

**ARTIGO DE REVISÃO****ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA***ANALYSIS OF ATTRIBUTES OF PRIMARY HEALTH AT ATTENTION TO TUBERCULOSIS IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW**ANÁLISIS DE LOS ATRIBUTOS DE PRIMARIA DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN A LA TUBERCULOSIS EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRAL**Livia Maria Gomes Lopes<sup>1</sup>, Nayara Figueiredo Vieira<sup>2</sup>, Francisco Carlos Félix Lana<sup>3</sup>.***RESUMO**

Trata-se de uma revisão integrativa. O objetivo foi analisar se os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde estão contemplados nas ações de controle da tuberculose. A amostra constituiu-se de 21 artigos coletados nas bases de dados BVS, Pubmed e ISI no período de novembro a dezembro de 2013. Ao realizar a análise do atributo atenção ao primeiro contato, percebeu-se que o diagnóstico da TB é realizado principalmente nos serviços de urgência e no serviço especializado. No atributo longitudinalidade, os estudos mostram que a rotatividade de profissionais prejudica a formação de vínculo. Quanto ao atributo integralidade, foi identificada a condução dos tratamentos focados na dimensão biológica do processo de adoecimento. Na coordenação os resultados mostram que o sistema de referência e contrarreferência é ineficaz. Quanto ao enfoque familiar, os estudos apontaram que os profissionais conversam pouco com a família sobre a doença. Acerca da orientação para a comunidade, identificou-se que os serviços de saúde desenvolviam trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB, mas não buscavam parcerias sociais para auxiliar nas ações de controle da doença. Acredita-se que a assistência pautada nos atributos da APS é de melhor qualidade e auxilia na adesão do paciente ao tratamento.

**Descritores:** Avaliação de serviços de saúde; Atenção primária à saúde; Tuberculose.

**ABSTRACT**

This is an integrative review. The objective was to examine whether the essential attributes and derived from Primary Health Care are included in efforts to control tuberculosis. The sample consisted of 21 items collected in databases BVS, Pubmed e ISI in the period from November to December 2013. When performing the analysis of the attribute importance to the first contact, it was realized that the diagnosis of TB is mainly performed in emergency services and specialized service. In longitudinality attribute, studies show that staff turnover affect bond formation. Regarding the completeness attribute was identified to conduct the treatments focused on the biological dimension of the disease process. In coordinating the results show that the reference system is ineffective. About family focus, studies showed that the professionals talk little with family about the disease. In the orientation to the community, it was identified that health services developed educational activities to inform the community about TB, but do not seek social partnerships to assist in efforts to control the disease. It is believed that the assistance guided by the attributes of the APS is of better quality and assists in patient adherence to treatment.

**Keywords:** Health services evaluation; Primary health care; Tuberculosis.

**RESUMEN**

Se trata de una revisión integradora. El objetivo fue examinar si los atributos esenciales y los derivados de la atención primaria de salud se incluyen en los esfuerzos por controlar la tuberculosis. La muestra estuvo conformada por 21 artículos, recogida en las bases de datos de la BVS, Pubmed e ISI en el período comprendido entre noviembre y diciembre 2013. Al realizar el análisis de la importancia que atribuyen a la primera toma de contacto, se dio cuenta de que el diagnóstico de la tuberculosis se realiza principalmente en los servicios de emergencia y atención especializada. En atributo longitudinalidad, los estudios muestran que la rotación de personal afecta a la formación de enlaces. En cuanto a la integridad atributo se identificó para llevar a cabo los tratamientos se centraron en la dimensión biológica del proceso de la enfermedad. Al coordinar los resultados muestran que el sistema de referencia es ineficaz y el contador. En cuanto a la atención de la familia, los estudios mostraron que los profesionales hablan

poco con la familia sobre la enfermedad. Acerca de orientación comunitaria se identificó que los servicios de salud desarrollan actividades educativas para informar a la comunidad sobre la TB, pero no buscan alianzas sociales para ayudar en los esfuerzos para controlar la enfermedad. Se cree que la asistencia guiada por los atributos de la APS es de mejor calidad y ayuda a la adhesión del paciente al tratamiento.

