...], esse "ah, tem que esperar para tal dia", nós não temos esse problema (D-E7, 16 anos).

Aqui a gente não tem laboratório, mas a partir do momento que faz um pré-diagnóstico e encaminha a baciloskopia e esse material vem positivo, não demora muito (D-E15, 18 anos).

Ainda relacionado à baciloskopias, os profissionais tiveram opiniões distintas sobre a demora ou não nos resultados dos exames, mesmo tendo como referência um único laboratório. Os profissionais consideraram o resultado demorado, visto que existem dias específicos de entrega de material coletado e protocolos a serem seguidos, que nem sempre correspondem às necessidades dos municípios.

Eu acho que demora, porque a gente depende do LEPAC (Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínicas) e tem os dias certos para enviar as amostras [...] até os pacientes colherem e o motorista levar, geralmente é muito difícil, demora muito para vir o resultado (D-E19, 6 meses).

Poderia ser um pouco mais rápido na questão do laboratório, as coletas são realizadas somente na segunda e terça, ou até na quarta, e os pacientes de quinta e sexta tem que esperar para a outra segunda, e até o resultado

chegar do LEPAC, demora um pouco (D-E2, 1 ano).

A dificuldade maior que a gente tem é a demora dos exames, nosso laboratório de referência é o LEPAC, aí tem todo um protocolo burocrático para conseguir o exame [...], mas se o paciente está bem sintomático, com emagrecimento, febre noturna, a gente acaba conseguindo mais rápido, mas ainda, nunca é menos de três ou quatro semanas, isso conseguindo o exame rápido (D-M3, 6 meses).

Outros, no entanto, avaliam que este mesmo laboratório, é o principal responsável para a agilidade em obter o resultado do exame e acelerar o diagnóstico, juntamente com a suspeição médica.

Os médicos conseguem identificar com rapidez o sintomático respiratório, a gente já consegue colher rapidamente o exame, o resultado do LEPAC vem rápido e a gente consegue fazer esse diagnóstico (C-E5, 2 anos).

Aqui os exames são encaminhados para o LEPAC, que é excelente e procura liberar os laudos o mais rápido possível (D-E8, 19 anos).

Acho que a questão do laboratório, depois que a gente envia o material, fica só aguardando o laudo, então acho que é o LEPAC mesmo que agiliza o processo (D-E18, 6 meses).

Ainda com relação aos exames diagnósticos, de acordo com os profissionais, grande parte dos municípios tem disponível em seu próprio território, infra-estrutura para realização de exames de imagem (raio-x). Contudo, a organização dos serviços de cada município diverge, sendo que em alguns é dada prioridade aos pacientes com sinais e sintomas de tuberculose, enquanto em outros é necessário limitar os recursos.

Nós temos prioridade em raio-x, temos essa facilidade de pedir, não está estipulado número, agora nas UBS não é assim (C-M6, 28 anos).

Nós temos uma quantidade x de exames, porque a gente sabe que o recurso que vem para a comunidade é um recurso, assim, limitado. Então, para estar investigando isso, a gente fica limitado por causa dos exames, dos recursos na verdade (D-M5, 23 anos).

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce da TB pode estar relacionado ao tipo de serviço de saúde procurado pelo usuário como porta de entrada. Assim, para que ocorra o diagnóstico precoce é imprescindível que o profissional de saúde seja capaz de identificar casos suspeitos, diagnosticar e tratar os doentes, e tenha uma boa integração e conhecimento da rotina e funcionamento do serviço.³ Além disso, é necessário a oferta de serviços adequados e a disponibilidade de exames diagnósticos.³

Neste sentido, observou-se que no âmbito da 15^a Regional de Saúde existem profissionais com longo tempo de atuação na mesma equipe e/ou no mesmo serviço e outros que estão há pouco tempo. Este fato pode interferir no modo como os mesmos lidam com a doença e também na forma como avaliam o serviço, como por exemplo, o tempo para obter o resultado diagnóstico. Pontua-se que a rotatividade de profissionais, independente do motivo, reforça a precarização e/ou ausência de vínculos com os pacientes e comunidade, além de interferir no processo de formação e educação continuada dos profissionais, em que as ações não se completam.^{3,12}

