

Tuberculose: análise do percurso do doente durante o tratamento em Ribeirão Preto/SP

Maria Eugenia Firmino Brunello¹, Nathalia Halax Orfão², Rubia Laine de Paula Andrade³, Gabriela Tavares Magnabosco⁴, Tiemi Arakawa⁵, Aline Aparecida Monroe⁶, Reinaldo Antonio da Silva-Sobrinho⁷, Antônio Ruffino Netto⁸, Tereza Cristina Scatena Villa⁹

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Professora Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: mefb_usp@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Professora Adjunto da Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, RO, Brasil. E-mail: nathaliahalax@gmail.com.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Especialista em laboratório da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: rubia@eerp.usp.br.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: gabimagnabosco@hotmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: iemi.a@gmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Professora Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: amonroe@eerp.usp.br.

⁷ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: reisobrinho@yahoo.com.br.

⁸ Médico, Doutor em Saúde na Comunidade. Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: aruffino@fmrp.usp.br.

⁹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

Recebido: 14/12/2015.

Aceito: 15/06/2016.

Publicado: 20/10/2016.

Como citar esse artigo:

Brunello MEF, Orfão NH, Andrade RLP, Magnabosco GT, Arakawa T, Monroe AA, et al. Tuberculose: análise do percurso do doente durante o tratamento em Ribeirão Preto/SP. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1176. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39051>.

RESUMO

Objetivou-se analisar o percurso do doente de tuberculose (TB) durante o tratamento no sistema de serviços de saúde. Estudo epidemiológico, descritivo, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo. Como fontes de dados utilizaram-se os registros relacionados ao tratamento da TB do Sistema de prontuários eletrônicos municipal e o sistema de notificação estadual. As variáveis selecionadas para o estudo foram categorizadas nas dimensões de análise: demanda, recursos, processos/produtos e resultados. Foram selecionados 109 registros de doentes de TB acompanhados em ambulatórios de referência para o tratamento da doença. Frente a alguma intercorrência notou-se a preferência por procurar o Pronto-atendimento 67(61,5%). O atendimento era centrado em médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem 108(99,1%), sendo estes os principais responsáveis pelas visitas domiciliares e pela supervisão medicamentosa (71,6%). Os resultados permitiram observar a centralização do atendimento no nível secundário da atenção, privilegiando equipes especializadas e mantendo este ponto como o principal ordenador do cuidado.

Descritores: Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Sistemas de Informação em Saúde; Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

Em 2014, o Brasil notificou mais de 76.000 casos novos de tuberculose (TB), sendo que 8% das pessoas foram a óbito. O país ainda

apresenta taxas preocupantes em relação aos resultados de tratamento (cura, 72%; óbito, 8%; abandono, 10%), visto que estas não atingem as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), permanecendo entre os 22 países com a maior carga da doença no mundo⁽¹⁾.

Entendendo que o início precoce do tratamento e a tomada correta de medicamentos sejam pontos cruciais para o desfecho favorável e a interrupção da cadeia de transmissão, a OMS preconiza estratégias de cuidado centradas no paciente e o suporte de políticas de fortalecimento da assistência, assim como de suporte social a pessoas, famílias e comunidades acometidas pela TB⁽¹⁾.

Nesta perspectiva, desde 2006, o Ministério da Saúde recomenda a descentralização das ações de controle da TB para as Unidades de Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família). Embora exista um direcionamento político e técnico por meio de manuais, protocolos e marcos legais para tal transferência de ações e responsabilidades, uma série de dificuldades é percebida neste nível de atenção em relação ao controle da TB⁽²⁻³⁾, como: a falta de capacitação dos profissionais para lidar com a doença, a resistência da incorporação do TDO pelos profissionais de saúde, alta rotatividade de recursos humanos e descontinuidade política/falta de compromisso político da gestão⁽⁴⁾.

