



A COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE NA VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

THE COORDINATION OF ASSISTANCE IN TUBERCULOSIS CONTROL IN THE NURSING TEAM'S VIEW

LA CORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA VISIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Janaina Benatti de Almeida¹, Maria Amélia Zanon Ponce², Anneliese Domingues Wysocki³, Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos⁴, Silvia Helena Figueiredo Vendramini⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a coordenação da assistência aos portadores de tuberculose pela equipe de enfermagem. **Método:** estudo epidemiológico, descritivo tipo inquérito, analítico e transversal. 79 profissionais de enfermagem foram entrevistados com formulário pré-estruturado e os dados foram analisados com técnicas de análise descritiva e o teste T-Student para grupos independentes. **Resultados:** os enfermeiros classificaram a coordenação da assistência mais efetiva que os auxiliares/técnicos de enfermagem, houve diferença estatística das opiniões entre as categorias, principalmente sobre sistemas de informação. **Conclusão:** a coordenação da assistência à tuberculose ainda é frágil e são precisos esforços individuais da equipe e políticos municipais para que seja atingida a assistência coordenada da tuberculose. **Descritores:** Equipe de Enfermagem; Gestão em Saúde; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Tuberculose.

ABSTRACT

Objective: to analyze the coordination of care for tuberculosis patients by the nursing team. **Method:** this is an epidemiological study, descriptive, and survey, analytical and transversal type. There were 79 nursing professionals interviewed with a pre-structured form, and the data were analyzed using descriptive analysis techniques and the T-Student test for independent groups. **Results:** Nurses classified care coordination as more effective than nursing assistants/technicians, there were statistical differences between categories, especially information systems. **Conclusion:** Coordination of tuberculosis care is still fragile, and individual efforts of the team and municipal politicians are needed to achieve coordinated tuberculosis care. **Descriptors:** Nursing Team; Health Management; Process Assessment (Health Care); Health Care Evaluation Mechanisms; Tuberculosis.

RESUMEN

Objetivo: analizar la coordinación de la asistencia a los portadores de tuberculosis por el equipo de enfermería. **Método:** estudio epidemiológico, descriptivo tipo inquérito, analítico y transversal. 79 profesionales de enfermería fueron entrevistados con formulario pre-estructurado y los datos fueron analizados con técnicas de análisis descriptiva y el test T-Student para grupos independientes. **Resultados:** los enfermeros clasificaron la coordinación de la asistencia más efectiva que los auxiliares/técnicos de enfermería, hubo diferencia estadística de las opiniones entre las categorías, principalmente sobre sistemas de información. **Conclusión:** la coordinación de la asistencia a la tuberculosis aún es frágil y son precisos esfuerzos individuales del equipo y políticos municipales para que sea afectada la asistencia coordinada de la tuberculosis. **Descritores:** Grupo de Enfermería; Gestión en Salud; Evaluación de Proceso (Atención de Salud), Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud; Tuberculosis.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: janabalmeida@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela EERP/USP, membro do GEOTB/REDE-TB. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus de Três Lagoas-MS. Curso de graduação em enfermagem, Brasil. E-mail: lilisew@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: mlsperli@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: silviahve@gmail.com

INTRODUÇÃO

O conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tenta redefinir a forma como a assistência à saúde está organizada, caracterizando-se como uma formação polierárquica de um conjunto de serviços, com uma missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, coordenada pela Atenção Básica (AB) em que os pontos de atenção se relacionam horizontalmente e são igualmente importantes.¹ A AB como coordenadora da RAS precisa ser capaz de garantir a continuidade da atenção ao doente no sistema de saúde, assegurando a provisão de insumos, recursos, o fluxo de informações dos usuários e articulando-se intra e extrassetorialmente.^{2,3}

Na atenção à Tuberculose (TB), a coordenação da assistência faz-se essencial, já que o grande problema não é a forma de detecção e tratamento, e sim como os serviços se organizam para fazê-los.² A equipe de enfermagem tem papel primordial para o alcance da efetiva coordenação da assistência, já que na prática diária das ações de controle da TB executa tanto atividades assistenciais e de promoção à saúde como as administrativas e gerenciais.

