

# **AValiação da linha do cuidado no atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios em um programa de referência ao controle da tuberculose no município de Vitória - Espírito Santo**

**Evaluation of the care line in serving patients with respiratory symptoms in a Referral Program to Control Tuberculosis in the municipality of Vitória, Espírito Santo**

Heletícia Scabelo Galavote<sup>1</sup>, João Paulo Cola<sup>2</sup>,  
Rita de Cássia Duarte Lima<sup>3</sup>, Thiago Nascimento do Prado<sup>4</sup>, Léia Damasceno de Aguiar Brotto<sup>5</sup>,  
Carolina Maia Martins Sales<sup>6</sup>, Túlio Batista Franco<sup>7</sup>, Ethel Leonor Noia Maciel<sup>8</sup>

## **RESUMO**

O estudo propõe a avaliação da linha do cuidado, por meio da ferramenta fluxograma analisador, no atendimento aos pacientes sintomáticos respiratórios em um Programa de Referência para o Controle da Tuberculose (TB) da Unidade Básica de Saúde de Maruípe/Vitória. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, constituído em duas etapas: construção de um fluxograma ideal pautado nas normas técnicas do Ministério da Saúde para fins de análise, e o fluxograma real construído com base nos relatos dos profissionais que trabalham no Programa de Referência. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, consolidadas na análise de conteúdo. O fluxograma real estrutura-se em semelhança ao fluxograma ideal, no que se refere ao diagnóstico e tratamento. Há uma diferenciação relativa à entrada do usuário no serviço que depende fundamentalmente da autonomia e da iniciativa do paciente, já que não há um vínculo constituído a priori entre a Unidade e a comunidade. A linha do cuidado é atravessada, a todo momento, pela lógica das consultas médicas e da produção de procedimentos, que nos remete a um cuidado sustentado na lógica doença-centrada e não usuário-centrada. A descentralização das ações de controle da TB para a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma possibilidade de construção de linhas do cuidado efetivas que garantam o acolhimento qualificado assim como um

## **ABSTRACT**

The study proposes to review the care line, through the flowchart parser tool, in serving patients with respiratory symptoms in a Referral Program for the Control of Tuberculosis (TB) at the Maruípe/Vitória Basic Health Unit. This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach consisting of two steps: constructing an ideal flowchart guided by the technical standards of the Ministry of Health, for analysis purposes, and a real flowchart built on the basis of the reports from professionals who work in the Referral Program. Data were obtained through semi-structured interviews and consolidated in content analysis. The real flowchart is structured similarly to the ideal flowchart with regard to diagnosis and treatment. There is a distinction related to the user's entrance into the service, which basically depends on the autonomy and initiative of the patient, since there is no *a priori* bond constituted between the Unit and the community. The care line is crossed at any time by the logic of medical consultations and the production of procedures, which leads us to care sustained in disease-centered logic, and not user-centered. The decentralization of TB control for the Family Health Strategy (FHS) arises as an opportunity to build effective care lines that ensure qualified embracement as well as a caregiver-care recipient, with the building of bonding relationships that can successfully influence treatment adherence and the

<sup>1</sup> Enfermeira, Professora do Curso de Enfermagem/CEUNES/UFES. Doutoranda em Saúde Coletiva/UFES. E-mail: heleticiagalavote@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>3</sup> Enfermeira, Professora Dr.ª do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFES).

<sup>4</sup> Enfermeiro, Professor do Departamento de Enfermagem/UFES. Doutorando em Doenças Infecciosas/UFES.

<sup>5</sup> Enfermeira, Professora Dr.ª do Departamento de Enfermagem/UFES.

<sup>6</sup> Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem/UFES. Doutoranda em Saúde Coletiva/UFES.

<sup>7</sup> Psicólogo. Professor Dr. Associado da Universidade Federal Fluminense.

<sup>8</sup> Enfermeira, Professora Dr.ª do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFES).

cuidado-cuidador, com a construção de relações de vínculo que podem influenciar, de forma exitosa, a adesão ao tratamento e a busca ativa de casos novos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose; Assistência à Saúde; Processo Saúde-Doença; Fluxo de Trabalho.

## INTRODUÇÃO

Este texto pretende discutir a produção da linha do cuidado no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, sintomáticos respiratórios, vinculados a um Programa de Controle da Tuberculose. Partimos do pressuposto de que o cuidado é uma construção, ou seja, é produto dos atos de trabalho dos profissionais, do trabalho coletivo, composto por áreas técnicas específicas, em que vários saberes se integram e se complementam. Segundo Marques,<sup>1</sup> o cuidado é um processo interativo, que se envolve com outras atividades da sociedade e se transforma no atendimento das necessidades sociais.

Ayres,<sup>2</sup> numa perspectiva filosófica, nos apresenta o cuidado como interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. É assim que Colliere,<sup>31</sup> em diálogo sobre o cuidado, afirma que: “cuidar é uma arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas”.

Considerando as muitas perspectivas que nos serviços de saúde vão se tecendo nas situações de cuidado a uma pessoa portadora de um agravo crônico, carregado de estigmas e desigualdades nos modos de adoecer e ser cuidado, tomamos como referência para este estudo a apreensão dos modos como trabalhadores vão ou não conformando as linhas do cuidado ao usuário portador de tuberculose, em um serviço de referência numa dada região geográfica do Brasil; para tanto, utilizamos como analisador o fluxograma descritor que, neste estudo, será comparado, na dimensão do processo de trabalho, como fluxograma ideal e real.