**Descritores:** Evaluación de servicios de salud; Atención primaria de salud; Tuberculosis.

---

<sup>1</sup> Enfermeira especialista em saúde coletiva com ênfase em atenção básica, <sup>2</sup> Mestranda do programa de Pós Graduação Em Enfermagem Da Universidade Federal De Minas Gerais. Bolsista Capes. Linha de pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos. Atualmente desenvolve um projeto de avaliação de desempenho da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase. Participa Núcleo De Estudos E Pesquisas Em Hanseníase - NEPHANS. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (2008-2011), <sup>3</sup> Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1981), Especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (1988), Mestrado (1992) e Doutorado (1997) em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Professor Associado IV do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Diretor da Escola de Enfermagem da UFMG Gestão 2002-2006 e Editor Geral da Revista Mineira de Enfermagem (período 2003 a 2008). Atua na graduação na área de enfermagem na atenção primária à saúde e no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na área da saúde coletiva, desenvolvendo a linha de pesquisa "Promoção, Prevenção e Controle de Agravos à Saúde", com ênfase na abordagem de políticas e programas de saúde, epidemiologia, vigilância à saúde e organização de serviços dirigidos às doenças crônicas não-transmissíveis e infecciosas e parasitárias com ênfase em hanseníase. Exerce atualmente o cargo de Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Hanseníase - NEPHANS. Participa do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (NIEPE) e do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Coordenador da Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem Brasil (BVS Enfermagem) e da BVS Enfermeria Internacional, projetos desenvolvidos em parceria com a BIREME/OPAS/OMS, Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Enfermagem, centros de pós-graduação da enfermagem brasileira e instituições de enfermagem no âmbito ibero-american.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch<sup>(1)</sup>. O bacilo tem como característica a propagação através do ar, por meio de gotículas expelidas por um doente com tuberculose (TB) pulmonar no ato de tossir, espirrar ou falar em voz alta<sup>(1)</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>(2)</sup> adota como uma medida de prevenção a vacinação com Bacillus Calmette-Guérin (BCG) intradérmico ao nascer, que confere poder protetor às formas graves da doença. A principal ação de saúde pública que pode interromper a cadeia de transmissão é a identificação do sintomático respiratório (SR) para o seu diagnóstico e tratamento precoce. Considera-se SR toda pessoa com tosse, acompanhada ou não de expectoração, por três semanas ou mais<sup>(2)</sup>.

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que concentram 80% da carga mundial de TB<sup>(2)</sup>. Segundo dados no Ministério da Saúde<sup>(3)</sup> no País foram notificados 70.047 casos novos em 2012.

Em 1993, a OMS declarou a TB com uma emergência mundial e passou a recomendar a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado) como resposta global para o controle da doença. A estratégia prevê que o paciente receba a medicação e tome-a diretamente observada

por um profissional de saúde treinado. O tratamento de pessoas infectadas é a atividade prioritária de controle da TB, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão<sup>(2)</sup>. “A estratégia DOTS visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura”<sup>(2)</sup>.

No Brasil, a estratégia foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em 1998, sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalho, visando à incorporação das ações de controle da TB no âmbito da atenção primária<sup>(4)</sup>. O processo de implantação do SUS no Brasil, que se deu a partir da década de 1990, caminhou para o fortalecimento da atenção primária à saúde. O sistema passa então a ser organizado em rede de forma descentralizada, onde os municípios assumem a gestão dos serviços de saúde.

Desse modo, este estudo objetivou analisar como os atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde estão sendo trabalhados nas ações de controle da tuberculose no Brasil. Tais atributos são considerados elementos inter-relacionados e fundamentais para o desenvolvimento de uma atenção primária à saúde de qualidade.

A identificação dos atributos e a presença destes são fundamentais para definição de serviços orientados para a APS, seguindo os preceitos do SUS como a integralidade e a qualidade da assistência ao

portador de TB. No momento que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, ele se torna capaz de prover atenção de melhor qualidade, resolutiva e integral <sup>(5)</sup>.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa com etapas pré-determinadas. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados

Desta forma, acredita-se que a presença dos atributos essenciais e derivados qualifiquem as ações dos serviços de atenção primária, favorecendo a adesão ao tratamento da TB no sentido de diminuir o abandono do tratamento.

nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores <sup>(6)</sup>. Nesta revisão integrativa foram utilizados como base referencial os atributos definidos por Starfield<sup>(7)</sup>, conforme descrito na Figura 1.

Figura 1 - Dimensões de análise da atenção primária à saúde

	Dimensão de análise	Definição
ATRIBUTOS ESSENCIAIS	Atenção ao primeiro contato	Implica acesso e uso do serviço de APS a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
	Longitudinalidade	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.
	Integralidade	A integralidade será estimulada pelo desenvolvimento de sistemas integrados, de forma que o nível mais adequado de atenção tenha a responsabilidade de fornecer os serviços apropriados.
	Coordenação do cuidado	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.
ATRIBUTOS DERIVADOS	Enfoque familiar	Pressupõe o indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar.
	Orientação para a comunidade	Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser identificado e reconhecido no atendimento às demandas da comunidade.