Neste contexto, destaca-se a centralização de ações no enfermeiro, que é o maior responsável pela manutenção da articulação com os diversos pontos de atenção na assistência à TB, centralizando em si atividades de monitoramento, controle e sistema de informações, o que gera sobrecarga de trabalho e até diminuição da qualidade e resolutividade das assistências e ineficiência dessa coordenação.⁴⁻⁶

Sendo a equipe de enfermagem a mais envolvida nos aspectos relacionados à coordenação do cuidado em TB, faz-se essencial utilizá-la como população do estudo, já que possibilita uma visão abrangente das potencialidades e fragilidades do processo integração das ações e serviços, as quais se efetivas possibilitam o controle e combate da Tuberculose, problema de saúde ainda prevalente e de difícil controle. Para tanto, este estudo tem como objetivo analisar a coordenação da assistência aos portadores de tuberculose pela equipe de enfermagem.

MÉTODO

Foi realizado estudo epidemiológico, descritivo tipo inquérito, analítico e efetuado de forma transversal, integrante do projeto multicêntrico intitulado *“Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção*

para controle da doença em municípios das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil” (CNPq processo número: Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas e FAPESP processo número: 2013/22512-3), do qual São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, fez parte.

O município tem população de 408.258 habitantes⁷ e o sistema de saúde é composto por 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 15 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 28% em 2013.⁸

As ações do programa da TB são descentralizadas para os serviços de saúde da AB desde 2008 e contam com uma equipe de referência responsável pelas ações de controle da TB em cada Unidade de Saúde do Município. Esta equipe foi estabelecida pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), sendo composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar/técnico de enfermagem.

Após o diagnóstico e início do tratamento, o portador da doença é acompanhado no próprio Serviço de Saúde de sua área de abrangência e realiza o Tratamento Diretamente Observado (TDO) três vezes por semana, preferencialmente no Serviço de Saúde ou no domicílio (em caso de impossibilidade de comparecer ao serviço por imobilidade física ou não adesão ao tratamento). Os casos extrapulmonares, recidivas, retratamento, coinfeção e resistência medicamentosa ou outro aspecto específico de complexidade são encaminhados para os serviços especializados, sendo eles: 01 Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase - ATH e 01 Serviço de Atendimento Especializado - SAE (referência para coinfeção TB/HIV).

No Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase (ATH) são desenvolvidas também as ações do Programa de Controle à Tuberculose (PCT), compartilhando a mesma estrutura física e equipe, que realiza tanto ações assistenciais especiais como o apoio técnico aos serviços de saúde e ações de Vigilância Epidemiológica (VE).

A comunicação entre os serviços (encaminhamento de casos, agendamento de consultas) acontece por guia de referência e contrarreferência, bem como por ligações telefônicas que, segundo fluxo estabelecido pela gerência dos serviços, devem ser registradas em prontuário.

Existem, ainda, reuniões trimestrais entre Secretaria de Saúde Local e equipe de referência em TB das Unidades de Saúde para discussão de casos e, na maioria das vezes, conta somente com a presença do enfermeiro,

Almeida JB de, Ponce MAZ, Wysocki AD et al.

A coordenação da assistência no controle...

o que é justificado pela sobrecarga de trabalho dos demais profissionais nos serviços; também, acontecem reuniões da equipe local nos próprios Serviços de Saúde, diária ou semanalmente, com a mesma finalidade. São realizadas visitas institucionais em cada Serviço de Saúde pela equipe do PCT uma vez ao ano, visando à análise da qualidade das ações e serviços da equipe de referência das Unidades de Saúde.