A tuberculose (TB) continua sendo um problema de saúde pública no mundo. O Brasil, apesar da redução progressiva nas taxas de incidência nos últimos 10 anos, continua sendo um dos 22 países responsáveis por 80% dos casos de tuberculose em todo o mundo. Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou uma taxa de incidência de 45 casos de tuberculose por 100.000 ha-

bitantes no Brasil e, em 2013, essa taxa foi de 35,4 casos por 100.000 habitantes.<sup>4,5</sup>

**KEYWORDS:** Tuberculosis; Health Care; Health-Disease Process; Workflow.

bitantes no Brasil e, em 2013, essa taxa foi de 35,4 casos por 100.000 habitantes.<sup>4,5</sup>

No estado do Espírito Santo, no ano de 2013, a taxa de incidência de TB foi de 31,1/100.000 habitantes<sup>4</sup>. Dos cinco municípios que compõem a região metropolitana da grande Vitória, o município de Vitória, a capital do estado, é o menor deles com uma população de 320.000 habitantes e com uma taxa de incidência da doença, em 2013, de 46,2/100.000 habitantes.<sup>4</sup>

Diante desse quadro de emergência sanitária declarado pela OMS, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1999, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e definiu a doença como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para o alcance de seus objetivos.<sup>6</sup> As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são o diagnóstico de 70% dos casos de tuberculose estimados e a cura em 85% dos casos.<sup>7</sup>

Em 2004, o PNCT reconheceu a importância de descentralizar as ações de combate à TB para a Atenção Primária à Saúde (APS), ressaltando a contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Contempla, ainda, a necessidade de acompanhamento dos casos e seus contatos, e o desenvolvimento de atividades de educação em saúde por parte das equipes da ESF, com o objetivo de enfatizar a adesão ao tratamento e o diagnóstico precoce.<sup>8</sup>

Alguns casos de TB deixam de ser precocemente diagnosticados e tratados na APS e passam a ser diagnosticados com atraso nos serviços de Urgência e Emergência. A desarticulação do cuidado direcionado aos pacientes na APS traz consequências que, muitas vezes, põem em risco a vida do paciente com TB, uma vez que o atraso no diagnóstico e no início do tratamento aumenta a gravidade da morbimortalidade, assim como o risco de transmissão na comunidade.<sup>9,10</sup> Dessa forma, ocorre uma incapacidade relativa ao controle dessa endemia, possibilitando a perpetuação da cadeia de transmissão da doença.<sup>10</sup>

A busca pela compreensão da linha do cuidado produ-

zida na atenção aos pacientes sintomáticos respiratórios ou com diagnóstico de TB permite o desvendamento dos fluxos assistenciais garantidos a esse usuário, e representa o itinerário que ele constrói dentro da Rede de Atenção à Saúde. Compreende o projeto terapêutico, que consiste nos atos pensados pelos trabalhadores que operam o cuidado, ou seja, representa o planejamento das ações a serem executadas na fase seguinte, que consiste nos atos assistenciais que conformam a atenção real, segundo as necessidades de saúde dos usuários identificadas pelos trabalhadores que operam os atos em saúde.<sup>11</sup>

Para os objetivos deste texto, a concepção de linha do cuidado será fundamentada na produção dos autores Cecílio e colaboradores<sup>12</sup> e Franco e colaboradores,<sup>11,13</sup> que a representam como uma

imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.<sup>11:1</sup>

Para esses autores, a linha do cuidado não é a mesma coisa que referência e contrarreferência, mas é parte também desse processo, e eles reconhecem a importância e a necessidade de rotinas e protocolos, mas ressaltam que ela não deve ser aprisionada por esses instrumentos de direcionamento. Reforçam a potência dos gestores dos serviços na pactuação de fluxos que contribuem para a reorganização do processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços conforme suas necessidades.

Cecílio e colaboradores<sup>12:2</sup> têm nos advertido de que a linha do cuidado é

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputas, que 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, pensados num trabalho multiprofissional em que alguns dispositivos devem ser operados através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela. Apontam a necessidade de a equipe se comprometer e se responsabilizar

de forma integrada com o cuidado a ser prestado.

Portanto, o trabalho em saúde deve ser produzido como um acontecimento que não é dado a priori e se realiza em processos de encontro. É relacional e dependente do outro para sua existência. Franco e colaboradores<sup>14:11</sup> enfatizam que é necessário pensar o agir em saúde numa perspectiva micropolítica, produzido em ato, ou seja, na dimensão do trabalho vivo em saúde, estando aberto a “processos díspares, que podem ser tanto de capturas, devido às relações capitalistas que se instituem, quanto de fuga para lugares que a princípio não estão dados, mas em produção instituinte”.

Entretanto, observando o cotidiano dos serviços de saúde, identificou-se que o processo de trabalho em saúde tem se efetivado, frequentemente, por meio de atos assistenciais centrados em ações prescritivas, protocolares e na produção técnica de procedimentos, tendo por referência o modelo assistencial que é fortemente marcado pelo alto consumo de tecnologias duras (equipamentos, protocolos e normas), em detrimento das tecnologias leves (relacionais), que são geradoras de vínculo e perpassadas pelo diálogo e reconhecimento do outro como parte da construção do processo de cuidado.

Ao se produzirem linhas do cuidado centradas, predominantemente, em protocolos e normas nos serviços de saúde que atendem a pacientes que, possivelmente, terão um longo percurso no serviço, tem se gerado como resultado mais imediato um cuidado baseado em procedimentos tecnicizados, de alto custo, impessoal, com baixo potencial de afetamento, adesão e envolvimento ou comprometimento entre os atores. O encontro entre o usuário e o trabalhador pode ter sua potencialidade “amordaçada”, o que resulta em uma relação de submissão e mudez por parte do primeiro, que pode ser visto como um ser “fabricado” pelas normalizações inscritas nos atos meramente prescritivos do serviço de saúde.<sup>15:595,16:284</sup>

Processos mórbidos cronificados como a tuberculose são altamente dependentes de cuidados que são realizados pelo próprio usuário. Essa prática de cuidar de si mesmo é viável, se o usuário estiver desperto, ativado para produzir vida nele mesmo. E o que significa isso, produzir vida ou morte em si mesmo? O usuário, assim como todas as pessoas, possui uma potência para agir no mundo. De acordo com Deleuze,<sup>17</sup> citando Espinosa, o corpo reage com base no bom ou mau encontro que tem, ou melhor, nos múltiplos encontros que tem na sua existência diária. Esses encontros afetam o usuário, produzindo nele alegrias ou tristezas e, como consequência, aumentam ou reduzem a sua potência para agir no mundo, ou sua energia vital.

