



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Users of access with Santa Maria/RS city of tuberculosis: perspective of a care line

Acesso dos usuários com tuberculose do município de Santa Maria/RS: perspectiva de uma linha de cuidado
 Usuarios de acceso con tuberculosis de la ciudad de Santa Maria/RS: perspectiva de una línea de cuidado

Adalvane Nobres Damaceno¹, Danieli Bandeira², Teresinha Heck Weiller³

ABSTRACT

The study of tuberculosis is justified by the importance in the national and international scene and are among the leading causes of morbidity and mortality. **Objective:** To propose alternatives for Tuberculosis Care Line from the data collected from users who used the service during the period 1998-2008 in the city of Santa Maria. **Method:** This was a cross sectional study of qualitative approach to data saturation. For data analysis, we used the content of thematic analysis proposed by Minayo. **Results:** There from the beginning of treatment and delay the diagnosis of TB, one itinerary by the health services until the correct diagnosis was made in the hospital, showing weakness in the network of Primary Care, and that access is still a barrier to user get to the health system. **Conclusions:** It was observed that the formation of a contract for construction of the Care Line in the municipality will be produced from the political will, cognitive and material resources concomitant reorganization of the work process in primary care level and a corresponsabilização that involving the various actors in the management of therapeutic projects.

Descriptors: Tuberculosis. Primary Health Care. Health policy. Health Services Accessibility.

RESUMO

O estudo da Tuberculose se justifica pela importância no cenário nacional e internacional encontrando-se entre as principais causas de morbidade e mortalidade. **Objetivo:** propor alternativas para uma Linha de Cuidado da Tuberculose a partir dos dados coletados de usuários que utilizaram o serviço no período 1998 a 2008 no município de Santa Maria. **Método:** Tratou-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa com saturação de dados. Para análise de dados, utilizou-se a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo. **Resultados:** Existe entre o início do tratamento e demora do diagnóstico de TB, um o itinerário pelos serviços de saúde até que o diagnóstico correto fosse realizado no hospital, demonstrando fragilidade na rede de Atenção Básica, e que o acesso ainda é uma barreira para o usuário chegar ao sistema de saúde. **Conclusões:** Observou-se que a conformação de um pacto para construção da Linha de Cuidado no referido município se produzirá a partir da vontade política, recursos cognitivos e materiais, concomitante a reorganização do processo de trabalho em nível da Atenção Básica além de uma corresponsabilização que envolva os diversos atores na gestão de projetos terapêuticos.

Descritores: Tuberculose. Atenção Primária de Saúde. Política de Saúde. Acesso aos serviços de Saúde.

RESUMÉN

El estudio de la tuberculosis se justifica por la importancia en la escena nacional e internacional y se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad. **Objetivo:** proponer alternativas para la Línea de Atención de Tuberculosis de los datos recogidos de los usuarios que utilizan el servicio durante el periodo 1998-2008 en la ciudad de Santa Maria. **Método:** Se realizó un estudio de corte transversal del enfoque cualitativo de la saturación de datos. Para el análisis de los datos, se utilizó el contenido del análisis temático propuesto por Minayo. **Resultados:** No desde el comienzo del tratamiento y retrasar el diagnóstico de la tuberculosis, un itinerario por los servicios de salud hasta que el diagnóstico correcto se hizo en el hospital, mostrando debilidad en la red de Atención Primaria, y que el acceso sigue siendo un obstáculo para usuario acceder al sistema de salud. **Conclusiones:** Se observó que la formación de un contrato para la construcción de la Línea de Atención en el municipio se produce a partir de la voluntad política, los recursos cognitivos y materiales consiguiente reorganización del proceso de trabajo en el ámbito de la atención primaria y una corresponsabilización que la participación de los diversos actores en la gestión de proyectos terapéuticos.

Descriptores: Tuberculosis. Atención Primaria de Salud. Políticas de salud. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

¹ Enfermeiro graduado pela na Universidade Federal de Santa Maria (2013). Mestre em Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria (2015). Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde Universidade Federal de Santa Maria (2015). Email: adalvane.damaceno@yahoo.com.br

² Enfermeira da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase em Vigilância em Saúde pela UFSM (2014). Especialista em Gestão Pública em Saúde pela UFSM (2014). Email: danieli22@gmail.com

³ Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1983), graduação em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1995), mestrado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1998) e doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2008). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria Email: weiller2@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 traz o acesso aos serviços de saúde como direito de todo cidadão brasileiro, garantido por meio de ações de proteção, promoção e recuperação de saúde no sistema público. O *acesso* constitui uma categoria de apreciação dos sistemas de saúde, uma vez que revela a forma como são ofertadas e organizadas as ações e serviços de saúde nos distintos níveis de organização do sistema de saúde⁽¹⁾.