Fonte: Adaptado de Starfield (2002).

Na operacionalização da revisão, utilizaram-se as seguintes etapas <sup>(8)</sup>: definição do tema e da questão norteadora; definição dos descritores e objetivos; busca na literatura e critérios para seleção da amostra; categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos na revisão; apresentação da revisão.

As buscas pela literatura foram realizadas no período de novembro a dezembro de 2013. Para a seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: Web of science (ISI), Pubmed e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE).

Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo os seguintes: atenção primária à saúde, avaliação de serviços de saúde e tuberculose.

Para delimitar o problema, formulou-se a seguinte questão para guiar a revisão integrativa: as práticas das ações de controle da atenção à TB no Brasil estão norteadas nos atributos da APS?

Foram elaborados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos estudos: artigos disponíveis eletronicamente em texto completo e gratuito, publicados nos últimos 10 anos (2003 a 2013), idioma português e inglês e que abordassem de

forma direta em sua pesquisa, pelo menos um dos atributos da atenção primária à saúde (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família e orientação para a comunidade). Os critérios de exclusão estabelecidos foram: produção duplicada, editoriais, anais de congressos e artigos que não respondiam a pergunta formulada para este estudo.

Na busca, realizou-se a leitura de todos os títulos selecionados e os resumos resultantes. Caso o resumo fosse suficiente para estabelecer a inclusão do artigo, os artigos selecionados eram obtidos em versão integral para confirmação da pertinência e inclusão no estudo. Nos casos em que a leitura do título e do resumo não era suficiente, o mesmo foi lido na íntegra para determinar sua pertinência.

A estratégia de busca na base de dados BVS foi realizada a partir das seguintes combinações: Tuberculose and Atenção Primária à Saúde que gerou 145 artigos. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão a partir da leitura dos títulos, resumos e do texto na íntegra, caso fosse necessário, a amostra final desta primeira combinação foi de 14 artigos. A segunda combinação foi entre os descritores, Avaliação de Serviços de Saúde and Tuberculose, que resultou em 54 artigos, sendo incluídos 3 artigos.

Na base de dados PUBMED, foram utilizadas as seguintes associações: Tuberculose and Atenção Primária à Saúde que resultou em 291 artigos. Após análise de

títulos e resumos, foram selecionados 2 artigos. Outra associação foi Avaliação dos Serviços de Saúde And Tuberculose, que gerou 334 artigos, sendo 1 artigo incluído para o estudo.

Na base de dados ISI, foi associado Tuberculose And Atenção Primária à Saúde que resultou em 45 artigos, sendo selecionado 1 artigo para o estudo. A combinação Avaliação dos Serviços de Saúde and Tuberculose não obteve resultados nesta base de dados.

Para que se obtivesse um controle das referências bibliográficas, realizou-se o download dos estudos pré-selecionados na íntegra, salvando-os em um arquivo pessoal da pesquisadora, facilitando o acesso aos dados sempre que necessário. Os estudos foram identificados pelo título da pesquisa e numerados em ordem crescente.

A coleta de dados dos artigos incluídos na revisão integrativa foi efetuada mediante aplicação de um instrumento de coleta adaptado de Ursi<sup>(8)</sup> e uma planilha desenvolvida pela autora no Excel. Para síntese dos artigos, definiram-se os seguintes enfoques: título, autor, ano, nome da revista, atributo, conceito utilizado, tipo de pesquisa, principais resultados e conclusão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 21 artigos selecionados, 81% foram encontrados na base de dados BVS. Em relação ao idioma, a maioria era no idioma

português, correspondendo a 90,4%, seguidos do idioma inglês (9,52%).

Dos 21 artigos selecionados para este estudo, foi observado que as publicações relativas ao objeto de estudo iniciaram-se a partir do ano de 2009. A implantação do SUS no Brasil deu-se a partir da década de 1990 e em 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial <sup>(9)</sup>. Pode-se presumir a possível razão de serem encontrados estudos a partir de 2009 ao fato desse novo modelo de saúde ser uma proposta recente que se expandiu nos últimos anos e ao fato de que em muitos municípios, o processo de descentralização das ações para a APS, ainda está em andamento.

Foi observada uma diversidade de periódicos na amostra selecionada para este estudo. Destaca-se a Revista Latino-Americana de Enfermagem (28,6%) com o maior número de publicações da amostra em questão. o que se justifica pela sua tendência a publicações voltadas à atenção primária à saúde.