Para descrever o cenário no presente estudo foi utilizado roteiro de observação pré-estruturado e elaborado de acordo com os requisitos básicos para atendimento de portadores de TB descritos no Manual de Diretrizes para o Controle da Tuberculose.⁹

A população do estudo foi composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuavam nos 26 Serviços de AB e nos dois serviços de saúde especializados (ATH e SAE). Foram selecionados para o estudo preferencialmente profissionais integrantes da equipe de referência responsável pelas ações de controle da TB nas Unidades de Saúde e também os profissionais que já tinham acompanhado algum caso de TB durante sua atuação que aceitassem participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo profissionais que nunca atenderam portadores de TB.

O processo de amostragem foi feito por conveniência envolvendo todos que aceitaram. Houve a recusa de dois auxiliares de enfermagem e os mesmos foram substituídos por novos informantes-chave, sendo a amostra final de 79. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Foram realizadas entrevistas com o formulário proposto por *MacCool Institute for Health Care Innovation*, adaptado e validado no Brasil por Moyses¹⁰, para a “*avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas*” e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas usuárias. Este formulário foi adaptado para a atenção à TB a partir das recomendações do Manual de Diretrizes para o Controle da Tuberculose⁹, contendo 36 componentes divididos em sete dimensões avaliativas, sendo estas: I - Organização da atenção à TB, II - Articulação com a comunidade, III - Autocuidado apoiado, IV - Suporte à decisão, V - Desenho do sistema de prestação de serviços, VI - Sistemas de informação clínica e VII - Integração dos

componentes do modelo de atenção às pessoas com TB.

A capacidade para a coordenação da assistência à TB foi avaliada pelas dimensões e seus componentes, utilizando-se uma escala de Likert, aos quais foi atribuída pontuação de 0 a 11, sendo 0 a pior capacidade de atenção à TB e 11 a melhor. De acordo com a pontuação atribuída pelo profissional, as respostas puderam ser qualificadas da seguinte forma:

- Capacidade Ótima: média entre 9 e 11 pontos - NÍVEL A;
- Capacidade Razoável: média entre 6 e 8 - NÍVEL B;
- Capacidade Básica: média entre 3 e 5 - NÍVEL C;
- Capacidade Limitada: média entre 0 e 2 - NÍVEL D.

Para estabelecer a classificação da capacidade dos serviços de AB para o controle da TB em cada dimensão avaliativa foi utilizada a média das pontuações atribuídas em cada componente.

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados através do programa *Statistica*, versão 10.0 da Statsoft, no qual foram utilizadas técnicas de análise descritiva dos dados (média e desvio padrão - DP) e o teste T-Student para grupos independentes com intervalo de confiança de 95%.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP e aprovado sob parecer nº 313.199, atendendo às recomendações contidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram entrevistados 79 profissionais de enfermagem, sendo dentre estes 23 auxiliares ou técnicos de enfermagem (29,1%) e 56 enfermeiros (70,9%). Os auxiliares ou técnicos de enfermagem tinham mais tempo em serviço que os enfermeiros, sendo em média 6,3 anos (DP = 5,2), enquanto os enfermeiros apresentavam 1,7 anos em média (DP = 1,8).

Após análise da coordenação da assistência à TB pelas categorias profissionais da equipe de enfermagem, observou-se diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem em relação ao papel do Conselho Local de Saúde na Atenção aos portadores de TB ($p = 0,025$), ao acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias ($p = 0,007$), em que os enfermeiros

analisaram como melhor a capacidade da equipe.

Na dimensão IV - Suporte à decisão, percebeu-se diferença significativa em quase todos os componentes, exceto no componente Informação às pessoas sobre TB. Quanto ao retorno de informações dos portadores de TB,

a contrarreferência, verificou-se que os enfermeiros classificaram esta mais efetiva que os técnicos/auxiliares de enfermagem, em que houve diferença significativa entre os respondentes ($p = 0,029$). Todos os resultados segundo categoria profissional e dimensões avaliativas estão descritos nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Análise da Coordenação da Assistência ao portador de TB segundo Organização da Atenção à TB, Articulação com a Comunidade, Autocuidado Apoiado e Suporte à Decisão por categoria profissional, São José do Rio Preto (2013-2014)