Ainda nesse raciocínio estudos⁽²⁾ abordam que a *acessibilidade* não compreende apenas o *ato de ingressar* ou alcançar os serviços de saúde, mas representa o processo de atenção, ou seja, tudo o que é realizado com o usuário para a sua permanência no sistema. A *acessibilidade* é um substantivo que denota a qualidade de ser acessível; *acessível*, por sua vez, é um adjetivo que indica aquilo a que se pode chegar facilmente; que fica ao alcance.

A abordagem da Tuberculose (TB) nos serviços de saúde, especialmente na rede de atenção básica tem demandado uma reflexão do papel e lugar que essa assume na organização de uma rede de atenção que responda efetivamente às necessidades do perfil de morbidade da população com a qual está vinculada. Nessa perspectiva, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾ exige a conformação de uma rede de atenção à saúde articulada e organizada nos distintos níveis, que poderá garantir o acesso universal, disponibilizado-o mais próximo possível das pessoas para assegurar a continuidade da atenção, a partir da institucionalização de procedimentos, protocolos, com fluxos conhecidos e regulados, assumindo papel relevante a porta de entrada da atenção básica para os doentes de TB.

O tratamento da TB impõe significantes custos ao doente e família, com desproporcional impacto na pobreza. Cada custo constitui-se decisivamente uma barreira econômica ao cuidado. Claramente os pacientes que sofrem de TB são menos dispostos ao trabalho, que pela sua debilidade não gera renda suficiente à família. Os custos estão relacionados ao transporte, às alimentações durante as viagens aos serviços de saúde, perda salarial, de produtividade e de tempo⁽³⁾.

Segundo estudos⁽⁴⁻⁵⁾, embora existam esforços governamentais para melhorar os indicadores epidemiológicos da TB, vários são os fatores que influenciam no acesso, utilização e aceitação dos serviços ofertados, podendo estar relacionados ao doente, aos trabalhadores, à organização dos serviços de saúde e à política utilizada. Pois, o debate acerca da TB é complexo no contexto das políticas públicas dos diferentes países tendo em vista que um terço da população mundial está infectada.

Verificou-se que estudos⁽⁶⁾ realizados no município que, apesar dos esforços na construção de novos modelos de atenção/gestão no SUS, esse cenário não teve muito progresso até os dias atuais. O cenário encontrado em serviços de urgência/emergência dos hospitais, públicos ou conveniados ao SUS, é de

superlotação por necessidades de saúde que demandariam tecnologias disponíveis em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Estratégias de Saúde da Família (ESFs). Uma pesquisa realizada em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS) releva que, a organização dos serviços municipais propicia que a demanda drene naturalmente para o Pronto Atendimento (PA), ao invés de buscar as UBSs. Essas são procuradas para consulta médica, conforme o número de fichas disponibilizadas. No entanto, a atenção ofertada no PA constituía-se de consultas e procedimentos ambulatoriais, sem estabelecer vínculo com os usuários, não garantindo continuidade do cuidado.

Nessa perspectiva a conformação⁽⁷⁾ “Linhas de Cuidado” (LC) requer políticas e modos de organização dos serviços e das práticas de saúde para as diferentes redes de atenção e sistemas de saúde. Assim, seja para a rede de atenção básica, de urgências, ambulatorial especializada ou hospitalar, seja para o sistema de saúde de um pequeno município, de uma região ou mesmo para todo o sistema estadual de saúde, este tem sido um importante conceito operativo. Outros autores⁽⁸⁾ a LC não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico, ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado. Existem diversas etapas neste percurso que são microprocessos de trabalho específico, determinado pelos atos de cada produtor de serviços/ profissional de saúde envolvido. Cada microunidade produtiva (consultório médico, laboratório e outras) fornece insumos umas às outras, e é local de intensa possibilidade de análise no que se refere à configuração tecnológica do trabalho produzido, o que pode ser obtido por meio da análise das valises tecnológicas em operação, suas conformações e combinações.