Com base na teoria da afecção de Espinosa,<sup>17</sup> dizemos

que apenas produz vida em si mesmo, isso é, cuida de si, o usuário que está com sua potência elevada. E isso está além da questão cognitiva (saber cuidar), já que é necessário estar desejoso, agenciado pela vida, ou seja, uma energia dentro de si deve agir como força propulsora para a ação no mundo, que pode compor-se como retroalimentação e produzir a si mesmo no processo.

Nesse sentido, os processos de trabalho acontecem com base em uma sequência de encontros que se realizam em uma dada linha de produção do cuidado, na qual o usuário busca atender a suas necessidades de saúde. A linha do cuidado é a imagem para o trabalho que se processa sempre em redes, e essas redes são operadas pelos próprios trabalhadores, com base nos projetos terapêuticos e nas intencionalidades que cada um dos envolvidos tem para se cuidar e cuidar do outro. Diz respeito a convergências de horizontes, desejos e projetos de vida.<sup>18</sup>

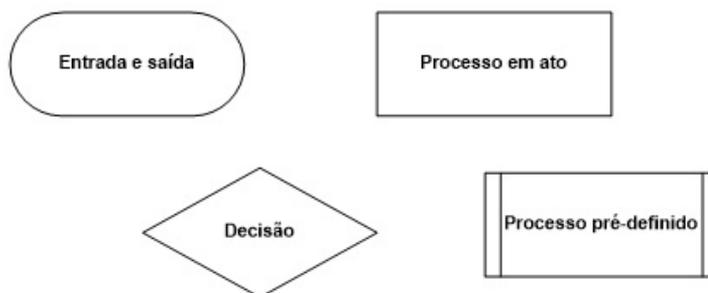
É nesse sentido que Colliere<sup>3:13</sup> chama a atenção, ao nos advertir de que cuidar permanece “acima de tudo como uma prática que engendra, gera e regenera a vida”. Em que a extensão da multiplicidade dos gestos e das palavras é geradora e mobilizadora de forças do desejo de viver na produção do trabalho em saúde.

Nessa direção, uma das ferramentas que se tem utilizado para a compreensão do processo de trabalho em saúde tem sido o fluxograma analisador. Constitui-se como uma ferramenta de análise da linha do cuidado no atendimento ao usuário, segundo a percepção do trabalhador da saúde, e representa um aprofundamento nos fluxos assistenciais produzidos, permitindo a identificação dos conflitos, falhas e possibilidades de ressignificações dos processos de trabalho.<sup>14,19</sup>

O fluxograma possibilita a compreensão das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários, a identificação dos jogos de interesse, os micropoderes e a intencionalidade implicada na organização do serviço. Revela o que não está claro para os trabalhadores e gestores e se compõe com a construção do itinerário terapêutico do usuário, que consiste no trajeto que o mesmo estabelece no interior do serviço.<sup>19</sup>

Designa uma representação gráfica de um determinado processo ou fluxo de trabalho, ordenado geralmente com o recurso de figuras geométricas normalizadas e setas conectoras, em que cada figura tem uma função, conforme representado na Figura 1.

**Figura 1** - Representação e funções das figuras geométricas utilizadas no fluxograma.



Fonte: própria.

O desenho de uma elipse representa o começo ou o término da cadeia produtiva, ou seja, a entrada e a saída do processo global de produção. Os retângulos indicam a ação e a realização de etapas de trabalho importantes, nas quais se realizam consumos de recursos e criação de produtos bem definidos, que irão permitir a abertura de novas etapas, até o final. O losango representa o momento em que a cadeia produtiva enfrenta um processo de tomada de decisão de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e que são sempre momentos de decisões e possibilidades de percursos para se atingirem etapas seguintes e distintas.<sup>20</sup>

Estudos na área da saúde utilizando o fluxograma têm apontado que essa ferramenta permite que os profissionais ressignifiquem seus processos de trabalho, reflitam criticamente sobre as práticas em saúde, revelando a necessidade de mudanças no processo de cuidado e de gestão.<sup>21</sup> Propicia que o trabalhador de saúde identifique os nós críticos, reflita sobre o seu cotidiano de trabalho e produza, para si e para o outro, nesse caso, o usuário, novos sentidos nas práticas e saberes em saúde.

Portanto, este estudo teve como principal objetivo trazer à tona como vem se constituindo a produção da linha do cuidado no atendimento aos pacientes sintomáticos

respiratórios. Utilizou o fluxograma descritor, buscando analisar os processos de trabalho dos profissionais que atuam diretamente na assistência a esses pacientes. Procurou-se identificar o fluxograma de atendimento construído por meio das vivências dos profissionais responsáveis pelo Programa de Controle da Tuberculose em uma Unidade de Referência no município de Vitória – ES, o qual foi conceituado como sendo o fluxograma “real”. Em comparação, construímos um fluxograma “ideal”, proposto pela PNCT para fins de análise e direcionamento.

O estudo justifica-se pela pertinência do tema, pelo recorte privilegiado e pela possibilidade de gerar proces-

sos de autoanálise e de autogestão por parte dos trabalhadores e gestores, na busca da produção de um cuidado sustentado na solidariedade, no afeto e no acolhimento, assim como no estabelecimento de vínculo com o usuário acometido pela tuberculose. Pretende-se, ainda, com este estudo, lançar luzes sobre a temática, assim como preencher lacunas de conhecimento e práticas que possibilitem garantir o acesso adequado ao diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz, subsidiando possíveis ações de controle da doença no município, com ênfase na descentralização e na integralidade das ações, em particular na Atenção Básica de Saúde.