A Figura 2 apresenta uma síntese dos estudos incluídos nesta revisão. Foi atribuída uma numeração a cada estudo (E1 a E21). O registro dos artigos foi realizado em um instrumento contendo os seguintes aspectos: título, autores, ano, revista, tipo de pesquisa e atributo da APS.

Figura 2 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, autor(es), ano, revista, tipo de pesquisa e atributo da atenção primária à saúde

	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipo de pesquisa</b>	<b>Atributo</b>
<b>E1</b>	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.	Ponce, Maria Amélia Zanon et al.	2013	Caderno de Saúde Pública	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
<b>E2</b>	Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil	Villa, Tereza Cristina Scatena et al.	2013	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
<b>E3</b>	A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP	Oliveira, Mayra Fernanda de et al.	2011	Revista de enfermagem da USP	Quanti e Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
<b>E4</b>	Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil	Scatena, Lúcia Marina et al.	2009	Revista de Saúde Pública	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
<b>E5</b>	Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB	Marcolino, Alinne Beserra Lucena et al.	2009	Revista Brasileira de epidemiologia.	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
<b>E6</b>	Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família	Clementino, Francisco de Sales; Mirandal, Franc	2010	Revista de enfermagem da UERJ	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Entrevistas gravadas	Atenção ao primeiro contato

isco Arnaldo  
Nunes de

E7	Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes	Palha, Pedro Fredemir et al.	2012	Revista da escola de enfermagem da USP	Quantitativa e qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
E8	Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde	Arakawa, Tiemi et al.	2011	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
E9	O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro	Santos, Tatiana Maria Melo Guimarães dos et al.	2012	Revista de enfermagem da UERJ	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
E10	Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose.	Figueiredo, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al.	2009	Revista de Saúde Pública	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
E11	Health services performance for tb treatment in Brazil: a cross-sectional study	Villa, Tereza CS et al.	2011	BMC Health Services Research	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato; Longitudinalidade Coordenação e Enfoque familiar

E12	Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view	Motta, Catarina Salvador da.	2009	Int J Tuberc Lung Dis.	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato
E13	Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista	Ponce, Maria Amélia Zanon et al.	2011	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Longitudinalidade
E14	As concepções de vínculo e a relação com o controle da TB	Gomes, Anna Luiza Castro; Sá, Lenilde Duarte de Sá.	2009	Revista Escola de Enfermagem da USP.	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> grupo focal	Longitudinalidade
E15	Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família	Alves, Rayanne Santos et al.	2012	Texto e contexto - enf.	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> entrevista semiestruturadas gravadas	Integralidade
E16	Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais.	Trigueiro, Janaína Von Söhsten et al.	2011	Rev. Latino-Americana de Enfermagem	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> entrevista semiestruturada	Coordenação da atenção
E17	A coordenação da assistência no controle da tuberculose	Assis, Elisangela Gisele de et al.	2012	Revista Escola de Enfermagem da USP	Quantitativa <i>Instrumento para a coleta de dados:</i> questionário	Coordenação da atenção

E18	Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil	Silva, Elisângela Mascarenhas et al.	2010	Revista Baiana Saúde Publica.	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Coordenação
E19	Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade	Oliviera, Sônia Aparecida da Cruz et al.	2009	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Centralização na família e orientação para a comunidade
E20	Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose	Nogueira, Jordana de Almeida et al.	2011	Revista brasileira de epidemiologia.	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Centralização na família e orientação para a comunidade
E21	Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária	Curto, Márcio et al.	2010	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Orientação para a comunidade

O atributo atenção ao primeiro contato foi o mais frequentemente citado como objeto de estudo dos artigos selecionados, representando um total de 46% dos estudos.

Ao analisar os conceitos do atributo atenção ao primeiro contato, observou-se que em alguns, os serviços de APS são os mais procurados ao início dos sintomas de TB (E3 e E9). Em outros (E1 e E4) o serviço de urgência foi o mais procurado como porta de entrada. O estudo E2 obteve a mesma proporção de procura da APS e serviço de urgência. A APS foi menos representativa na detecção dos casos de TB, apresentando maior atraso e menor proporção de diagnóstico (E1, E2, E3, E4, E9), sendo este obtido no serviço de urgência ou no serviço especializado.