Uma vez que a TB se caracteriza enquanto condição crônica, questões relacionadas à coordenação da assistência, ao fluxo de atendimento, à continuidade da atenção, debilidades de integração de ações e serviços podem influenciar no acompanhamento do doente de TB durante o tratamento, além de refletir no desempenho da rede de atenção^(3,5-8).

Embora muitos estudos abordem a problemática relacionada às dificuldades com o tratamento por parte do paciente e mesmo as barreiras relacionadas à assistência nos serviços de saúde, poucos relatam o percurso do doente de TB pelo sistema de saúde ao longo do tratamento. Em um levantamento acerca do tema, apenas três estudos foram encontrados sobre o assunto⁽⁹⁻¹¹⁾, nenhum deles realizado no Brasil. Em 2009, um estudo realizado no município de Ribeirão Preto analisou o percurso do usuário, porém, enfocando a obtenção do diagnóstico da TB no sistema de saúde local⁽¹²⁾.

Considerando que as diferentes instâncias da rede assistencial não dispõem da totalidade de recursos necessários para sanar os problemas de saúde da população⁽⁸⁾, este estudo tem como objetivo analisar o percurso do doente de TB durante o tratamento na rede pública de saúde do município de Ribeirão Preto, tendo como referencial a coordenação da assistência/integração de ações e serviços de saúde⁽⁸⁾.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo exploratório, do tipo levantamento, com abordagem quantitativa realizado no município de Ribeirão Preto, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, cuja população estimada para o ano de 2013 era de 619.746 habitantes⁽¹³⁾. A rede pública municipal de saúde estava composta por 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 Unidades de Saúde da Família (USF) que contam com 34 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cinco Unidades Básicas e Especializada, sendo duas com Pronto Atendimento-24h (PA), duas Unidades de Assistência Especializada com PA, uma Unidade de

Pronto-Atendimento (UPA) e 11 Unidades Especializadas⁽¹⁴⁾.

Em 2013, 213 casos de TB foram notificados no município, dos quais 85,9% (183) eram casos novos, 11,3% (24) recidivas e 2,8% (6) retratamentos. Em relação aos desfechos, verificou-se 79% de taxa de cura entre os casos novos, óbito (13,6%) e abandono (3,5%)⁽¹⁴⁾.

No período da coleta de dados, a atenção prestada aos doentes de TB estava centralizada em quatro Ambulatórios de Referência (A, B, C e D) com equipes especializadas, porém não exclusivas do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT). A composição de tais equipes variava de acordo com a disponibilidade de recursos humanos ou com o próprio envolvimento dos profissionais nas ações em TB, de modo que eram constituídas, minimamente, por um médico, dois auxiliares de enfermagem, um visitador sanitário (ambulatório C) e um enfermeiro (ambulatórios A e D). Como atribuições dessas equipes, destacam-se: realizar o diagnóstico, notificação dos casos e avaliação dos comunicantes, além de acompanhar o tratamento por meio de consultas médicas, atendimento de enfermagem e realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO), que ocorria no próprio ambulatório ou no domicílio do doente através de viatura.

Neste estudo, a população foi constituída por doentes de TB residentes no município de Ribeirão Preto, acompanhados nos quatro ambulatórios de referência, não pertencentes ao sistema prisional e que obtiveram o início e encerramento do caso entre janeiro de 2012 e julho de 2013. Foram excluídos do estudo doentes que tiveram como situação de encerramento, mudança de diagnóstico ou transferência.

No período supracitado, 181 doentes de TB foram identificados, porém, de acordo com os critérios acima descritos, identificou-se 152 doentes passíveis de serem incluídos no estudo. Após este levantamento, procedeu-se o cálculo do tamanho amostral, considerando os parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, obtendo-se:

$$n_0 = \frac{p.(1-p).Z^2}{e^2} = 384$$

Pelo fato da população de estudo se tratar de uma população finita, a amostra mínima calculada foi corrigida utilizando a equação:

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1 / N)} = \frac{384}{1 + (384 / 152)} = 109$$

Desta forma, obteve-se uma amostra de 109 doentes de TB a serem incluídos no estudo.