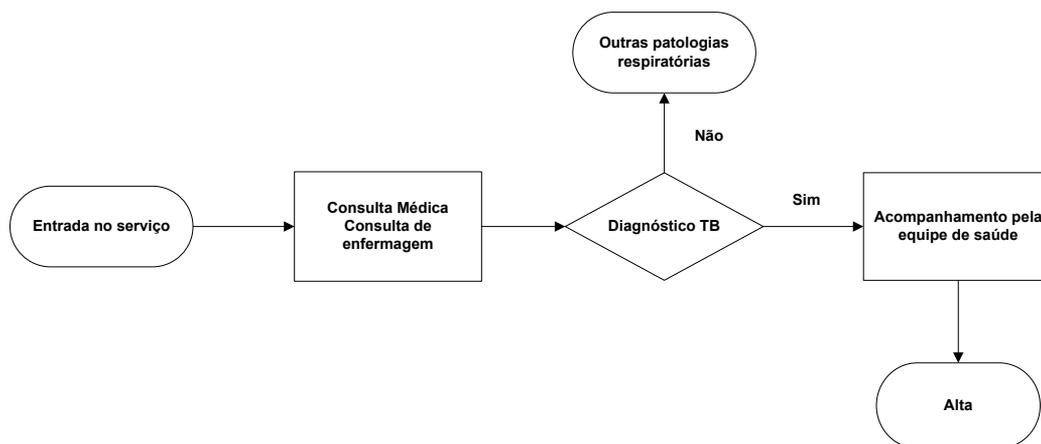
## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em duas etapas. A primeira visava propor um fluxograma analisador ideal de atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios, fundamentado nos manuais de controle da tuberculose e no Informe da Atenção Básica nº 61, assim como nas proposições dos pesquisadores inseridos no grupo de pesquisa do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi) e do Nú-

cleo de Estudos em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).<sup>22</sup>

Com o auxílio do programa MICROSOFT VISIO 2007, foi elaborado um fluxograma inicial, que se constituiu em uma “janela”, um ponto de partida para os questionamentos referentes à organização do serviço, do qual emergiu o fluxograma real, representando graficamente todo o processo do atendimento ao usuário com suspeita de TB (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma resumo.



Fonte: dados da pesquisa.

Na segunda etapa, para identificar o fluxograma real, realizou-se uma entrevista com os profissionais do Programa de Referência para o Controle da TB da UBS de Maruípe/Vitória, pontuando os aspectos relacionados à produção da linha do cuidado ao paciente sintomático respiratório.

A escolha do cenário do estudo, a UBS de Maruípe,

justifica-se por ser campo de inserção de estágio dos alunos da graduação em Enfermagem da UFES e pela proximidade da mesma com o Centro de Ciências da Saúde da Universidade. Foram escolhidos como sujeitos do estudo os profissionais, médico (1) e enfermeiro (1), que operam a linha do cuidado no atendimento aos pacientes sintomáticos respiratórios nessa Unidade de Referência, sendo

referenciados no texto pelas siglas PS1 e PS2.

A técnica de investigação escolhida para a coleta dos dados empíricos foi a entrevista semiestruturada, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores, por meio de fatos relatados conforme a realidade vivenciada. Foi utilizado um roteiro-guia que abordou os pontos positivos e negativos do cotidiano do serviço, o vínculo do usuário com o centro de referência e com a ESF à qual ele está adscrito, os entraves à produção da linha do cuidado, o caminho que o usuário percorre desde a entrada no serviço até o momento da alta, o processo de trabalho do enfermeiro e as sugestões para o aprimoramento do serviço. A coleta dos dados foi realizada no mês de maio de 2012.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio local de trabalho dos respectivos profissionais, com duração necessária ao cumprimento de todos os itens do roteiro. Optamos por gravar as entrevistas, após consentimento dos entrevistados, sendo transcritas posteriormente, obedecendo rigorosamente à estrutura das falas dos sujeitos, de modo a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Durante a coleta dos dados, foram efetuadas anotações sobre a aproximação do campo e dos participantes, bem como anotações sobre aspectos não captados pelo gravador, deixando a cargo da observação, dos olhos e da mente o importante registro dessas informações, como as expressões de silêncio, o gestual e a linguagem corporal.

A análise de conteúdo foi baseada nos significados apreendidos nas entrevistas, após a leitura exaustiva, buscando os principais elementos que compõem o problema em estudo. Operacionalmente, seguiram-se as seguintes etapas: (1) leitura flutuante (pré-análise) das transcrições, com o objetivo de organização do material a ser analisado; (2) análise temática, que consistiu na identificação de categorias: pontos críticos do processo de trabalho e pontos construtivos do processo de trabalho, que comandaram a especificação dos temas; e (3) tratamento dos resultados e organização de uma estrutura condensada das informações que permitiram reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada, utilizando-se os fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes da pesquisa.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo aprovado com nº de Registro 007/10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fluxograma ideal (Figura 3) proposto com base no manual técnico do MS aponta a construção de uma linha

do cuidado para o paciente com TB, pautada na diretriz do acolhimento, enquanto dispositivo operacional capaz de reorientar o processo de trabalho em saúde, garantindo uma relação trabalhador-usuário pautada nos princípios da solidariedade e cidadania. Ele se fundamenta no cuidado produzido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com atenção continuada e qualificada, e o estabelecimento do vínculo trabalhador-usuário, com o objetivo de facilitar o acesso ao serviço e a adesão ao tratamento. O usuário é acolhido e acompanhado na Unidade de Saúde da Família (USF) à qual está adscrito, ou seja, apenas os casos de difícil diagnóstico, resistência ao tratamento ou tuberculose extrapulmonar seriam acompanhados nos centros de referência.