A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição⁽⁹⁾ indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis. A gestão do cuidado comporta, pelo menos, três dimensões⁽¹⁰⁾: profissional, organizacional e sistêmica. Na dimensão profissional é onde ocorre o singular encontro entre trabalhador-usuário cuja finalidade denota na resolução das necessidades elencada pelo usuário. A dimensão sistêmica⁽¹⁰⁾ refere-se ao conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e graus de incorporação tecnológica, bem como os fluxos estabelecidos entre si. Estes por sua vez, serão definidos por protocolos e regulados no nível central com o objetivo de garantir acesso dos usuários às tecnologias de cuidado que necessitam de complexas redes de cuidado institucionais. A dimensão organizacional, revela-se compreendida como um espaço de divisões técnicas e sociais do trabalho em saúde, referindo as implicações para arranjos de coordenação das não apenas das múltiplas práticas profissionais mas também, das gestões profissionais do cuidado. Ressalta-se que é neste espaço onde questões relativas ao registro e

ao uso da informação, à criação de espaços de diálogo, ao estabelecimento de fluxos de usuários nos serviços de saúde, à normatização de processos de trabalho, a corresponsabilização dos atores envolvidos, entre outros aspectos, vão configurar uma nova lógica em que a responsabilidade da gestão e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe ocuparão lugar central.

METODOLOGIA

Este estudo integrou o Projeto Guarda-Chuva, intitulado: O acesso de usuários portadores de tuberculose na rede municipal de saúde de Santa Maria/RS, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM 071.0223.000-09. Foi desenvolvido no território de abrangência da Secretaria de Saúde de Município (SMS) do referido município localizado no centro do Estado do RS, a 286 km da capital Porto Alegre (POA), é a maior cidade da região, a mais urbanizada e a mais populosa, concentrando 36,40% da população regional. A cidade concentra, na zona urbana, em torno de 95% da população e na zona rural, o equivalente a 5,3%.

Tratou-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa⁽¹¹⁾ que permitiu apreender a realidade e compreender processos, as relações que os diferentes atores possuem sobre o atendimento de suas necessidades de saúde.

O universo do estudo constituiu-se de usuários da rede Municipal de Saúde que foram acompanhados pelo serviço de TB no período 1998 a 2008, foram investigados 20 usuários *aleatórios*. Destes realizaram-se entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e foram interrompidas quando as informações, aos serem analisadas, começaram a se repetir, em conformidade com o critério da saturação dos dados com 13 usuários os demais não foram localizados devido: a mudança de endereço, falha no preenchimento da notificação e/ou óbito do usuário.

A fim atender aos objetivos propostos pelo estudo foi utilizada a *Análise de Conteúdo Temática*¹¹. Este método propõe três etapas para análise dos resultados: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. Dessa forma, após a leitura foram agrupadas em três eixos temáticos: *Sinais, Sintomas de tuberculose e o Acesso ao serviço de saúde; Tratamento e Perspectivas que vislumbram uma Linha de Cuidado*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sinais, sintomas de tuberculose e o acesso ao serviço de saúde

No primeiro eixo temático reuniram-se depoimentos sobre associação de sinais e sintomas com a suspeita de estar doente e como os usuários chegaram ao serviço de saúde.

[...]dai comecei emagrecer, emagrecer e sentir muita dor nas costas, eu já nem caminhava mais emagreci 10 kg em menos de um mês, fui no hospital com minha mãe, cheguei lá com 40°C de febre, que não

baixava, [...]me levou no hospital, fiz exame de catarro lá [...], consultei lá, ai fiz RaioX e o Doutor falou que eu tava com um buraco no pulmão [...](E3)

É , isso aí [Tuberculose] é desconfortável pra gente, o cara [Entrevistado] tá conversando contigo e de repente começa a tossir e tu não sabia que era aquilo [Tuberculose]. (E10)

Os depoimentos permitiram conhecer melhor a realidade de vida das pessoas com TB, a vivência da doença, o reconhecimento das necessidades em saúde, bem como as condições que facilitaram ou dificultaram o enfrentamento da doença. Dessa maneira, associamo-nos⁽¹²⁾ que a demora no diagnóstico da TB dificultam o enfrentamento da doença, sendo iniciado o tratamento quando os sinais e sintomas atingem forma aguda e então associa-se a à baixa resolutividade dos serviços para a demanda dessas pessoas, agravando do quadro.