Por meio de uma amostragem estratificada, utilizando-se da partilha proporcional, definiu-se o número de doentes de TB por serviço de saúde, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos doentes de tuberculose e cálculo amostral para coleta de dados nos ambulatórios de referência de Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013.

Ambulatório de Referência*	Número de doentes de TB (%)	Cálculo (M1/39=M2/31=M3/48=M4=109/152, ou seja:)	Amostra
Serviço A	39 (25,7%) M1	$M1/39=109/152 \Rightarrow M1=39 \times 109/152 = 28$	28
Serviço B	31 (20,4%) M2	$M2/31= 109/152 \Rightarrow M2=31 \times 109/152= 23$	23
Serviço C	48 (31,6%) M3	$M3/48= 109/152 \Rightarrow M3= 48 \times 109/152= 34$	34
Serviço D	34 (22,3%) M4	$M4/34=109/152 \Rightarrow M4= 34 \times 109/152= 24$	24
TOTAL	152 (100%)	-	109 (100%)

Legenda: M=Média / Fonte: TB-WEB (agosto de 2013)

* para resguardar a identidade dos serviços de saúde estudados, optou-se por identificá-los por meio das letras do alfabeto A, B, C e D.

Para coleta de dados, utilizou-se fontes secundárias, as quais se constituíram dos Prontuários Clínicos e Ficha de Acompanhamento do Tratamento, além de dois sistemas de informação:

- A) Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TB-WEB): implantado pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo através da Divisão de Controle de Tuberculose em 2006, o qual permite o armazenamento e acompanhamento de informações sobre os casos de TB notificados no Estado via internet. Ressalta-se que, no município de estudo, o acesso a este sistema é centralizado em unidades de Vigilância Epidemiológica distritais, sendo que somente a alguns profissionais e ao coordenador do PMCT é permitido a consulta e o preenchimento dos dados no sistema.
- B) Sistema de registros e prontuários eletrônicos Hygia-WEB: implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto para automatizar o cadastro de prontuários clínicos, exames de saúde, programas de vacinação, vigilância sanitária e epidemiológica, faturas SUS, etc. Tal sistema permite que qualquer unidade de saúde do município tenha acesso aos dados oriundos dos atendimentos e laboratoriais dos pacientes, onde quer que eles sejam atendidos. Enfatiza-se que o sistema em questão está instalado apenas em unidades de saúde e hospitais vinculados à Rede Pública Municipal de Saúde.

O estudo utilizou variáveis quantitativas discretas (idade, número de vezes que o doente passou por consulta no ambulatório de referência durante o tratamento da TB, número de vezes que o paciente foi atendido em outro serviço de saúde, além do responsável pelo caso durante o tratamento, proporção de doentes de TB em TDO) e qualitativas nominais (todas as demais).

Quadro 1: Fontes de coleta de dados e variáveis.

Fonte de coleta de dados	Variáveis
TB-WEB	Sexo
	Idade
	Tipo de caso
	Forma clínica
	Co-infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)
	Tipo de tratamento
	Data do diagnóstico
	Data de encerramento do caso
	Tipo de encerramento
	Local de acompanhamento
	Hygia-WEB
Profissional de saúde pelo qual foi atendido (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, outros) no ambulatório	
Profissional de saúde pelo qual foi atendido (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, outros) em outro serviço	
Serviços de saúde pelos quais o paciente foi atendido ao longo do tratamento,	
Exames solicitados durante o tratamento	
Serviço de saúde que solicitou exame	
Profissional de saúde que solicitou exame	
Número de vezes que o paciente foi atendido em outro serviço de saúde, além do responsável pelo caso, durante o tratamento	
Tipo de procura por outros serviços (ambulatorial/agendada ou eventual/não agendada)	
Prontuário clínico e ficha de acompanhamento do tratamento	Proporção de doentes de TB em TDO