No fluxograma ideal, durante a consulta médica ou de enfermagem para a confirmação dos casos de TB, devem ser solicitados, pelo menos, dois exames, dentre os disponíveis, para o diagnóstico: baciloscopia, cultura e/ou radiografias, podendo também utilizar o teste tuberculínico (TST) como um exame complementar. Caso dois dos exames selecionados para o diagnóstico apresentem resultado negativo para TB, o paciente sai do fluxo dos sintomáticos respiratórios, porém irá continuar no serviço em busca de uma investigação clínica para outras doenças pulmonares. Contudo, se obtiver como resultados um positivo e um negativo, o usuário deve ser encaminhado ao programa de referência para tuberculose, onde são tratados os casos de bacilos resistentes, hepatopáticos, nefropáticos e HIV/AIDS.

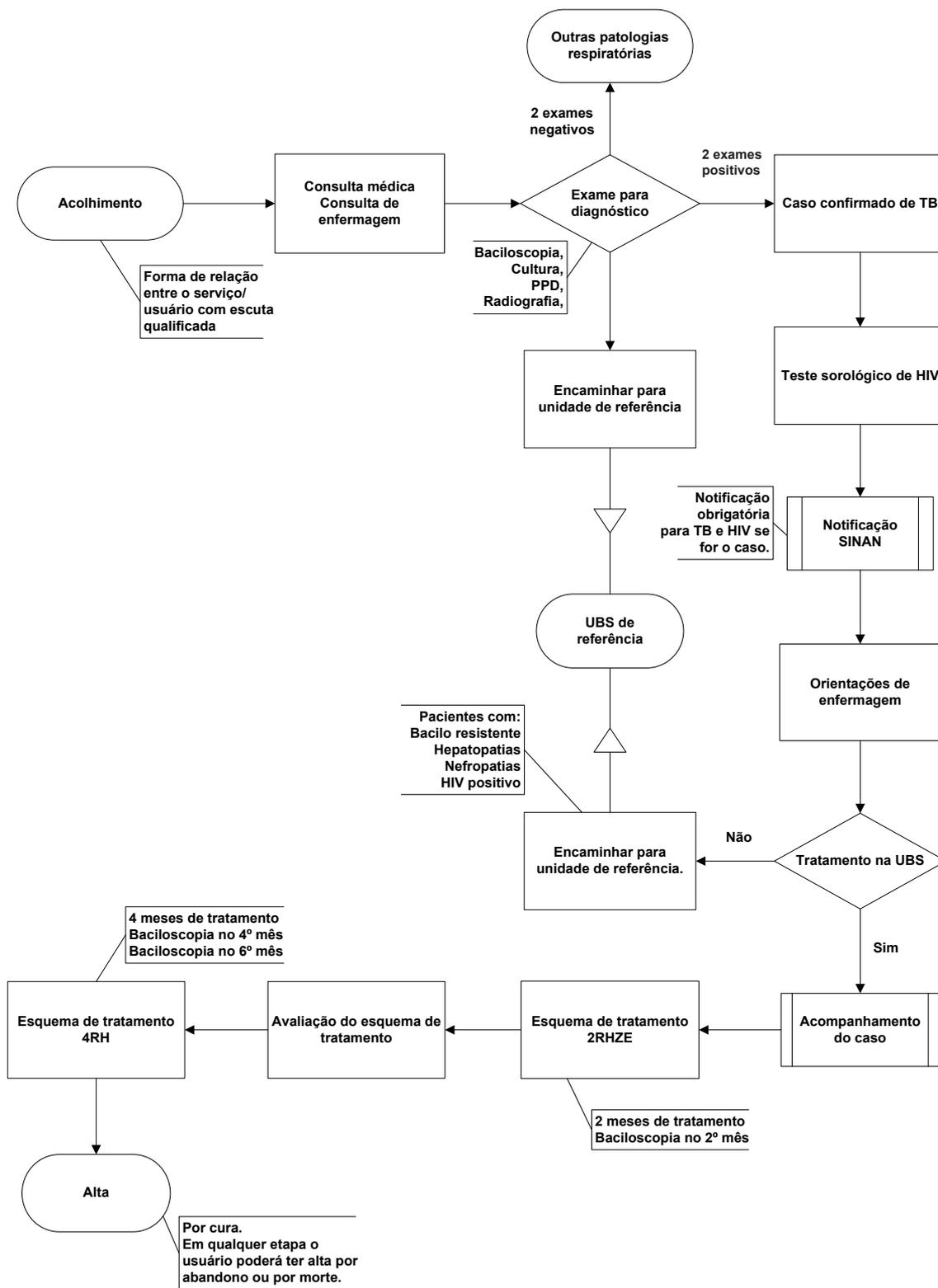
Em casos confirmados de TB, ou seja, com duas análises positivas, deve-se notificar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tanto para TB quanto para HIV, pois todo caso confirmado de TB deve ser orientado a realizar o teste de sorologia para HIV, devido à grande incidência de associação TB/HIV. Assim, o usuário deve receber orientações associadas à (às) patologia(s), como transmissão e tratamento, sendo relevante a orientação de enfermagem, da coleta do material para os exames, como também orientações para os contatos intradomiciliares do usuário.

No tratamento farmacológico da TB, temos duas etapas. A primeira é chamada de fase intensiva ou esquema 2RHZE, que possui duração de dois meses, em que é observada a viragem da carga bacilar no exame de baciloscopia. A segunda etapa é a fase de manutenção ou esquema 4RH, com duração de quatro meses e dois exames de baciloscopia para controle, tendo exames para controle bacilar no segundo, quarto e sexto mês de tratamento.

Com o objetivo de garantir a continuidade e adesão ao tratamento, foi proposta a terapia de dose supervisionada (DOT), que consiste no tratamento diretamente observa-

do pelo profissional de saúde que acompanha a administração do medicamento.