A principio foi feito Raio X não mostrava quase nada e mandavam ela pra casa, dai ela [Entrevistada] foi embora pra casa dela, a dor começou a aumentar e aumentar, levamos no PA, na pediatria ai também mandaram ela pra casa dai mandaram ela pra casa aqui , dai como não passava a dor nós voltamos com ela no PA (E1).

Além disso, a relação que os entrevistados mencionaram existir entre o início do tratamento e demora do diagnóstico de TB, evidencia o itinerário pelos serviços de saúde até que o diagnóstico correto fosse realizado no hospital, demonstrando o despreparo de alguns profissionais de saúde, pois foi frequente o relato da ida a diversos serviços de saúde, o que se contrapõem ao Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾ no que se refere como porta preferencial de acesso aos serviços de saúde as UBS's, as quais tem competência de resolver 80% dos problemas de saúde, entre eles a tuberculose e, assim, devem ter profissionais treinados para fazer o diagnóstico e realizar o acompanhamento do usuário. A falta de organização e o funcionamento dos serviços representam uma barreira para o efetivo acesso dos doentes de TB, na medida em que podem dificultar as vantagens obtidas com o diagnóstico precoce e repercutir na motivação do paciente, afetando o tratamento e a cura⁽¹³⁾.

O MS⁽¹⁴⁾ ressalta que o enfoque na territorialidade das ações está entre as principais diretrizes das políticas públicas mundiais em tuberculose, com o objetivo de facilitar o acesso das pessoas, tendo em vista que a maioria dos casos pode ser diagnosticada por profissionais generalistas e em UBSs para que dessa forma as ações de controle da tuberculose pela ESF rompa os obstáculos no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença, principalmente entre os grupos sociais vulneráveis⁽¹⁵⁾. Logo, considerando-se as diretrizes do SUS⁽¹⁶⁾ todas as unidades de atenção à saúde possuem função de porta de entrada a fim de garantir o acesso e o cuidado integral. Dessa forma, exige a garantia do atendimento ao sintomático respiratório em qualquer unidade sanitária⁽¹⁷⁾.

Eu fui marquei a consulta aqui no postinho aí eu fui consultar com a Doutora [...] ela examinou a minha garganta e me disse que eu tinha infecção[...]de noite e não aliviava nada [...] fiquei ruim e a minha irmã que mora ali naquela rua levou-me pro universitário [Hospital Universitário de Santa Maria] aí lá me encheram de aparelho e disseram no outro dia que eu tinha isso a [Tuberculose].(E7)

Estudos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ apontaram que a descentralização do tratamento ao doente com TB ocorreu, mas que o acesso ainda é uma barreira para o usuário chegar ao sistema de saúde.

Acrescenta-se que as experiências dos usuários, em relação à recusa de atendimento em dia não agendado e à baixa resolutividade dos serviços, têm levado a uma inversão do sistema⁽¹⁹⁾, determinando um aumento da procura dos serviços de urgência e emergência com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no âmbito da atenção básica. Sabe-se que a resolutividade¹⁹ se dá através de um maior acesso aos serviços de atenção básica de demanda, em termos assistenciais, de promoção e proteção à saúde, o que resulta numa diminuição da utilização de serviços mais complexos. Desse modo, entende-se que a UBS, porta de entrada de um sistema de saúde, deve ser acessível ao usuário que, muitas vezes, recorre aos serviços de urgência pelas dificuldades de acesso.

O usuário procura, na relação com o trabalhador⁽²⁰⁾, uma acolhida que seja capaz de interferir no seu problema; não conseguindo, buscará ultrapassar os obstáculos que lhe são impostos, tanto na recepção quanto na assistência, na tentativa de resolver as suas necessidades.

Tratamento

No segundo eixo temático reuniram-se depoimentos relacionados ao tratamento bem como orientações no serviço de saúde, uma vez que, realizar o tratamento inclui: tomar os medicamentos, de forma individual ou de forma supervisionada; ir às consultas; fazer exames; conhecer mais sobre a doença e o tratamento; ficar afastado do trabalho; fazer uma alimentação mais consistente; e fazer repouso.

Ah foi horrível né, foi horrível, foi pior. (E4)

Pra eu ficar em lugar ventilado, e não ter contato com outras pessoas né, cuidado com pratos, talheres, essas coisas. (E4)

Para alguns usuários a TB era um experiência nova, outros tinham conhecimento pelo fato de outros indivíduos da comunidade apresentarem a doença e outros relacionavam como uma doença do passado.