Dimensão Avaliativa	Enfermeiro		Téc. / Aux. Enfermagem		p
	Média	DP	Média	DP	
I - Organização da atenção à TB	7,8	1,8	7,6	1,1	0,667
Interesse do gerente do Serviço de Saúde em relação às mudanças na atenção à TB	8,9	2,8	8,6	1,8	0,604
Metas pactuadas e registradas pelo Serviço de Saúde para o controle da TB na área de abrangência	8,9	3,3	7,2	3,7	0,053
Estratégias para melhoria da atenção à TB	9,6	2,2	10,0	1,5	0,493
Estratégias para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB	8,4	1,7	7,9	2,2	0,258
Participação do gerente do Serviço de Saúde para melhoria da atenção à TB	7,5	2,7	8,4	1,4	0,136
Benefícios e incentivos aos portadores de TB	3,4	3,8	3,5	3,7	0,947
II - Articulação com a comunidade	4,8	2,8	3,8	2,9	0,168
Articulação do Serviço de Saúde e portadores de TB com as organizações da comunidade	3,5	4,0	1,8	3,5	0,110
Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB	3,0	3,4	1,9	3,3	0,245
Conselho/Comissão Local de Saúde	4,7	3,0	2,8	2,0	0,025
Agente Comunitário de Saúde	8,3	3,5	7,5	3,7	0,356
III - Autocuidado apoiado	7,4	1,9	6,4	2,4	0,067
Registros relacionados ao apoio dos profissionais no Serviço de Saúde para o portador de TB cuidar da própria saúde	6,4	2,7	5,6	3,1	0,301
Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde	6,6	4,3	4,9	4,1	0,122
Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias	9,4	1,4	7,9	3,1	0,007
Intervenções de mudança de comportamento de portadores de TB	7,2	2,5	7,5	1,4	0,532
IV - Suporte à decisão	8,4	1,7	6,6	2,1	< 0,001
Manual de diretrizes para o controle da TB no Serviço Unidade de Saúde	10,2	1,3	7,6	4,0	<0,001
Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de saúde do Serviço	8,6	2,9	6,9	3,2	0,032
Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB	5,6	3,0	3,5	3,2	0,008
Informações às pessoas sobre TB	9,0	2,2	8,5	2,3	0,321

Legenda: Capacidade Ótima: média entre 9 e 11 pontos - NÍVEL A; Capacidade Razoável: média entre 6 e 8 - NÍVEL B; Capacidade Básica: média entre 3 e 5 - NÍVEL C; Capacidade Limitada: média entre 0 e 2 - Nível D.

Tabela 2. Análise da Coordenação da Assistência ao portador de TB segundo Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, Sistema de Informação Clínica e Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às pessoas com TB por categoria profissional, São José do Rio Preto (2013-2014)

Dimensão Avaliativa	Enfermeiro		Téc. /Aux. Enfermagem		p
	Média	DP	Média	DP	
V - Desenho do sistema de prestação de serviços	7,6	1,3	7,2	1,6	0,259
1. Trabalho em equipe para o controle da TB	7,1	1,8	6,8	2,2	0,635
2. Profissional de Saúde do próprio Serviço que é referência para o desenvolvimento de ações de controle da TB	8,2	2,5	7,3	3,12	0,216
3. Sistema de agendamento para o tratamento da TB	8,0	2,2	8,0	1,9	0,907
4. Monitoramento das situações da TB na comunidade	6,6	2,6	6,2	2,6	0,523
5. Atenção planejada para o controle da TB	8,4	1,3	8,2	1,3	0,717
6. Continuidade do cuidado ao portador de TB	7,5	1,8	7,6	1,7	0,828
VI - Sistemas de informação clínica	7,0	1,3	6,7	1,4	0,348
7. Prontuário clínico	7,6	1,6	7,3	1,2	0,574
8. Registro dos portadores de TB	7,1	1,7	6,4	2,2	0,138
9. Avisos e alertas para profissionais de saúde emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios etc.	7,0	2,4	7,4	2,4	0,482
10. Retorno de informações	7,2	2,0	5,8	3,4	0,029
11. Informações sobre portadores de TB em risco para abandono, falência e óbito	6,1	3,1	6,3	3,2	0,818
12. Plano de cuidado para os portadores de TB	6,9	1,7	6,8	1,6	0,909
VII - Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB	5,6	1,2	5,6	1,4	0,888
13. Informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado	4,3	2,3	4,7	2,7	0,583
14. Prontuários	7,1	2,1	7,2	1,5	0,766
15. Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais etc.)	1,3	2,2	0,6	1,4	0,201
16. Planejamento da atenção à TB no Serviço de Saúde em que o doente de TB realiza o tratamento	6,6	1,9	6,0	2,0	0,251
17. Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB	6,4	2,0	6,5	2,3	0,861
18. Recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB	7,8	3,2	8,0	2,4	0,796