Figura 3 - Fluxograma ideal.



Fonte: dados da pesquisa.

A análise do cotidiano de trabalho da UBS de Maruípe apontou que os processos de trabalho não condizem plenamente com a organização proposta pelo fluxograma ideal. Muitas etapas do itinerário terapêutico real apresentaram áreas de “sombras” e ruídos, que revelam uma dinâmica de trabalho individualizada, por meio de cuidados vinculados apenas a procedimentos e técnicas e centrada na produção de consultas médicas e na desarticulação com as USF.

O acesso do usuário ao Centro de Referência em Tuberculose de Maruípe organiza-se como atendimento à demanda espontânea, ou seja, está estruturado como “porta aberta” aos pacientes com sintomas respiratórios. O serviço atende a pacientes encaminhados pelas USF, pronto-atendimento ou demanda não referenciada.

A linha do cuidado, segundo um dos profissionais, segue o fluxo das necessidades:

*[...] o ambulatório de sintomáticos respiratórios e tuberculose de Maruípe; na verdade a gente tenta não fechar como programa de tuberculose, é um ambulatório de sintomáticos respiratórios, ou seja, pacientes com mais de 3 semanas de tosse mesmo que ele não tenha passado pelo acesso da sua unidade ele tem a porta aberta do centro de referência em TB para a busca desse diagnóstico, então nós vamos ter aqui no programa um fluxo de atendimento dos referenciados já diagnosticados, como também vamos ter aqueles que já sabem que existe um programa que cuida de tosse arrastada que é o SR, isso já tem enraizado na comunidade [...]* (PS1).

Os trabalhadores relatam a importância da descentralização das ações em tuberculose para a ESF, e apontam a importância da equipe de saúde na busca do sintomático respiratório, mas reconhece que a comunicação com essas Unidades constitui um dificultador no cotidiano do serviço, o que acarreta a organização do Centro de Referência como demanda aberta para que não haja atraso no diagnóstico.

*[...] Orientamos sempre que o paciente busque o seu médico da família, mas normalmente não fechamos a porta para esse paciente, é uma maneira de não perder tempo no diagnóstico, não fechamos a porta para o SR, não somos rígidos “você vai procurar o seu médico da família, que ele vai avaliar e tratar”, não existe essa rigorosidade, a porta está aberta, tanto que diagnosticamos um paciente aqui que, às vezes, ele passou pelo seu médico, fez um tratamento, mas não houve melhora, pois não foi feita pesquisa para TB, mas ele já ouviu falar que existe um programa que avalia a tosse de mais de 3 semanas e é encaminhado pelo agente*

*[...] (PS1).*

Um grande desafio para o Centro de Referência consiste na necessidade de que as USF assumam os seus pacientes com TB, o que proporciona diagnóstico rápido, tratamento eficaz e avaliação continuada dos usuários e seus contatos.

*[...] existem as unidades que se apropriaram do seu paciente com TB do seu território, e existem as unidades que ainda não se sentem capazes de assumir seus pacientes por “N” motivos [...]* (PS1).

A organização do atendimento ao paciente sintomático respiratório no município de Vitória compreende as USF e dois centros de referência: as Unidades de Maruípe e Centro. O serviço do cenário deste estudo é responsável por um território definido, que representa a Região Continental e a Grande Maruípe.

Para o profissional, o fluxo do atendimento está vinculado à reorganização dos processos:

*[...] houve uma divisão para que os dois centros de referências pudessem dar suporte às unidades, porque mesmo eles tendo recebido, desde 2000, treinamento para assumir seus pacientes e descentralizar o serviço, ainda está sendo um processo lento, queremos que as unidades pelo menos acompanhem aqueles pacientes, para ver se tá tomando o remédio, através do agente comunitário e também da equipe, e avaliar os contatos junto com o programa, pelo menos nisso estamos tentando avançar, porém temos as unidades que assumem seus casos e só vão referendar para o programa quando houver complicações* (PS2).

Há uma tentativa de reordenação dos fluxos de referência e contrarreferência, no sentido de responsabilizar a ESF pela atenção ao usuário com tuberculose por meios mais eficazes de comunicação. PS1 relata que, por meio apenas do impresso de referência, o contato não era efetivo:

*[...] a via se perdia ou o paciente não aparecia mais; a informação era passada via telefone, mas essa informação não era repassada à equipe, porém com a chegada do sanitarista nas USF houve um avanço no modelo de comunicação, pois a responsabilidade de acompanhar o fluxo desse usuário passa a ser de um profissional exclusivo.*

Quanto à comunicação integrando linhas de cuidado:

*Houve um avanço, mas mesmo assim não tinha um retorno*

*bom, mas agora criamos um instrumento em que encaminhamos via fax a situação do paciente, registrando contatos dos usuários, pedindo um retorno dessa avaliação em 15 dias, assim estimulou a unidade a fazer o DOT, tentando interagir mais a unidade com o programa, pois há uma falha de comunicação porque, às vezes, o paciente recebe alta e a unidade não fica sabendo (PS1).*

A organização do fluxo de atendimento no ambulatório de sintomáticos respiratórios garante agilidade na solicitação e entrega de exames, o que permite o diagnóstico e o tratamento precoce. O usuário é atendido no mesmo dia em que procura o serviço, realiza uma baciloscopia, e outra em jejum no dia seguinte. Possui um sistema eficaz de envio de amostra para o laboratório e rapidez na solicitação do exame complementar de radiografia do tórax.