Entende-se que a análise do percurso do usuário durante o tratamento da TB abarca uma série de ações e serviços de saúde que estão diretamente ligados ao modo como a rede de atenção local se organiza e os recursos que esta pode oferecer. Assim, baseando-se em Tamaki e colaboradores⁽¹⁵⁾, foram elaboradas dimensões e indicadores para análise dos resultados do estudo, adaptando-os para responder ao objetivo delineado:

1. Demanda: refere-se à procura pelo serviço de saúde, configurando assim, os serviços de saúde procurados pelo doente de TB e tipo de atendimento prestado (agendado ou espontâneo);
2. Recursos: refere-se aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos doentes de TB nos serviços procurados durante o tratamento;
3. Processo/Produtos: constitui-se da dinâmica de execução de atividades para o desenvolvimento de ações de controle da TB ligadas à forma de organização dos serviços de saúde que atendem o portador da doença ao longo do tratamento;
4. Resultados: esta dimensão constitui-se de indicadores voltados ao impacto e repercussão das ações desenvolvidas durante o tratamento da TB, tais como o desfecho do mesmo.

Quadro 2: Painel de dimensões e indicadores do estudo.

Dimensão de análise	Indicadores
Demanda	Proporção de doentes de TB que fez tratamento por Ambulatório de referência
	Proporção de doentes de TB que procuraram outro serviço de saúde durante o tratamento
	Mediana do número de atendimentos realizados nos ambulatórios de referência (consultas de retorno, eventuais e visitas domiciliares)
	Proporção de doentes de TB com visitas domiciliares registradas
	Mediana de visitas domiciliares registradas
	Mediana de consultas de retorno nos ambulatórios de referência
	Mediana de consultas eventuais nos ambulatórios de referência
	Proporção de doentes de TB atendidos em Pronto-atendimento (PA) durante o tratamento
	Proporção de doentes de TB atendidos em outro ambulatório de referência durante o tratamento
	Proporção de doentes de TB atendidos em Unidades de Atenção Básica – UBS/USF (UAB) durante o tratamento
Recursos	Profissionais que realizaram as visitas domiciliares
	Proporção de doentes de TB atendidos pelo médico nos ambulatórios de referência
	Proporção de doentes de TB atendidos por enfermeiros nos ambulatórios de referência
	Proporção de doentes de TB atendidos por auxiliares e técnicos de enfermagem nos ambulatórios de referência
	Proporção de doentes de TB atendidos por assistente social durante o tratamento nos ambulatórios de referência
Processo e produtos	Proporção de doentes de TB sob TDO
	Proporção de doentes de TB que realizaram baciloscopia de controle solicitadas durante o tratamento
	Proporção de doentes de TB que realizaram Raio-X durante o tratamento
	Proporção de doentes de TB que realizaram teste tuberculínico
	Proporção de doentes de TB que realizaram teste anti-HIV durante o tratamento
Resultados	Proporção de doentes de TB que obtiveram a cura;
	Proporção de doentes de TB que foram a óbito;
	Proporção de doentes de TB que abandonaram o tratamento.

Fonte: Adaptado⁽¹⁵⁾.

Os dados foram analisados por meio de técnicas de estatística descritiva, como frequência, mediana e intervalo interquartil (IQ), a partir da utilização do software Statistica 9.0, da Statsoft.

Ressalta-se que um roteiro observacional semiestruturado foi utilizado para a coleta de informações no campo de estudo, informações estas que diziam respeito à forma de organização dos serviços e processo de trabalho das equipes no controle da TB nos ambulatórios. Tais observações serviram para embasar a discussão dos resultados do presente estudo.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o protocolo CAAE 15671713.9.1001.53.93, em 2013.

RESULTADOS

Sobre as características dos doentes de TB que tiveram os registros selecionados, a mediana da idade foi de 35,0 (IQ:28,0-49,0) anos, com predomínio do sexo masculino (68,8%). Sobre a forma clínica da TB, a maioria foi notificada como pulmonar (91,7%), caso novo (91,7%), com mediana de tempo de tratamento de 6,0 (IQ:6,0-7,0) meses.