Alguns estudos referem que esse resultado pode estar relacionado à inadequada qualificação profissional (E1, E2, E3), sobrecarga de funções (E3), horários rígidos de funcionamento (E1, E6, E12) e número de determinado de consultas (E1), organização local dos serviços de saúde (E2) aliados a hábitos culturais em procurar o hospital (E1, E4). O estudo E1 fez uma comparação entre três serviços de saúde: atenção básica, unidade de pronto-atendimento e o serviço especializado. A atenção básica esteve associada à procura do usuário pelo serviço de saúde mais próximo de seu domicílio, obtenção de consulta em mais de 24 horas e mais de três visitas aos serviços de saúde para obtenção

do diagnóstico. Quanto à agilidade em se obter uma consulta médica para os doentes de TB, alguns outros estudos referiram ser possível no prazo de 24 horas (E12, E24).

Os artigos E10 e E12 apresentaram como resultado que a maioria dos entrevistados perdeu um dia de trabalho ou compromisso para consultar. O estudo E10 encontrou que 65% necessitaram utilizar o transporte motorizado.

O serviço de urgência e o especializado foram os que mais realizaram diagnóstico de TB, o que demonstra pouca atuação da atenção primária em relação à atenção secundária e terciária. Constata-se então que parcelas importantes de usuários com TB são frequentemente diagnosticados em outras portas de entrada do sistema de saúde. Há diferenças na capacidade diagnóstica entre as unidades de saúde. O serviço de urgência e o especializado dispõem de algumas ferramentas que colaboram na agilidade do diagnóstico, como por exemplo, a disponibilidade imediata para a realização da baciloscopia e de exames de imagem, além da presença de profissionais com diversas especializações<sup>(10)</sup>.

Existem algumas barreiras que podem comprometer o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB<sup>(11)</sup>, como por exemplo, a debilidade quantitativa de profissionais, sobrecarga de funções e a insuficiente qualificação profissional das equipes para lidarem com a doença. Sendo

assim, há uma necessidade que envolve a unidade básica de saúde (UBS) no sentido de preparar, motivar e sensibilizar a equipe a assumir responsabilidades referentes ao controle da doença. E há também uma necessidade de responsabilização dos gestores referente ao adequado investimento na alocação e capacitação de recursos humanos.

O cumprimento da atenção primária à saúde como serviço de porta de entrada com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde implica acessibilidade (geográfica, temporal e cultural) <sup>(9)</sup>. Desta forma, os horários rígidos e limitados de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e formas quase sempre presenciais de marcação de consultas, são dificuldades para o usuário e comprometem o acesso, especialmente nos grandes centros, em que parcelas importantes da população têm uma vida economicamente ativa.

Os serviços de urgência possuem algumas facilidades de acesso como atendimento em qualquer dia e horário, diferentemente das unidades de APS que possuem dias e horários determinados de funcionamento <sup>(10)</sup>.

No atributo longitudinalidade, os artigos E13 e E14 mostraram em seus resultados que os doentes de TB são atendidos pelo mesmo profissional durante o tratamento. Os estudos E11 e E13 mostraram que os profissionais anotam as queixas do doente no prontuário e que os profissionais

conversam com os doentes de TB sobre outros problemas de saúde, além da própria doença.

O E13 revelou que os profissionais esclarecem dúvidas sobre a medicação de rotina utilizada para tratamento da TB. O E14 obteve em seus resultados que a rotatividade de profissionais prejudica a construção do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário.

Ser atendido pelo mesmo profissional e ter todos os registros de atendimentos anotados no prontuário, facilita a avaliação da evolução dos problemas encontrados em consultas anteriores, além de favorecer uma aproximação e fortalecimento da relação interpessoal.

A continuidade da informação, considerada a base da longitudinalidade, diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde. Este acúmulo de conhecimento, que é dinâmico, deve orientar a conduta terapêutica e favorecer a avaliação da mesma <sup>(12)</sup>.

Esclarecer dúvidas acerca da medicação, além de conversar sobre outros assuntos de saúde, além da TB, fortalece as relações interpessoais, contribuindo na construção do vínculo. permite que o profissional veja o paciente de forma holística, facilitando a identificação de necessidades do paciente. Uma boa relação com o paciente envolve confiança, boa

comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo <sup>(12)</sup>.

A instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que isto provoca no profissional, tem sido apontada como uns dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do programa de saúde da família (PSF) <sup>(13)</sup>, prejudicando a continuidade e efetivação das ações em saúde.

A rotatividade de profissionais encontrada neste estudo, afeta a interação profissional/doente, pois interrompe a continuidade da assistência e formação do vínculo. um elemento que prejudica a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB e que merece atenção é a rotatividade dos profissionais, relacionada à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde, trazendo como consequência, a dificuldade para o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os doentes <sup>(11)</sup>.

Quanto ao atributo Integralidade, o estudo E15 identificou em sua pesquisa a ausência de escuta solidária, condução dos tratamentos focados na dimensão biológica do processo de adoecimento, incipiente autonomia dos usuários em seu projeto terapêutico e o cuidado limitado à verificação da ingestão ou não do medicamento e alguns aspectos apenas clínicos.