O novo dinamismo e a estruturação dos serviços e ações de saúde propostos pela ESF, evidenciam como diferencial em relação aos programas tradicionais,¹² de modo que o alicerce da ESF é a reorientação do modelo assistencial, com o objetivo de fortalecer a atenção preventiva, priorizar a promoção e a educação para a saúde, além de reorganizar os serviços de saúde na busca pelo cumprimento das diretrizes do SUS, ocupando lugar privilegiado por conhecer os indivíduos, identificar problemas e situações de risco e prestar atenção integral às famílias.¹³ A atenção ao paciente com suspeita de TB necessita de uma oferta de ações singulares que possibilitem o acesso rápido ao diagnóstico. Ainda neste sentido, a atenção ao paciente com TB torna-se complexa e específica, pois requer um olhar diferenciado devido a magnitude de uma doença socialmente produzida.⁵

A fim de garantir uma boa assistência, é fundamental que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, compreenda as ações inseridas na gestão do cuidado, que comporta três dimensões: profissional, organizacional e sistêmica. Na primeira, ocorre o encontro entre trabalhador e usuário com a finalidade de resolver as necessidades elencadas pelo usuário. A segunda é compreendida como um espaço da divisão técnica e social do trabalho, com as implicações e práticas profissionais do cuidado. E por fim, a dimensão sistêmica, refere-se ao conjunto de serviços com suas diferentes funções e graus de incorporação tecnológica e seus fluxos para o atendimento com qualidade e resolutividade.¹⁴

Para isto, o acesso deve ser fácil e deve dispensar atenção adequada e resolutiva, além de garantir a continuidade da assistência em serviços especializados quando necessário.³ Assim, torna-se indispensável o desenvolvimento, pelos serviços, das capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar, incorporando tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo.¹⁵

O acolhimento propõe inverter a lógica da organização e o funcionamento dos serviços de saúde, com princípios de atender todos os que buscam o serviço, reorganizar o processo de trabalho baseado nas equipes multiprofissionais e qualificar a relação profissional-usuário. Assim, atua como um dispositivo potente para atender a exigência do acesso, desencadeando um cuidado integral e propiciando vínculo.¹⁵

O vínculo pressupõe uma fonte regular de atenção, com a formação de laços interpessoais e cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde, visto que a permanência dos usuários no serviço depende de como são recebidos e da capacidade de resolução dos mesmos.¹⁶ No caso específico da TB, o vínculo com os profissionais de saúde é imprescindível, pois devido à doença ainda ser estigmatizada, na maioria das vezes, o paciente sente-se constrangido em procurar ajuda.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios é considerada uma atividade de saúde pública e deve ser realizada permanentemente por todos os profissionais de saúde. Trata-se de uma atividade multiprofissional, com o objetivo de diagnosticar precocemente os casos e interromper a cadeia de transmissão da doença.¹² Mesmo sendo uma atividade multiprofissional, a equipe de saúde conta com o ACS como principal profissional para identificação dos casos na comunidade, visto que é o profissional que acompanha os usuários ao longo do tempo e é o que melhor conhece a realidade da população,¹³ facilitando assim, a detecção precoce dos casos, que depende da organização dos serviços.⁷

No entanto, fica evidente a necessidade de preparo desses profissionais para desempenharem o seu trabalho dentro das ações programadas da política. Ressalta-se a importância do envolvimento da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro e do médico, na capacitação desses profissionais,⁵ que são os principais atores da busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e podem realizar o tratamento diretamente observado. Neste sentido, é de extrema importância que as equipes assumam o controle da TB e não considerem a ESF como um mero executor dos exames de diagnósticos e do tratamento supervisionado.¹⁷

Alguns estudos têm apontado que os portadores de tuberculose procuram inúmeras vezes os serviços de saúde e são atendidos por outros males; é um círculo vicioso de repetidas visitas a rede de atenção sem a obtenção de um diagnóstico correto, o que resulta em tratamento antibiótico não específico, atraso no diagnóstico e dificuldade de acesso ao serviço especializado.^{3,18}