[...] me senti bem porque antigamente todo mundo falava que não tinha a tal de cura, desse problema [Tuberculose], aí eu fiquei tranquilo, eu fui lá no[...]eu tive uma irmã

que também teve, um vizinho meu aqui do lado que eu digo que trabalha na [...]teve também, se curou.[...] teve mais gente que eu conheço aí, o médico que me contou “isso não é problema”! Antigamente dava tuberculose não tinha cura né? (E11)

Ainda apresentaram dicotomia no que se refere aos sentimentos vivenciados: “medo” e “alívio”. No que se refere, ao tratamento os usuários relataram bom atendimento, embora esse seja centralizado em uma unidade do município.

Eu fiquei muito chocada né? Porque, até então eu estava com quase 50 anos na época né? E eu nunca tinha visto falar nessa doença de intestino [Tuberculose Intestinal], tuberculose eu sabia que era do pulmão e daí então fui constatar que dá em todos os órgãos né da pessoa. (E9)

Eu chorava, mas eu achava que era outra doença, eu dizia para o Doutor, que eu não era isso aí, que era outra doença que eu tinha, eu tinha medo de morrer, mas de outra doença [...] o Doutor me falou que era uma doença do pulmão, aí eu fiquei faceira, porque eu pensava: o pulmão eu faço um tratamento e tenho cura e de outras doenças eu não posso ter. (E6)

A falta de conhecimento sobre a doença ou conceitos errôneos e equivocados sobre o modo de transmissão do bacilo fortaleceram a dimensão individual da vulnerabilidade dessas pessoas ao adoecimento pela TB. Apesar de a TB ser uma doença passível de cura, ainda constitui um evento marcante na vida da pessoa, revelando que o estigma e o preconceito ainda a acompanham⁽²¹⁾.

Eu achei que eu não ia conseguir me salvar, [...] eu pensei que estava no final né? Porque eu achei que não teria cura né?(E13)

Apesar do encorajamento das pessoas com TB, pelos profissionais de saúde, para o enfrentamento das dificuldades transitórias, decorrentes do tratamento medicamentoso, observa-se que causam transtornos às pessoas e deixam marcas permanentes em suas vidas⁽²²⁾. Os contextos de vida em que a TB se manifesta são, provavelmente, a causa da relação que os doentes estabeleceram entre necessidades de saúde e boas condições de vida, adoção de hábitos de vida saudáveis, condições para realizar o tratamento e obtenção da cura.

Recomenda-se⁽²³⁾ que os programas de controle de tuberculose, mais do que minimizar o tempo de demora do cliente na busca do diagnóstico e maximizar o início do tratamento, devam acolher os usuários de forma integrativa e participante. Nesse sentido, os profissionais de saúde da família devem estar sensibilizados para escutar as queixas do cliente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo.

Assim, tornam-se coparticipes e capazes de integrar as equipes para compreender a dinâmica e os nós críticos⁽²⁴⁾ dos serviços de saúde e, assim, como coadjuvantes, colaboram na redução dos entraves que surgem no transcurso do tratamento e da cura da tuberculose, respeitando a dignidade e a autonomia daqueles que buscam os serviços de saúde. Concorda-se que a via de acesso⁽²⁵⁾, metaforizada na concretude da porta, diz que sua função não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando, ao máximo, as tecnologias leves de que se dispõe no âmbito do conhecimento das relações interpessoais. Os horários rígidos e limitados e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à atenção básica, especialmente nos grandes centros, em que parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia⁽²⁶⁾.

Era cedo, tinha que tá lá 6:30, até umas 9:30, 10 horas saía. (E13)

Geralmente eles não me informavam nada né? A única vez me falaram assi: paraa eu cuidar, tomar os remédios certinho [...] Geralmente era de manhã lá [Unidade de referência no município], eu ia, pediam sempre pra eu ir cedo lá, 7:30 senão me engano. É, geralmente eu ia antes do serviço né? Por exemplo: amanhã eu tenho que ir no posto[Unidade de referência no município] pra pegar remédio e entregar o exame pra eles, eu já avisava na firma e ia direto lá né?. (E5)

[...] a minha tia irmã da minha mãe era buscava remédio lá pra mim por que eu não tinha condições de ir ai ela buscava pra eu toma ai eu fiz o tratamento seis meis em seis meis tomava (E10)