Legenda: Capacidade Ótima: média entre 9 e 11 pontos - NÍVEL A; Capacidade Razoável: média entre 6 e 8 - NÍVEL B; Capacidade Básica: média entre 3 e 5 - NÍVEL C; Capacidade Limitada: média entre 0 e 2 - Nível D.

DISCUSSÃO

O cuidado à tuberculose (TB) na Atenção Básica (AB) requer abordagem multiprofissional, de forma coordenada cuja operacionalização esteja baseada em relações que envolvem pessoas, tecnologia e recursos.^{6,11} A equipe precisa ter consenso das ações prestadas ao indivíduo, sintonia de decisões, clareza dos objetivos propostos e devem partilhar as responsabilidades, considerando que todos os profissionais têm a mesma importância.¹²

A esta equipe dá-se o nome de equipe integração, na qual os saberes são compartilhados e há troca de experiências e o trabalho acontece de forma interdisciplinar.¹² Diferentemente do que ocorre no local de estudo e em outros locais^{6,11,13-5} onde os profissionais trabalham de forma fragmentada, com abordagem médico-centrada e consequente ausência de autonomia dos demais profissionais, ainda contando com a divergência de objetivos e “alienação” das situações do processo de trabalho da Instituição que fazem parte.

Como observado na caracterização do local da equipe que acompanha os casos de TB, a equipe de enfermagem é a que assume a maior parte das atividades propostas pelo

Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Ministério da Saúde que não seja diagnóstico e prescrição de ações individuais, mesmo sendo preconizado que toda a equipe deve participar não só do atendimento clínico individual mas também de ações de promoção e prevenção da saúde e do monitoramento da situação de TB na comunidade através da busca ativa de sintomáticos respiratórios, vigilância epidemiológica, registros adequados das ações, entre outras.^{6,11,16}

Dentro da equipe de enfermagem do município ainda há fragmentação do cuidado, já que o enfermeiro é responsável pela solicitação de baciloscopia, orientação dos doentes/comunicantes, articulação com outros serviços, realiza a supervisão do TDO e atendimento clínico individual quando necessário. O auxiliar/técnico de enfermagem, na maioria das vezes, realiza somente a supervisão do TDO na própria unidade de saúde, ficando a maior parte das atividades “burocráticas” a cargo do enfermeiro, o que gera sobrecarga de trabalho e consequente estresse e desmotivação do profissional, quadro este observado em vários estudos^{4-6,14,17} que abordavam a equipe de enfermagem no desenvolvimento de atividades de controle da TB.

Esse quadro é observado nos resultados deste estudo, no qual alguns aspectos investigados sobre a coordenação do cuidado tiveram diferenças estatísticas entre as médias obtidas pelas respostas de enfermeiros e as dos auxiliares/técnicos de enfermagem, principalmente no que diz respeito a ações não relacionadas à assistência direta do portador de TB.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem afirmaram que o Conselho/Comissão Local de Saúde tinha mais envolvimento nas decisões das ações de controle da TB do que os enfermeiros, sendo que no reconhecimento do cenário de estudo observou-se participação quase nula deste importante instrumento para a participação comunitária, mesmo diante das recomendações do Ministério da Saúde para que a comunidade defendesse as causas e se mobilizasse para extinguir a doença de circulação populacional.¹⁸

O mesmo foi observado durante o estudo em relação a atividades cotidianas que não envolvessem a assistência direta ao portador de TB, como acolhimento das preocupações dele e seus familiares, uso do Manual de Diretrizes na prática diária, envolvimento de especialistas que não fazem parte da equipe, participação em capacitações para a atenção à TB e retorno de informações, descrito como alguns dos causadores de sobrecarga de trabalho do enfermeiro.