*[...] o programa possui três momentos de envio de amostras para o laboratório, às 09h00min, 13h00min, 15h00min, se ele chega às 16h00min horas ele faz a coleta em casa e traz no outro dia... dificilmente algum paciente fica sem realizar o RX, o usuário na primeira consulta ele coleta a baciloscopia e realiza o RX [...] (PS2).*

Para PS1, a linha do cuidado está baseada no resultado de exame, uma vez que o

*[...] critério para iniciar tratamento de TB é, se possível, sempre com o resultado da baciloscopia. Só fechamos o diagnóstico com a baciloscopia ou cultura. Chegando ao laboratório, se o resultado for positivo, o laboratório manda um fax para o programa com o resultado, às vezes no mesmo dia, o tempo em média é de 72 horas para o resultado chegar via fax, se eu tenho um RX suspeito ou um PPD reator forte, ligamos para o laboratório e pedimos urgência [...] (PS1).*

Com o diagnóstico confirmado e iniciado o tratamento, em 48 horas, o usuário retorna ao serviço para uma avaliação de possíveis eventos adversos oriundos do uso da medicação. Há um calendário de consultas médicas com retorno três vezes na semana, nos primeiros dois meses de tratamento, e uma vez na semana, nos quatro meses seguintes. É realizado um controle mensal com a baciloscopia.

*[...] no geral o paciente vem ao programa para consulta médica pelo menos 3 vezes por semana nos 2 primeiros meses, e 1 vez por semana no outros 4 meses restantes, essa é a rotina de consultas [...] (PS1).*

Conforme relato, atividades de educação em saúde são realizadas pela enfermeira, com o intuito de informar sobre o tratamento e a transmissão da doença. As atividades de orientação são realizadas no momento da consulta individual e direcionadas ao usuário portador da doença.

*[...] há uma orientação de enfermagem sobre o processo de tratamento e transmissão da doença (PS2).*

PS1 aponta a referência para a atenção terciária como um entrave devido à disponibilidade de vagas e ao despreparo dos profissionais no atendimento a esse usuário. Relata que há um fluxo alternativo e informal com o Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – HUCAM, para o atendimento dos pacientes com infecção concomitante por TB/HIV.

*[...] trabalhar com referência e contrarreferência também é difícil. Se eu mando esse paciente para o pronto atendimento, o serviço fecha o atendimento por esse paciente estar lá. Há uma dificuldade para TB extrapulmonar, o programa trabalha com o apoio do HUCAM, fazendo contatos com colegas que trabalham lá, assim o resultado sai mais rápido do que seguir o sistema natural; no HUCAM eu consigo uma consulta na mesma semana para fazer a punção, se for seguir o serviço eu fico em média de 4 meses para conseguir (PS1).*

Os trabalhadores apontam como um desafio para a condução da linha efetiva do cuidado a sensibilização por parte dos outros profissionais que atuam na rede de atenção à saúde, em especial os médicos, já que há um déficit no quantitativo de baciloscopias solicitadas no município, apesar de terem sido implementadas ações de educação permanente com esses profissionais, no intuito de refletir sobre os sintomas e a importância do diagnóstico precoce.

*[...] em torno de 3000 baciloscopias deveriam ser feitas por ano, porém se faz em torno de 1300, 1500 baciloscopia por ano [...] não é por falta de treinamento, estamos fazendo treinamento dos profissionais desde 2000, então realmente o que precisa melhorar é a avaliação de contatos junto com a equipe da Estratégia da Saúde da Família, como também fazer os diagnósticos desses sintomáticos, e mudar a responsabilidade das equipes de saúde que atuam na Atenção Básica, melhorar a comunicação de referência e contrarreferência [...] (PS1).*

A estrutura física da Unidade de Referência foi relacionada à dificuldade em instituir um acolhimento e intervenção adequados, sem que haja risco de contaminação

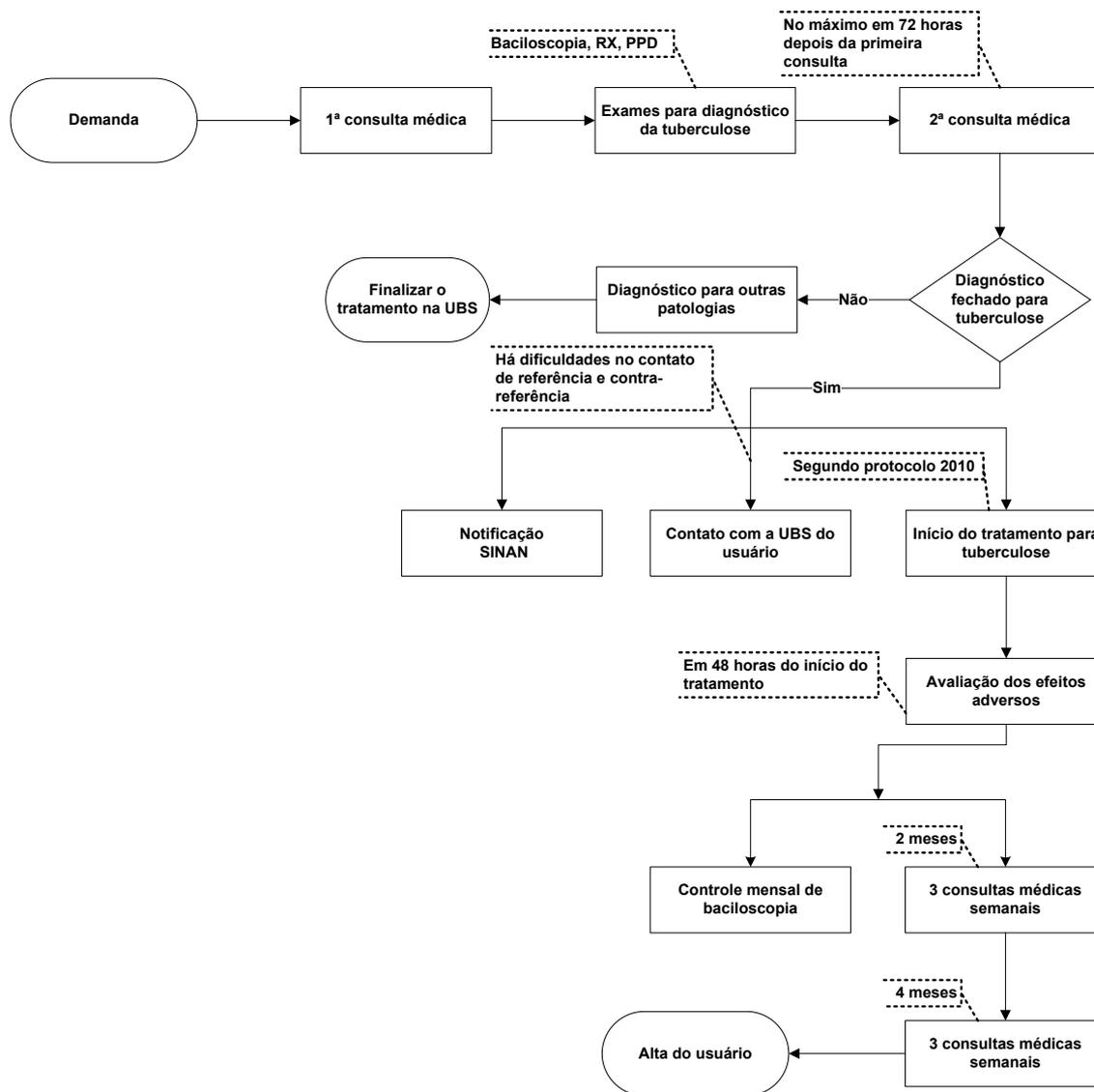
aos demais, já que existem outros atendimentos realizados, além do específico para o sintomático respiratório.