Práticas como estas em que há supervalorização do aspecto biológico, não garantem uma assistência voltada à integralidade. O modo de operar o cuidado não deve se limitar a um saber exclusivamente técnico, mas sim ao de uma perspectiva mais abrangente do cuidado.

O que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde <sup>(14)</sup>.

O conhecimento do paciente acerca do processo de adoecimento influencia a percepção da doença e a adesão ou não adesão ao tratamento. Quanto mais conhecimento o doente tem acerca da doença, maior é a autonomia diante do problema. No modelo biomédico, por ser centrado na doença, não se promove a autonomia do paciente, uma vez que não há preocupação em esclarecer ao sujeito do cuidado o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas <sup>(12)</sup>.

No atributo Coordenação da atenção, os estudos E11 e E17 identificaram que os profissionais da atenção primária avisam sobre o agendamento de consultas no serviço especializado, E11 e E18 verificaram que há disponibilidade de resultados de exames na unidade de saúde.

Os artigos E17 e E18 identificaram problemas no sistema de referência e contrarreferência, principalmente na

contrarreferência, como insuficiência de informações escritas do especialista no retorno do paciente a atenção primária. Nas duas pesquisas (E17 e E18) praticamente não havia discussão da consulta especializada do paciente com o profissional de saúde da atenção primária. E O E18 verificou que a maioria dos profissionais não demonstrou interesse em saber se o paciente foi bem atendido pelo especialista. o E16 mostrou um modelo de organização verticalizado e fragmentado.

Instrumentos de referência e contrarreferência representam importante mecanismo para integração dos serviços de saúde. A não efetivação dos sistemas de referência e contrarreferência constituem-se em uma deficiência importante no

contexto do SUS, uma vez que este se configura como peça fundamental para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade, a equidade, pois sem o funcionamento adequado deste sistema não há garantia de continuidade da assistência <sup>(15)</sup>.

A organização dos serviços denota falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde. É preciso investir em tentativas de maior integração entre os serviços a fim de determinar o fluxo dos usuários dentro do serviço de saúde.

Na Figura 3 apresenta as principais potencialidades e fragilidades encontradas para os atributos essenciais da APS.

Figura 3 - Potencialidades e Fragilidades encontradas para os atributos essenciais da atenção primária à saúde

Atributo Essencial	Potencialidades	Fragilidades
<b>Atenção ao primeiro contato</b>	Realização do tratamento mais próximo do domicílio: facilita a supervisão do tratamento, contribuindo para a adesão. Obter consultas no prazo de 24 hs: maior resolutividade na visão do usuário, contribuindo para a adesão ao tratamento.	A APS foi menos representativa no diagnóstico da TB: baixa resolutividade da APS, diagnóstico tardio, formas mais avançadas da doença.
<b>Longitudinalidade</b>	Ser atendido pelo mesmo profissional de saúde ao longo do tratamento: facilita o estabelecimento de vínculos. Anotar as queixas no prontuário: garante a continuidade do tratamento. Profissional esclarecer dúvidas e conversar sobre outros problemas além dos de saúde: favorece a relação interpessoal e estabelecimento de vínculos.	Não conversar com o doente sobre outros assuntos que não sejam relacionados à doença: fragiliza as relações interpessoais. Rotatividade de profissionais: compromete a formação de vínculos.
<b>Integralidade</b>	Considerar todos os aspectos que envolvem o indivíduo para além da sua doença: permite conhecer as reais necessidades do indivíduo.	Centralização no modelo biomédico: assistência fragmentada em que o indivíduo não é visto em sua integralidade. Pouca autonomia dos doentes: sujeitos não assumem sua

Coordenação da atenção	Ajuda dos profissionais para agendar consultas com especialistas quando necessário; disponibilidade de resultados de exames na unidade de saúde: aumenta satisfação do usuário facilitando na adesão ao tratamento. Sistema de referência e contrarreferência eficaz: garante a continuidade da assistência.	corresponsabilidade no processo terapêutico. Sistema de referência e contrarreferência que funcionam de forma ineficaz: descontinuidade da assistência. Ausência ou pouca discussão dos resultados da consulta do especialista com o profissional de saúde: compromete a continuidade da assistência.
------------------------	---	--

Em relação aos atributos derivados da APS, no enfoque familiar, os estudos E19 e E20 apresentaram que os profissionais de saúde sempre pedem informações sobre as condições de vida dos doentes e da sua família. Já o E11 constatou em sua pesquisa que os profissionais pouco perguntam sobre condições de vida do paciente e sua família. O E20 identificou que os prontuários são organizados por núcleo familiar, o que permite conhecer a dinâmica contextual dos indivíduos, sendo possível pensar em um tratamento integrando à família.