Os profissionais enfermeiros acabam assumindo simultaneamente as ações de supervisão, gerenciamento de recursos, insumos e cuidados, além do planejamento e contato com os diferentes recursos da comunidade para realização de ações de promoção à saúde, o que complementa a ideia de divisão de tarefas e fragmentação da assistência, além de tornar-se queixa desses profissionais que se sentem desigualmente sobrecarregados de atividades em relação aos outros profissionais.^{4,5}

Além das determinações dos gerentes dos serviços de saúde, percebe-se que o enfermeiro acaba absorvendo espontaneamente atividades de outros profissionais, principalmente devido à sua formação com enfoque também gerencial e administrativo, o que impede que o mesmo reconheça a necessidade do trabalho do outro e de divisão de tarefas, levando ao cansaço, desgaste e esgotamento.^{5,6,14}

Diante da sobrecarga de trabalho, é preciso reconhecer a necessidade de capacitações dos demais membros da equipe como forma de compartilhamento de saberes, visto que nenhum profissional dispõe da totalidade de

recursos e competências necessárias para a solução exclusiva dos problemas de saúde.¹⁵

Esta capacitação não precisa acontecer somente a partir do nível central, como acontece no cenário do estudo, mas precisa acontecer com a contribuição dos membros da equipe local, inclusive o enfermeiro que é um dos únicos profissionais convidados para participar desses treinamentos e que deveria capacitar a equipe de enfermagem quanto aos aspectos assistenciais e burocráticos relacionados à assistência à TB.

A capacitação dos profissionais de saúde torna-se necessária para diagnóstico precoce, facilidade de identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade, aumento da resolutividade das equipes, facilitando a cooperação com especialistas, a confiança com a população e desenvolvimento de novas atribuições.^{3,19,20}

Uma equipe capacitada, com divisão justa de tarefas e responsabilidades cria não somente resolutividade das ações e interdisciplinaridade, como uma assistência integral e coordenada, ou seja, capaz de garantir a continuidade da atenção e a integralidade, tanto vertical (entre os diversos pontos de atenção) como horizontal (articulação entre a equipe, serviços de saúde e equipamentos sociais).²¹

A integralidade também inclui interações que acontecem entre o usuário e os profissionais, o que demanda esforços tanto da equipe como da gestão, compreendendo desde aspectos que envolvam regulações políticas do setor quanto o olhar para o sujeito - usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano. Ela pode ser definida a partir de três conjuntos de sentidos: relacionados às práticas dos profissionais, à organização dos serviços e à abrangência das políticas de saúde.^{15,22,23}

A equipe de saúde possibilita a coordenação do cuidado quando busca a integralidade da assistência através da disseminação e troca de conhecimentos sobre a referência e contrarreferência entre os diversos pontos das redes de atenção à saúde e também na troca de conhecimento entre os diversos profissionais, sejam eles de caráter da assistência direta ao portador de TB, como também em relação aos diversos processos administrativos das atividades diárias, possibilitando a ampliação dos saberes e capacitando assim os mesmos para uma prática interdisciplinar, resolutiva e com equidade de funções.

Como limitações do estudo podem-se listar a recusa na participação da pesquisa, interrupção da entrevista alegando sobrecarga de trabalho ou não conhecimento acerca do assunto, discrepâncias entre as respostas obtidas e a realidade do cenário de estudo.