Com relação à dimensão “Demanda”, observou-se que a mediana de atendimentos foi de 46,0 (IQ:17,0-96,0), sendo que visita domiciliar (VD) foi de 20,0 (IQ:3,0-44,0), consulta eventual (EV) 10,0 (IQ:4,0-32,0) e retorno (RT) 4,0 (IQ:2,0-6,0).

Tabela 2: Resultados por dimensão de análise. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013.

Dimensão de Análise	Indicador	Resultados N=109 (%)
Demanda	Proporção de doentes de TB que procuraram outro serviço de saúde durante o tratamento	83 (76,1)
	Proporção de doentes de TB com visitas domiciliares registradas	87 (79,8)
	Proporção de doentes de TB atendidos em Pronto-atendimento (PA) durante o tratamento	67 (61,5)
	Proporção de doentes de TB atendidos em outro Ambulatório de Referência*** durante o tratamento	35 (32,1)
	Proporção de doentes de TB atendidos em Unidades de Atenção Básica – UBS/USF (UAB) durante o tratamento	37 (33,9)
	Proporção de doentes de TB atendidos em hospitais durante o tratamento	8 (7,3)
Recursos	Profissionais que realizaram as visitas domiciliares	Auxiliares ou técnicos de enfermagem = 78 (71,6)
		Visitador sanitário= 2 (1,8)
		Auxiliar e visitador = 6 (5,5)
		Auxiliar de enfermagem e médico= 1 (0,9)
		Enfermeiro =0 (0,0)
	Doente de TB não teve visita domiciliar registrada= 22 (20,2)	
	Proporção de doentes de TB atendidos pelo médico nos ambulatórios de referência	108 (99,1)
	Proporção de doentes de TB atendidos por enfermeiros nos ambulatórios de referência	36 (33,0)
	Proporção de doentes de TB atendidos por auxiliares e técnicos de enfermagem nos ambulatórios de referência	108 (99,1)
Proporção de doentes de TB atendidos por assistente social durante o tratamento nos ambulatórios de referência	50 (45,9)	
Processos e produtos	Proporção de doentes de TB sob Tratamento Diretamente Observado (TDO)	82 (75,2)
	Proporção de doentes de TB que realizaram baciloscopia de controle durante o tratamento	95 (87,6)
	Proporção de doentes de TB que realizaram Raio-X durante o tratamento	64 (58,7)
	Proporção de doentes de TB que realizaram teste tuberculínico	10 (9,2)
	Proporção de doentes de TB que realizaram teste anti-HIV durante o tratamento	69 (63,3)
	Proporção de doentes de TB que realizaram exame de cultura de escarro	2 (1,8)
Resultados	Cura	105 (96,3)
	Abandono	2 (1,9)
	Óbito	1 (0,9)
	Falência do tratamento	1 (0,9)

Legenda: IQ= intervalo interquartil

***refere-se a ambulatórios de referência que atendem outras especialidades, tais como: cardiologia, fisioterapia, ortopedia, etc.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sobre a dimensão “Demanda”, mostram a quantidade e tipos de atendimentos oferecidos e registrados aos pacientes de TB, os quais podem revelar a proximidade deste com o serviço e equipe de saúde que o atende.

Conforme observado nos resultados, não só as consultas de RT foram realizadas nos serviços de saúde que acompanhavam os casos, mas também as EV e VD, o que pode indicar que os usuários tinham “porta aberta” para procurarem tal unidade diante de qualquer necessidade, mesmo sem agendamento prévio, além da presença de um profissional de saúde no domicílio com frequência. Essa facilidade de acesso aos serviços e profissionais também é apontada em outros estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ como um dos aspectos primordiais para o sucesso no desfecho do tratamento do doente de TB, pois otimiza atividades que favorecem o gerenciamento do caso, como: solicitação de exames, encaminhamentos, registros sobre história clínica e tratamento.