Foi bem... [como a senhora pegava medicação?] Lá... lá na farmácia abaixo do hospital de [...] lá naquele postinho buscava [Centro de referência do município]. (E7)

A ESF vem mantendo a forma excludente de atendimento, no qual a prioridade é de quem chegar primeiro, não se constituindo em um modelo de atenção comprometido com sua população. Além disso, a população está sendo desumanamente tratada, tendo que enfrentar fila na madrugada. Este é o ponto mais importante que a utilização do acolhimento, como ferramenta de organização do serviço, propõe reverter⁽²⁷⁾.

Os serviços de saúde, com frequência, apresentam uma série de obstáculos⁽²⁸⁾ que dificultam o primeiro contato do doente, tais como o horário de atendimento dos mesmos, o acesso às consultas e tempo gasto na sala de espera. Estudo realizado no mesmo município, em Unidades de Saúde da Família, relevou que a avaliação do horário de funcionamento do serviço também foi positiva, mas no discurso evidenciou-se a expectativa de estender o horário de atendimento, inclusive para outros turnos.

Perspectivas que vislumbram uma Linha de Cuidado

No que se refere a demanda aos serviços⁽²⁹⁾ de saúde que pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário, pode se efetivar por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma como os serviços organizam a sua oferta. Contudo, as necessidades de cada usuário podem ser outras que se organizam de acordo com busca de respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida.

[...] para mim tem sido muito bom, depende de pessoa para pessoa, porque essa minha colegas mesmo tem plano da [...] mas daí tem que pagar não sei quanto né? Por exames, essas dificuldades né? E eu disse: não, mas se tu tem uma necessidade que eu tive na época, você vai atrás que tu consegue, demora um pouquinho mas consegue e eu acho que está melhorando. Com relação a mim, não tenho do que me queixar, inclusive do meu medico que é particular e me atende pelo SUS né?, qualquer problema que eu tenho, tiro ficha lá para ele, ele me atende. (E9)

A discussão fomentada baseia-se na oferta restrita de serviços no município o que faz com que o usuário procure atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo que os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Essas reúnem uma gama de recursos que embora superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, apresentam-se de encontro a atenção básica no município que oferece apenas a consulta médica. Diante disso a proposta articulada⁽³⁰⁾ para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde municipal, começa pela reorganização dos processos de trabalho na atenção básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais o que autores denomina de uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

Olha eu acho que o médico teria que ir até o fim né? Porque tem médico que é assim que nem político depois que ganham só mandam as secretárias atender o cara e eles não. [...] pega lá e assina o papel e dizer não tu já tá livre [...] Até a última vez que eu tava preso ali me levaram de furgão ali na universidade[Hospital Universitário de Santa

Maria] foi um médico que me atendeu, olhou para mim: “Bá ele já ta bom”, não assino, nem me examino nada, ai deu alta lá [...] É o problema é que os médico tem que acompanhar a gente até o fim [...] Bá assim é errado isso [...] deveria ta até o fim né?(E8)

Não obstante, a integralidade sugere a assistência multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação do usuário, onde ocorra responsabilização da equipe pelo cuidado. Onde seja exercido diversos campos de saberes e práticas. A assistência oferecida pelos profissionais deve se pautar na escuta qualificada, na valorização das queixas e na identificação de suas necessidades, para que, em conjunto com a pessoa em tratamento e sua família, sejam definidas estratégias e ações a serem realizadas, segundo um processo de corresponsabilização entre o profissional e o doente⁽³¹⁾. Dessa maneira, desenvolvam-se um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, deve ser levada ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade como apoio ao diagnóstico, tendo em vista que o diagnóstico da TB pode ser realizado na Atenção Básica com os recursos oferecidos.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose⁽¹⁷⁾ reconhece a importância de horizontalizar o combate a TB, integrando rede de Serviços de Saúde. Por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. O desenvolvimento de ações educativas em saúde, busca ativa de sintomáticos respiratórios, comunicação e mobilização social, em especial na municipal, enfocando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde constituem-se formas de fortalecer o Tratamento Supervisionado e auto-administrado (DOTS) no bem como facilita a realização e registro sistemático das Baciloscopias de controle nas UBS.