Sendo assim, muitas vezes, os pacientes com TB passam despercebidos nos serviços devido à demanda excessiva e à falta de médicos em algumas equipes,¹⁷ ou ainda por falta de capacitação dos profissionais em identificar os sintomáticos respiratórios.^{14,17} Como relatado, a maior dificuldade está em identificar os casos que fogem aos sintomas clássicos da doença, exigindo do médico um alto grau de suspeição diagnóstica. É importante destacar que a qualificação profissional para atender os casos de TB deixa a desejar, pois falta sistematização nos treinamentos para a equipe.³ Assim, a construção de estratégias contextualizadas se faz necessária para promover o diálogo entre as diretrizes nacionais e a singularidade dos serviços locais de saúde, por meio de capacitações contínuas dos profissionais de saúde, visando identificar as falhas na atenção.³

Destaca-se que o protagonista das ações de controle da TB deve ser o profissional de saúde, que apesar de ser alvo de algumas capacitações e sensibilizações para lidar com pacientes com dificuldades especiais e grupos vulneráveis, empobrecidos e estigmatizados,¹⁹ ainda não consegue colocar em prática o princípio da integralidade das ações em saúde e o acesso livre à informação e ao atendimento, apresentando limitações na capacitação para atender os casos de tuberculose.^{3,17}

A dificuldade em encontrar os casos suspeitos de TB condiz com a afirmação da OMS, de que o problema da TB não está no diagnóstico e no tratamento, mas na forma de organização do serviço para detectar os casos, que pode estar falho devido a insuficiência de recursos materiais e humanos, além da falta de capacitação profissional, o que compromete a assistência ao doente.²⁰ Ainda pode-se somar às dificuldades de identificar os sintomáticos respiratórios, o despreparo dos profissionais devido ao baixo percentual de suspeição e de solicitação de exames de diagnóstico para TB.²¹

O SUS ainda conta com uma baixa cobertura no Brasil, caracterizando uma descentralização inconclusa, agravada por problemas estruturais e organizacionais,¹⁸ expandindo-se inclusive para a qualificação profissional insuficiente, devido a limitação de recursos humanos. O que ressalta com os achados deste estudo, que aponta o fato de alguns municípios não terem condições de oferecer atenção integral aos pacientes com TB de forma descentralizada. Devido a comum debilidade de coordenação dos serviços da rede assistencial, baixa resolubilidade e qualidade insatisfatória dos serviços de atenção primária,³ optaram por centralizar o atendimento em um ambulatório de referência municipal, visando um melhor atendimento.

No entanto, a descentralização é imprescindível para garantir o fácil acesso do paciente ao diagnóstico,¹² reorganizando o atendimento e disponibilizando as ações de controle da TB para todos os serviços de saúde,¹⁶ permitindo o acesso para inúmeros indivíduos que antes estavam excluídos dessa assistência.¹⁴ Contudo, ressalta-se os diferentes modelos assistenciais presentes nos municípios, que agregam especificidades locais, tornando heterogêneas as ações na dinâmica do lidar com a doença.⁴

De acordo com o PNCT, a descentralização e a horizontalidade das ações de controle da TB constituem os principais desafios da atenção primária, que deve oferecer serviços acessíveis, equitativos e de melhor qualidade, como fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da doença,^{3,16,18} contando com a ESF como parceiro para expansão das ações de controle.²² Tais desafios puderam ser evidenciados a partir dos relatos dos profissionais elencando a centralização dos serviços, a necessidade de encaminhar os exames para outras localidades e ainda, a demora na disponibilização dos resultados.