Dentre os serviços mais procurados frente a alguma necessidade de saúde ou intercorrência durante o tratamento da TB, nota-se a preferência pelos PA, em detrimento aos demais serviços de saúde. Tais achados também foram encontrados em outros estudos^(12,18), os quais justificam essa procura pela maior disponibilidade de dias e horários para atendimento, além de consultas médicas e realização de exames imediatos. Por outro lado, tal resultado pode sinalizar pouco ou nenhum compartilhamento de informações entre as UAB e os ambulatórios de referência que fazem o seguimento do doente, de modo que isso mostra a dificuldade de responsabilização da AB frente ao controle da TB, mesmo que essa seja a porta de entrada prioritária no sistema de saúde, reforçando o modelo centralizado e especializado de atenção à doença no município.

De acordo com o observado no campo de estudo, é importante destacar a facilidade com que os doentes de TB eram atendidos ou referenciados para outras especialidades, sendo que, por diversas vezes, ocorriam de maneira informal e não registrada por parte dos profissionais que faziam o acompanhamento do caso. Este fato pode ser explicado até mesmo por questões estruturais, já que ambos os atendimentos (TB e outras comorbidades) ocorriam na mesma estrutura física da unidade onde a equipe que atende TB atua.

Assim, quanto ao percurso do usuário em si, nota-se que o ambulatório de referência é o principal ordenador do cuidado e o grande responsável pela integração de ações e serviços de assistência ao doente de TB. Um estudo que considerou os percursos assistenciais dos pacientes com TB em três capitais brasileiras⁽¹⁹⁾, constatou que há nós críticos tanto nos sistemas que centralizam as ações de TB em serviços especializados quanto aos que têm a atenção descentralizada para UAB, sendo que esta é bastante problemática pelo fato de apresentar a assistência fragmentada e desarticulada, com profissionais desatentos em relação à questões epidemiológicas da área em que atuam. Desta forma, estes aspectos vislumbram barreiras na rede básica para o atendimento aos casos de TB, uma vez que a coordenação do cuidado pode não ocorrer de maneira satisfatória a fim de suprir a gama de necessidades que exige o

tratamento de uma condição crônica como é a TB.

Quanto à dimensão “Recursos”, chama atenção o fato dos atendimentos serem pautados, principalmente, nos profissionais médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem, com enfoque nas consultas mensais. Nota-se assim, analisando tais registros, o pouco envolvimento do profissional enfermeiro nas ações relacionadas ao doente de TB, seja nos atendimentos intra-ambulatoriais, seja nas VD. Esta última é importante para que o profissional se interesse e compreenda o ambiente doméstico/familiar e as relações estabelecidas nele para intervir de maneira adequada, principalmente quando se trata de uma doença de cunho social como a TB⁽¹⁶⁾. Observa-se que esses resultados não são isolados e cada vez mais nota-se o afastamento do enfermeiro da assistência em si e mesmo do planejamento do cuidado destes pacientes e suas famílias⁽²⁰⁾.

É imprescindível ressaltar que há dificuldade por parte de alguns gerentes dos ambulatorios em deslocar um profissional enfermeiro para atuar exclusivamente nas atividades pertinentes ao controle da TB, sendo este, muitas vezes, alocado para atuar em ações de urgência e emergência, atividades gerenciais ou essencialmente burocráticas, acumulando funções dentro dos serviços de saúde⁽²¹⁾. No entanto, além de questões que fogem ao controle do próprio profissional, há de se considerar também o envolvimento insatisfatório de alguns enfermeiros que não conseguem cumprir o papel agregador dentro da equipe, deixando suas atividades a cargo de outros profissionais⁽²²⁾.