Eu acho que tinha que ser mais acompanhado, por médicos, o pessoal da saúde[...] Eu sugiro irem nas casas, em Santa Maria tem muita gente com Tuberculose, isso não é nem um nem dois, tem muita gente, o que o cara via lá no posto[Unidade de referência no município] quando eu tava em tratamento de gente pegando remédio[...] é bastante. E na parte de tuberculose lá, as pessoas ficavam ali na fila todo mundo esperando, era cheio, não era pouco, eram caixas e caixas de remédios no dia da entrega[...] O pessoal fazer exame, que fosse um programa de [...]. que fosse divulgado na televisão ou no jornal: tal dia é o dia da tuberculose, fazer um exame geral pro pessoal desse bairro pobre de tudo[...]Pra vir fazer os exames, tipo o dia da tuberculose, ai todo mundo [...] tenha vacinação, faz o dia da

tuberculose, num fim de semana, diz: ó tal lugar vai ter vacinação nos postos[Unidades Básicas de Saúde]... em todos os postos[Unidades Básicas de Saúde]. (E13)

Isto permite o acesso universal da população às suas ações. Constituem-se as normativas a organização e divulgação da rede assistencial, identificando Unidades de Saúde de Referência, rede laboratorial bem como o fluxo de atendimento aos pacientes. Sendo assim, a consolidação das ações do Programa inclui a ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com ações de capacitação e participação dos profissionais da Atenção Básica (AB) na vigilância, prevenção e controle de ações assistenciais ao tratamento e controle da TB, para que ocorra a ampliação no DOTS Tratamento Supervisionado a todas as Unidades de Saúde dos municípios.

Visto que, o PNCT⁽¹⁷⁾ enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à TB: Coalizão Global de TB (Stop TB); União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias (UICR); Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan Americana de Saúde (OPS) , entre outras. Por intermédio destas colaborações e parcerias, o PNCT visa o sinergismo e multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB.

Dessa forma a descentralização das ações de saúde relacionadas à TB exige repensar na organização dos Serviços de Saúde, em especial no município, para uma forma que ultrapasse o cuidado individual, tendo como base o envolvimento, o interesse e o compromisso com o trabalho e com a comunidade, além da adoção de tecnologias que incluam os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral nas ações de saúde. Pois, o acolhimento e o vínculo foram identificados como tecnologias leves⁽³²⁾ desenvolvidas pelos profissionais de saúde, tidas como fundamentais para otimizar o cuidado necessário. Tais práticas auxiliam no resgate da autonomia dos sujeitos, por meio do estabelecimento de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, deslocando o foco da produção de procedimentos para a oferta de cuidados Assim percebe-se pelos estudos⁽³²⁾ que quando há essa supervisão, as pessoas em tratamento reconhecem sua importância, trazendo vários benefícios, tais como a desmitificação da doença pelo contato constante com os profissionais de saúde, contribuindo para modificar também a imagem e o medo que as pessoas próximas tinham do contágio.

Além disso, as UBSs/ESFs devem ampliar suas funções buscando garantir o princípio da integralidade aos problemas de saúde de uma população. Uma possibilidade seria a enfermeira voltar seu trabalho para a clínica, valorizando dessa forma o acolhimento e o vínculo do usuário como serviço, aumentando a resolutividade da rede básica⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

A partir do exposto a conformação de um pacto para construção da LC no referido município se produz a partir da vontade política, recursos cognitivos e materiais, concomitante a reorganização do processo de trabalho em nível da Atenção Básica.

Assim, organizam-se com grande capacidade de interlocução, negociação, associação técnica e política, para que fomente a implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial proporcionando a disponibilidade de recursos que devem alimentar não somente, as linhas de cuidado mas, sobretudo, fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede” favorecendo uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção com a perspectiva de contra-referência em ESF's na Unidades Básicas. Considerando-se as demandas de saúde dos usuários onde deva existir o vínculo e acompanhamento permanente já proposto pelo PNCT, além da descentralização do diagnóstico e tratamento nas UBS do município para que essa tenha não apenas, corresponsabilização que envolva os diversos atores na gestão de projetos terapêuticos mas, sobretudo, controle das prioridades assistenciais para prover encaminhamentos o que garantirá a continuidade do tratamento do usuário além de uma política intersetorial estruturante na questão dos processos de saúde-doença. Visto que observou-se que as dificuldades para a obtenção do sucesso na adesão e, principalmente, no tratamento da TB estão correlacionadas com problemas operacionais de acesso e acessibilidade que remetem à condição e ao modo como a equipe de saúde se organiza para desenvolver o trabalho.