CONCLUSÃO

A coordenação da Atenção à TB mostra-se bastante frágil na visão da equipe de enfermagem, visto que a equipe desta categoria ainda trabalha de forma fragmentada, com dificuldades de abordagem integral e ainda, durante a análise dos dados, apresenta diferenças estatísticas entre as respostas de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os enfermeiros mostraram-se centralizadores da maioria das atividades que envolvam comunicação com outros setores e níveis de atenção, ficando a cargo dos auxiliares/técnicos de enfermagem somente as condutas assistenciais. Essa centralização do trabalho gera estresse ocupacional, sobrecarga e falta de trabalho interdisciplinar e fere ainda o princípio da integralidade horizontal da assistência.

São precisos esforços individuais da equipe e políticos municipais para que seja atingida a assistência coordenada de TB. A divulgação dos resultados de estudos como este possibilita conhecimento da realidade local e traçar estratégias de melhorias.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 10];15(5): 2297-305. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
2. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 10];46(1):111-8. Available from: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/38417/S0080-62342012000100015.pdf?sequence=1>
3. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev panam salud pública [Internet]. 2011 [cited 2015 Sept 10];29(2):84-95. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>.

4. Caliri JS, Figueiredo RM. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. Acta paul enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 10];25(1):43-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100008>.
5. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 10];44(3):520-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000011>.
6. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 10];46(2):356-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200013>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/> . [cited 2014].
8. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Plano Municipal de Saúde para São José do Rio Preto 2010-2013. São José do Rio Preto, 2013 [cited 2013 July 25]. Available from: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Tran_Plan_Muni
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. - Brasília : Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2013 July 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
10. Moysés ST, Silveira-Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saude [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 10]. Available from: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/11/livro_estudo-de-caso-alvorada.pdf

Almeida JB de, Ponce MAZ, Wysocki AD et al.

A coordenação da assistência no controle...

11. Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2013 July 25];19(6):1289-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600003>.

12. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 10];15(Suppl 1):1533-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700065>.

13. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha Olinda MFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 10];15(Suppl 1):1521-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>.

14. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. Rev. Esc. Enferm. USP. 2014 [cited 2015 Sept 10];48(6):1044-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700012>.

15. Hino P, Takahashi, RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Family health team knowledge concerning the health needs of the people with tuberculosis. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 10];20:44-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100007>.

16. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de Tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. Rev enferm UERJ [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 10];20(3):300-5. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a03.pdf>

17. Sobrinho RAS, Souza AL, Silva LMC, Wysocki AD, Beraldo AA, Villa TCS. Conhecimento de enfermeiros de unidades de Atenção Básica acerca da Tuberculose. Cogitare enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 10];19(1):34-40. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35930/22161>

18. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. Rev Latino-Am Enfermagem

[Internet]. 2011 [cited 2015 Sept 10];19(2):[9 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf

19. Loureiro RB, Villa TCS; Ruffino-Netto A, Peres RL, Braga J, Zandonade E, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil; 2009. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 10];19:1233-44. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543024>

20. Rosado CS, Godínez LL, Ranero VM. Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Bauta. Rev cuba hig epidemiol 2014 [cited 2015 Sept 10];52(1):98-105. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100009&lng=es.

21. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 10];19(2):343-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

22. Oliveira IC, Jesus GJ, Pinto PFPS, Balderrama P, Cury MRCO, Vendramini SHF. Tuberculosis control: evaluation of the nursing team on the framework of health services. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 10];6(9):2145-53. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2580>

23. Brunello MEF, Magnabosco GT, Arakawa T, Andrade RL, Villa TCS. Nursing Approach to the Control of Tuberculosis: Scientific Publications (2002-2011). International Journal of Research in Nursing [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 10];3:30-37. Available from: <http://thescipub.com/html/10.3844/ijrnsp.2012.30.37>

Submissão: 02/06/2016

Aceito: 20/10/2016

Publicado: 15/12/2016

Correspondência

Janaina Benatti de Almeida
Rua Toribio Arroyo Valério, 1186
Bairro Jardim Ouro Verde
CEP 15084-200 – São José do Rio Preto (SP),
Brasil