Os três estudos (E11, E19, E20) constataram que há investigação de TB nos comunicantes familiares com entrega do pote para coleta do exame de escarro, seguindo a recomendação do Ministério da Saúde <sup>(2)</sup>.

Nos estudos E11 e E19 os resultados mostraram que os profissionais de saúde conversam pouco com os familiares acerca a doença e outros problemas de saúde. O envolvimento da família no processo terapêutico é fundamental para o enfrentamento da doença, uma vez que influencia na adoção de hábitos, estilos e condutas.

Tanto o doente quanto sua família devem ser orientados sobre a doença, a fim de que todos possam se envolver no processo de tratamento do doente com TB. A falta de informação e as representações negativas relacionadas à doença estavam associam-se ao abandono do tratamento <sup>(16)</sup>.

O que faz toda diferença no processo são, justamente, as características pessoais, a forma como cada indivíduo e cada família encontra para lidar com suas dificuldades, que fornecem subsídios norteadores sobre como começar e que caminho seguir no trabalho terapêutico <sup>(17)</sup>.

No atributo orientação para a comunidade, em dois estudos (E19 e E20) a unidade de saúde não avaliou a resolutividade dos serviços oferecidos na percepção do usuário. porém o E21 mostrou que os serviços realizaram esta avaliação.

Todos os estudos tiveram como resultado que os serviços de saúde desenvolviam propagandas, campanhas, trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB. O E19, E20 e E21 mostraram que o serviço de saúde não busca parcerias sociais, ou seja, outras instituições (igreja e escola) na comunidade para

contribuir nas ações de controle da TB, ou seja, identificação de sintomáticos respiratórios, orientação e oferecimento do pote para coleta de escarro, entre outras. Os três estudos também mostraram que os profissionais não solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir sobre o problema da TB.

Desenvolver trabalhos educativos é de suma importância para que a população aproprie-se do problema para terem condições de efetivamente participarem das questões de saúde. Orientar a população sobre todos os aspectos que envolvem a doença contribui com o controle da mesma.

A educação em saúde é uma importante estratégia para a redução das taxas de abandono do tratamento da doença, pois a falta de informação ou a sua inadequada assimilação concorre para uma ingestão não apropriada da medicação e/ou interrupção do tratamento. Nesse enfoque se reconhece que a educação em saúde favorece o autocuidado, pois aumenta a capacidade das pessoas cuidarem de si mesmas <sup>(16)</sup>.

É fundamental contar com o apoio dos doentes de TB e da comunidade, visando estimular o controle da TB e a mobilização social <sup>(2)</sup>. O problema que se observa na prática das equipes de Saúde da Família recai sobre a abordagem de uma educação em saúde reducionista, na qual se encontram cristalizados processos de trabalho pouco capazes de mobilizar a

participação de comunidades em seus contextos <sup>(18)</sup>.

A baixa representatividade social evidencia um baixo envolvimento da comunidade com relação à problemática da tuberculose. Sendo assim, a população necessita ser informada acerca das ações que envolvam o controle da TB, como também terem a consciência da corresponsabilidade neste processo. Então é preciso criar alternativas que promovam a autonomia destes sujeitos. O ideal seria que as práticas educativas constituíssem um instrumento de participação popular nos serviços de saúde e ao mesmo tempo de contribuição na vida cotidiana das famílias e da sociedade.

A Figura 4 apresenta as principais potencialidades e fragilidades encontradas para os atributos derivados da APS.

Figura 4 - Potencialidades e Fragilidades encontradas para os atributos derivados da atenção primária à saúde

Atributo Derivado	Potencialidades	Fragilidades
<b>Enfoque familiar</b>	Profissionais de saúde perguntam sobre condições de vida do doente e sua família: permite conhecer o contexto do indivíduo doente que pode contribuir para a adesão ao tratamento. Prontuários organizados por núcleo familiar: admite o acompanhamento da dinâmica da família e criação de planos terapêuticos considerando a dinâmica familiar. Investigação de TB nos comunicantes familiares: ação de controle da doença.	Profissionais de saúde conversam pouco com a família acerca da doença e de outros problemas de saúde: diminui o envolvimento da família no processo terapêutico que pode resultar em abandono do tratamento.
<b>Orientação para a comunidade</b>	Realização de propagandas, campanhas e trabalhos educativos: mantém a população informada acerca da doença (sinais e sintomas, diagnóstico precoce) e diminui o preconceito acerca da doença.	As unidades não avaliam a resolutividade dos serviços oferecidos: o serviço acaba não conhecendo se o que ele oferece está de acordo com as expectativas/necessidades da população. Não desenvolvimento de parcerias com outros setores da comunidade: enfraquece as ações comunitárias que poderiam contribuir para o controle da TB. Baixa representatividade social: enfraquece o envolvimento da comunidade com as ações de saúde.