REFERÊNCIAS

- Weiller TH. O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: Um cenário de controvérsias. Ribeirão Preto, 2008. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP-área de concentração: enfermagem em saúde pública.
- Villa TCS, Ruffino-Neto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de Atenção Básica no controle da Tuberculose no Brasil. *J bras pneumol.* 2009;35(6):610-12.
- Who World Health Organization. Addressing poverty in tb control: Options for national Tb control programmes. World Health Organization (geneva) 2005.
- Palha PF. A sustentabilidade da estratégia do tratamento supervisionado no controle da Tuberculose, segundo o contexto geopolítico histórico. Ribeirão Preto, 2007. 140 f.: il.; 30 cm. tese de livre docência.
- Palha PF et al. Acesso aos serviços de atenção à Tuberculose: análise da satisfação dos doentes. *rev esc enferm usp, ribeirão preto/sp,* 46(2):342-8, 2012.
- Weiller TH. Acessibilidade e Acesso na avaliação dos serviços de saúde. Departamento de Enfermagem. UFSM. Santa Maria/RS, julho; 2009. Apresentação em multimídia no núcleo de estudos em saúde coletiva
- Pinto HA. Linhas de Cuidado na Bahia: Um conceito em viva produção. *Revista Baiana de saúde pública. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.* v. 33, n.1, p.22-34, jan/mar. 2009.salvador: Secretaria Da Saúde Do Estado Da Bahia, 2009
- Merhy EE, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.)
- Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva [online].* 2011, vol.16, n.6, pp. 2753-2762. issn 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000600014>.
- Cecílio LCO. The Death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. *Interface Comun Saude Educ* 2009; 13(supl.1):545-555.
- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: hucitec, 2010.
- Paz EPA, Sá AMM The daily routine of patients in Tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach. *Rev Latino Am Enferm.* 2009;17(2):180-6.
- Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- Figueiredo TMRM. Acesso ao tratamento de Tuberculose: Avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde - Campina Grande/PB, Brasil [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
- Brasil MS. Fundação Nacional de Saúde. Centro de referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da TB: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
- Tavares MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação da Atenção Primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* v.5, n.25, p.1054-1062, mai, 2009.
- Brasil MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. 2010.
- Scatena LM. et al. Dificuldades de Acesso a Serviços de Saúde para Diagnóstico de Tuberculose em municípios do Brasil. *Rev. Saúde Pública,* v.3, n. 43, p.389-397, 2008. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-

89102009000300001&lng=pt. epub 10-abr-2009. doi: 10.1590/s0034-89102009005000022.

19. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e Acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [scielo - scientific electronic library online] 2003; 19(1), p. 27-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>.

20. Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo(SP): hucitec; 2002.

21. Porto A. Representações sociais da Tuberculose: Estigma e Preconceito. *Rev Saúde Pública*. 2007;41 supl 1:43-9.

22. Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para Tuberculose. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):636- 43.

23. Bertolozzi MR. A adesão ao Programa de Controle de Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

24. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Afiliada; 1994

25. Almeida LLSL. Agentes comunitários de saúde e o acolhimento aos doentes com Tuberculose no Programa Saúde da Família. *Bol Pneumol Sanit*. 2004; 12(13):145-54.

26. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma Equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. saúde Publica* [periódico on line] 2004 nov-dez; 20(6) [aprox. 8 telas]. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>.

27. Gaivoso VP, Mishima SM. Users Satisfaction from the perspective of Acceptability in the family health scenario. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):617-25.

28. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. in: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, ims: ABRASCO; 2001. p.113-26

29. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas (SP), 2003. (mimeo).

30. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(4):712-8.

31. Fernandes MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupo de diabéticos e hipertensos na saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 supl 1:1331-40.

32. Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para Tuberculose. *Texto Contexto Enf*. [online]. 2010, vol.19, n.4, pp. 636-643. issn 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000400005>.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015/04/08
Accepted: 2015/10/04
Publishing: 2015/12/01

Corresponding Address

Adalvane Nobres Damaceno
 Universidade Federal de Santa Maria.
 Av. Roraima, 1000 - Camobi, Santa Maria - RS, 97105-900
 Email: adalvane.damaceno@yahoo.com.br