Por se tratar de uma doença de cunho social, a participação dos assistentes sociais neste processo torna-se importante e de destaque. Embora a porcentagem de atendimento com este profissional não tenha atingido nem metade dos registros dos doentes de TB analisados, fica evidente que há uma preocupação em oferecer algum suporte social, seja em relação a benefícios que o próprio programa dispõe ou quanto aos direitos que os usuários têm. Estudo realizado em um município de grande porte do nordeste brasileiro mostrou que a disponibilidade de equipe multiprofissional e completa, incluindo assistente social, fortalece a articulação intersetorial e, conseqüentemente, a adesão do doente ao tratamento⁽²³⁾.

Com relação à dimensão “Processos e produtos”, pode-se observar o elenco de serviços registrados e oferecidos ao doente de TB. Embora não tenha atingido 100% da cobertura do TDO, uma porcentagem significativa constava sob este regime de tratamento, o que fortalece o vínculo com a equipe de saúde e o sucesso do tratamento⁽¹²⁾.

O grande número de doentes, a extensa área a ser percorrida e o déficit de recursos humanos e materiais, podem ser alguns dos apontamentos quanto ao número de usuários sob TDO, uma vez que na impossibilidade de oferecer e conseguir supervisionar todos, a equipe deve optar por eleger prioridades dentre os mais vulneráveis e com maior risco de abandonar o tratamento⁽²⁴⁾. Além disso, vale ressaltar que o próprio paciente pode se negar a receber tal ação ou mesmo a equipe lançar mão de outras estratégias, como o compartilhamento de supervisão com algum familiar ou membro da comunidade.

Quanto aos exames realizados e registrados, destaca-se a importância da baciloscopia de controle e do teste anti-HIV, sendo o primeiro fundamental para o monitoramento do tratamento, em especial, entre

os casos de TB pulmonar e o segundo que deve ser oferecido a todos para identificar casos de coinfeção, visto que a doença figura entre as principais causas de morte das pessoas que vivem com HIV/aids. É essencial, então, que a equipe esteja atenta para a solicitação e registro desses exames, a fim de identificar possível resistência ou falência ao tratamento medicamentoso e novas infecções⁽²⁵⁾.

As taxas apresentadas na dimensão “Resultados” refletem que o município atingiu os coeficientes de cura e abandono satisfatórios, apesar dos entraves encontrados na assistência aos doentes de TB explicitados ao longo desta discussão. Por esse resultado, admite-se um possível viés de seleção da amostra, uma vez que não foi realizada uma amostragem aleatória simples. Além disso, outras limitações do estudo referem-se à fonte de informação ser apenas de dados secundários e o fato do sistema de informação utilizado para a coleta de dados não interligar todos os hospitais públicos do município, o que pode ocasionar em lacunas importantes a respeito de ações desenvolvidas neste nível de atenção. Deste modo, sugere-se a realização de outros estudos com abordagens distintas relacionadas ao percurso do doente durante o tratamento da TB, a fim de ampliar a visão a respeito das fortalezas e fragilidades pertinentes à temática.

CONCLUSÕES

Os resultados relacionados ao percurso do doente de TB durante o tratamento no município do estudo mostraram a centralização das ações em saúde no nível secundário da atenção, privilegiando o atendimento por equipes especializadas e sendo o principal ordenador do cuidado, conforme pactuado com o PMCT. Além disso, foi possível identificar a baixa participação das unidades de Atenção Básica e do profissional enfermeiro no atendimento aos doentes de TB.

Entende-se que a assistência ao usuário nessas condições perpassa por diferentes aspectos e deve focar a melhor maneira de favorecer a continuidade e sucesso do tratamento, fazendo com que o paciente permaneça assistido até o desfecho em uma linha de cuidado bem traçada, com equipes e serviços disponíveis.

Tais achados podem auxiliar o planejamento assistencial bem fundamentado por parte da enfermagem que se mostra protagonista no gerenciamento do cuidado aos doentes de TB na saúde pública.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 2012/51819-7, 2013/22512-3 e ao Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico (CNPq), processo 404073/2012-3.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [acesso em: 20 out. 2016]. Disponível em http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html.
2. Silva-Sobrinho RA, Zilly A, Monroe AA, Pinto ÉSG, Silva RMM, Villa TCS. Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde. Rev Rene [Internet]. 2014 [acesso em: 20 out. 2016];15(4):605-12. Disponível

em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1610>.

3. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnosis in Brazilian municipalities. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [acesso em: 20 out. 2016];43(3):389-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000022>.
4. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso em: 20 out. 2016];42(2):262-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200008>.
5. Cardozo Gonzáles RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino Netto A, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [acesso em: 20 out. 2016];16(1):95-100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100015>.
6. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [acesso em: 20 out. 2016];44(2):383-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200020>.
7. Sá LD, Oliveira AAV, Souza KMJ, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. *Revista de enfermagem UFPE on line* [Internet] 2010 [acesso em: 20 out. 2016];4(3):1515-22. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1216>.
8. Almeida PF, Giovannella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 [acesso em: 20 out. 2016];26(2):286-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.
9. Ten Asbroek AH, Bijlsma MW, Malla P, Shrestha B, Delnoij DM. The road to tuberculosis treatment in rural Nepal: A qualitative assessment of 26 journeys. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [acesso em: 20 out. 2016];8:7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-7>.
10. Meintjes G, Schoeman H, Morroni C, Wilson D, Maartens G. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross-sectional study. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2008 [acesso em: 20 out. 2016];8:72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-8-72>.
11. Rintiswati N, Mahendradhata Y, Suharna, Susilawati, Purwanta, Subronto Y, et al. Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Jogjakarta, Indonesia. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 [acesso em: 20 out. 2016];9:158. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-158>.
12. Brunello ME, Andrade RL, Monroe AA, Arakawa T, Magnabosco GT, Orfão NH, et al. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2013 [acesso em: 20 out. 2016];17(10 Suppl 1):41-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.13.0296>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2016 [acesso em: 20 out. 2016]. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
14. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Relatório de gestão 2014 [Internet]. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2015 [acesso em: 20 out. 2016]. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/2014relatorio_gestao.pdf.
15. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [acesso em: 20 out. 2016];17(4):839-49. Disponível em: <http://ref.scielo.org/rkxht6>.
16. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em: 20 out. 2016];19(4):994-1002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400019>.
17. Naidoo P, van Niekerk M, du Toit E, Beyers N, Leon N. Pathways to multidrug-resistant tuberculosis diagnosis and treatment initiation: a qualitative comparison of patients' experiences in the era of rapid molecular diagnostic tests. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [acesso em: 20 out. 2016];15:488. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1145-0>.
18. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, et al. Tuberculosis diagnosis: primary health care or emergency medical services? *Rev Saude Publica* [Internet]. 2013 [acesso em: 20 out. 2016];47(6):1149-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004650>.
19. 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 Saude Colet* [Internet].

2016 [acesso em: 20 out. 2016];20(2):188-94. Disponível em:

http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_188-194.pdf.

20. Oblitas FYM, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. Nursing role in tuberculosis control: a discussion from the perspective of equity. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2010 [acesso em: 20 out. 2016];18(1):130-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100020>.

21. Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 [acesso em: 20 out. 2016];15(2):551-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18559>.

22. Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Nursing performance in the policy transfer of directly observed treatment of tuberculosis. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [acesso em: 20 out. 2016];48(5):874-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000014>.

23. Souza MSPL, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Characteristics of healthcare services associated with adherence to tuberculosis treatment. Rev Saude Publica [Internet]. 2009 [acesso em: 20 out. 2016];43(6):997-1005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000085>.

24. Rodrigues GO, Sá LD, Nogueira JA, Damascena LCL, Gomes ALC, Villa TCS. A expansão do tratamento supervisionado (TS) para o controle da tuberculose na Paraíba (1999/2005). Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [acesso em: 20 out. 2016];10(3):632-42. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a09.htm>.

25. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Ravanholi GM, et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 [acesso em: 20 out. 2016];30(11):2283-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091213>.