É válido ressaltar que para o diagnóstico, é necessária a realização de exames específicos; assim, a UBS ou o ambulatório, recebe o material de exame do paciente e encaminha ao laboratório de análises clínicas no município de referência,⁵ o que para muitos profissionais atrasa o diagnóstico. A disponibilidade imediata da bacilosscopia, além de colaborar na agilidade do diagnóstico, garante a integralidade da assistência.²¹

O laboratório referido pelos profissionais de saúde, LEPAC, é o único responsável da rede pública pela realização de exames para diagnóstico de TB na região e, além de atender os trinta municípios da 15^a Regional de Saúde, atende mais quatro regionais, totalizando 120 municípios.²³ O único município que realiza a bacilosscopia, o faz por meio de contratação de laboratório privado, o que foi referido por D-E7, 16 anos.

Quase todos os profissionais informaram que o tempo para receber o resultado do exame de bacilosscopia é de aproximadamente três semanas. Todavia, observou-se que a percepção de demora ou não para receber o resultado do exame diferiu entre os profissionais, apesar de o tempo ser o mesmo. Notou-se que a percepção de demora foi mais frequente entre os profissionais com menos tempo de atuação, o que os leva a valorizarem o funcionamento do serviço conforme o preconizado pelo PNCT, ao passo que os profissionais com maior tempo na mesma função demonstram que já se acostumaram com a demora dos serviços públicos de saúde.

Salienta-se que o tempo de três ou mais semanas é demasiadamente longo, visto que o PNCT considera oportuno que o resultado da bacilosкопia esteja disponível na rede ambulatorial no máximo em 24 horas. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, encontrou-se que o tempo médio para disponibilização do resultado para a equipe de saúde foi de duas semanas, considerado inaceitavelmente longo.²⁴

Mesmo preconizado pelo Ministério da Saúde, a oferta da baciloscopy de escarro não é comum para todos os municípios,³ visto que são de pequeno porte e não comportam a estrutura de diagnóstico e consultas especializadas. Desse modo, as ações precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas entre os diferentes atores, pois a insuficiente oferta do procedimento de coleta de escarro e análise do material exige, muitas vezes, o deslocamento dos casos para outros serviços.¹⁹ Ressalta-se que ao transferir os pacientes para outros serviços e, consequentemente, transferir a responsabilidade, coloca-se em risco a ação planejada da integralidade da atenção, dificultando o acesso ao exame, o que pode prejudicar o controle da doença.¹⁹

Quanto ao exame de imagem, que permite a diferenciação de imagens sugestivas de TB de outra doença, é um método de grande importância para a investigação e deve ser solicitado para todos os pacientes com suspeita clínica, permanecendo indispensável à realização da baciloscopy.⁶

Diante do exposto, é imprescindível qualificar os profissionais para recepcionar, atender, dialogar, escutar, tomar decisão, amparar e orientar os usuários, assumindo então, a responsabilidade de intervir na realidade, a partir das necessidades de saúde identificadas.¹⁵ Além disso, os profissionais precisam estar capacitados para realizar a suspeição e diagnóstico dos casos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; manter atualizado o sistema de informação e realizar ações preventivas e educativas junto à comunidade.¹⁹

Deveras, a unidade de saúde deve ter profissionais capacitados para fornecer informações claras ao doente, realizando educação em saúde, entendida como um conjunto de saberes que visa transferir o conhecimento científico, intermediado pelos profissionais, para a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença pode subsidiar a adoção de novos hábitos, comportamentos e condutas.¹²

Como limitações do estudo, aponta-se a dificuldade em entrevistar profissionais de saúde, decorrente da pouca disponibilidade de tempo, o que restringiu a duração de algumas entrevistas, e

até mesmo dificultou o aceite, por parte dos mesmos, em participar do estudo, ou ainda, exigiu a necessidade de remarcar algumas entrevistas. Outra limitação foi o fato de só ter sido incluído no estudo enfermeiros e médicos, já que seria importante conhecer também a perspectiva de usuários, gestores e demais profissionais envolvidos na assistência, de modo a identificar, de maneira mais abrangente, toda a complexidade envolvida na assistência a TB, o que possivelmente contribuiria na tomada de decisões relacionadas à melhoria das ações para o controle da TB.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo trazem à luz problemas inerentes a sociedade como um todo, de ordem política e social, bem como do sistema de saúde e da organização dos serviços de saúde que o compõem. Contudo, salienta-se a importância da ESF no processo de descentralização dos serviços de atenção primária, e no acesso equitativo e integral do paciente.