## FINAIS

A proposta deste estudo foi realizar uma busca na literatura científica de artigos que abordassem diretamente um dos atributos da APS, a fim de verificar como estes atributos estão sendo trabalhados nas ações de controle da TB.

Após toda a análise dos dados deste estudo, foi possível perceber que os atributos ainda não estão totalmente incorporados nas práticas de atenção à TB das unidades de APS. tendo em vista que ainda há componentes destes atributos que

funcionam de forma incipiente e/ou ineficaz.

É clara a necessidade de mudanças nos serviços de APS que se configuram como porta de entrada do SUS, para que sejam capazes de efetivamente realizar todas as ações de controle da doença que são preconizadas.

É preciso determinar o fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde, estruturando-o e melhorando-o. Um dos grandes desafios do SUS é qualificar a atenção primária para exercer a chamada coordenação do cuidado, que seja capaz estabelecer um contato articulado entre os

serviços especializados e a APS, para que se forneçam respostas adequadas às necessidades dos usuários.

Percebemos várias carências como a presença do modelo fragmentado com ênfase no biológico. A assistência é fragmentada, resultante de um modo de trabalho parcelado em que não considera o todo do indivíduo. Os usuários do sistema de saúde têm necessidades singulares e particulares que o profissional de saúde precisa estar atento. compreender, buscando identificar o que é necessidade do outro, faz parte do processo de planejamento do cuidado.

Superar o modelo hegemônico médico-centrado, não é tarefa fácil, mas é necessário caminhar para uma gestão mais participativa, coletiva, além de processos de trabalhos mais integrados onde o paciente com toda a sua subjetividade, seja o foco da atenção, atendendo-o em suas necessidades.

Este estudo apresenta como limitações as poucas publicações científicas acerca do tema. a discussão disponível na literatura sobre os atributos da APS aplicado às ações de controle da TB ainda são insuficientes.

Espera-se que a importância da incorporação desses atributos no cotidiano de práticas da atenção à TB, sobre um olhar mais compreensivo e abrangente, seja reconhecida pelos serviços de saúde de modo a fortalecer o desempenho da APS e proporcionar maior resolutividade da atenção.

## REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª edição. Brasília, 2002.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Boletim Eletrônico Epidemiológico [Internet]. 2013. [Acesso em 27 dez 2013] Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaud e/arquivos/pdf/2013/Abr/10/boletim2\\_2013 \\_tb\\_web.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaud e/arquivos/pdf/2013/Abr/10/boletim2_2013 _tb_web.pdf)
- 4- Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino-Neto A, Nogueira NA et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. Rev. Saúde Públ. 2009 set; 43(5): 825-31
- 5- Fiocruz. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. Rio de Janeiro. 2008.
- 6- Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e sociedade. 2011 mai/agosto; 5(11):121-36.
- 7- Starfield, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde/ Unesco; 2002.

8 - Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1):102-6.

9- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev. Panam. Salud Públ. 2007; 21 (2):164-76.

10- Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, 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 Públ. 2012; 31(6): 461-8.

11- Moroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Netto AR, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):262-7.

12- Cunha EM; Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. saúde colet. 2011; 16(1): 1029-42.

13- Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm. 2008 fev; 62(1): 113-18.

14- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004 set-out; 20(5): 1411-16.

15- Pontes APM, Oliveira DC, Cesso RGD, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que

pensam os usuários? Esc. Anna Nery. 2009 jun-set; 13(3): 500-07.

16- Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Rev. Texto Contexto Enferm. 2007 out-dez; 16(4): 712-8.

17- Givigi RCN, Santos AS, Ramos GO. Um novo olhar sobre participação da família no processo terapêutico. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2011; 22(3): 221-28.

18- Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. 2013 jan/mar; 15(1): 103-11.

**Recebido em:** 03/08/2014

**Versão final rerepresentada em:** 26/05/2015

**Aprovado em:** 26/05/2015

#### **Endereço de correspondência**

Francisco Carlos Félix Lana  
Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, Sala 402, CEP 30130-100, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte.  
E-mail: xicolana@enf.ufmg.br