Os discursos dos profissionais demonstram que ainda existem obstáculos para o acesso integral ao diagnóstico de TB, em grande parte, por conta da incompletude da descentralização para os municípios. A descentralização permite um acesso equitativo e integral ao paciente próximo à sua residência, no entanto, a centralização tem oferecido maior disponibilidade de recursos para o diagnóstico. Entre os outros fatores, pontua-se a dificuldade da equipe em suspeitar de TB, mesmo diante de sinais e sintomas, e, em encontrar os sintomáticos respiratórios, seja por falta de informação da população, seja por despreparo da equipe.

Não obstante, reitera-se a necessidade de repassar à população em geral, informações sobre a doença, mais especificamente sobre sinais, sintomas, forma de transmissão e tratamento, inclusive ressaltando a possibilidade de um bom prognóstico quando da realização do tratamento adequado. Tais esclarecimentos são necessários para atenuar o estigma da população sobre a doença e diminuir a demora do paciente em procurar atendimento, conseguindo assim, um diagnóstico rápido e consequentemente um tratamento com menos complicações.

REFERÊNCIAS

1. Alves RS, Souza KMJ, Oliveira AAV, Palha PF, Nogueira JA, Sá LD. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(3):650-7.

2. Heck MA, Costa JSD, Nunes MF. Avaliação do Programa de Tuberculose em Sapucaia do Sul (RS): indicadores, 2000-2008. Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18(2):481-8.
3. Ponce MAS, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Neto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2013; 29(5):945-54.
4. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. Rev Latino-Am enfermagem. 2013; 21(spec):[08 telas].
5. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão de profissionais de uma unidade de Saúde da Família. Rev Enferm Saude. 2011; 1(1):24-32.
6. Ministério da Saúde (BR). 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. 168p.
7. Maciel ELN, Araujo WK, Giacomin SS, Jesus FA, Rodrigues PM, Dietze R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(Supl.1):1395-402.
8. Trigueiro JVS, Silva ACO, Gois GAS, Almeida SA, Nogueira JA, Sá LD. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. Cienc Cuid Saude. 2009; 8(4):660-6.
9. Silva EM, Assis MMA, Villa TCS, Scatena LM. Coordenação dos serviços de atenção primária a saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. Rev Baiana Saúde Pública. 2010; 34(2):227-39.
10. Selig L, Geluda K, Junqueira T, Brito R, Trajman A. A tuberculose no cotidiano médico e o efeito bumerangue do abandono. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(1):113-22.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da estratégia saúde da família no controle da tuberculose. Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):954-61.
13. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(3):549-57.
14. Barréto AJR, Sá LD, Nogueira JA, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado a tuberculose. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(7):1875-84.
15. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2008; 24(sup 1):100-10.
16. Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. Rev Rene. 2012; 13(4):784-93.
17. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. Cad Saúde Colet. 2012; 20(2):177-87.
18. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? Cad Saúde Colet. 2012; 20(2):188-94.
19. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Neto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso as ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(2):144-57.
20. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):111-8.
21. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZP, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(6):461-8.
22. Sá LD, Rodrigues DCS, Barréto AJR, Oliveira AAV, Pinheiro PGOD, Nogueira JA. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. Cogitare Enferm. 2011; 16(3):437-42.
23. Takao EKH, Castilho AL, Caleffi-Ferracioli KR, Siqueira VLD, Cardoso RF, Mathias TAF. Perfil epidemiológico da tuberculose na 15ª Regional de Saúde de Maringá-PR, no período de 2005 a 2010. Rev Saúde e Biol. 2013; 8(1):14-20.
24. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. J Bras Pneumol. 2012; 38(2):202-9.

Correspondência: Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio
Av Colombo, 5.790 - Bloco 02
87020-900- Jardim Universitário, Maringá, PR, Brasil
E-mail: pollymantelo@gmail.com

Recebido: 04 de abril de 2014
Aprovado: 03 de dezembro de 2014