*[...] há muito que se melhorar, o PPD fica na sala de vacina, o sintomático tem de ficar no meio da unidade com os outros pacientes, mas isso não é por falha nossa, é a parte gestora do processo que não anda... evoluímos muito, o usuário espera em uma varanda arejada, ventilada, iluminada, adquirimos filtros EPA, mas a estrutura que apresenta*

*hoje ainda é “meio inadequada [...] (PS2).*

Com a análise da linha do cuidado real apreendida pelos discursos dos sujeitos da pesquisa, foi possível construir um fluxograma (Figura 4) que apresenta a organização dos processos de trabalho instituídos no Centro de Referência, com a representação da relação trabalhador-usuário e a identificação dos conflitos que emergem no cuidado ao sintomático respiratório.

**Figura 4** - Fluxograma real de atendimento do Programa de Referência para o Controle da Tuberculose/UBS Maruípe/Vitória/ES.



Fonte: dados da pesquisa.

O fluxograma real estrutura-se em semelhança ao fluxograma ideal, no que se refere ao diagnóstico e tratamento preconizados ao paciente com sintomas respiratórios. Entretanto, eles vão se diferenciando nas formas como ocorre a entrada do usuário no serviço, uma vez que esta depende da iniciativa do mesmo e das estratégias utilizadas para o acesso, já que, a princípio, não existem ou são muito frágeis as relações de vínculo construídas entre a Unidade e a comunidade/usuário com TB.

Observamos que a linha do cuidado real é atravessada, a todo o momento, pela lógica da consulta médica e da produção de procedimentos, ou seja, a ênfase é no tratamento medicamentoso e exames de controle. De acordo com Franco, esse paradigma dominante é definido como procedimento centrado, no qual o compromisso é estabelecido com a produção de procedimentos e a medicalização da sociedade.<sup>23</sup> O processo de trabalho vem se revelando, a partir do século XXI, como atos assistenciais centrados no ato prescritivo e na produção de procedimentos, tendo por referência o modelo assistencial, que é fortemente marcado pelo alto consumo de tecnologias duras (instrumentos), em detrimento das tecnologias mais relacionais (leves). Isso tem como resultado um cuidado pouco resolutivo e caro.

Assim, a linha do cuidado opera sustentada na premissa doença-centrada e não usuário-centrada, o que sugere que aliados ao diagnóstico e ao tratamento inexistem ações que possam impactar a incidência da doença e, ao mesmo tempo, contribuir para a ressignificação da vida e da sua condição humana na sociedade.

## CONCLUSÃO

Na análise dos fluxogramas real e ideal, as etapas do diagnóstico e tratamento, sendo estâncias normatizadas pelo MS, seguem os mesmos princípios, o que remete ao fato de que a diferença consiste na organização do serviço para o acolhimento e o acompanhamento do usuário. Esses instrumentos apontam como área de sombra a educação em saúde, ainda incipiente, que representa uma estratégia importante de ressignificação do cuidado produzido, à medida que valoriza a troca de saberes entre os trabalhadores e os usuários, estimulando a autonomia dos sujeitos envolvidos, favorecendo o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento.

A descentralização das ações de controle da tuberculose para a ESF surge como uma possibilidade de construção de linhas do cuidado efetivas que garantam o acolhimento qualificado, assim como um cuidado-cuidador no qual haja ganhos de autonomia por parte do usuário, que é visto enquanto coautor no campo da produção do

cuidado, em contraposição a uma atenção procedimento-centrada. O acompanhamento dos usuários pelos trabalhadores da ESF garante um processo de responsabilização e reforço do vínculo, o que pode influenciar, de forma exitosa, a adesão ao tratamento e a busca ativa de casos novos.

O fluxograma se constitui um instrumento de análise importante para que sejam disparados processos de reflexão por parte dos atores envolvidos na produção da linha do cuidado, possibilitando a organização das ações com base nas necessidades de saúde do usuário, que deve ser considerado como protagonista na produção do seu itinerário terapêutico, ou seja, com sua intencionalidade e desejo, ele é capaz de determinar a conformação da sua linha do cuidado, redirecionando os atos em saúde. Na abordagem aos pacientes com tuberculose, o fluxograma representa a possibilidade de autoanálise contínua do cuidado produzido, orienta a tomada de decisões por parte dos trabalhadores e permite a conformação de um projeto terapêutico que atenda às peculiaridades de cada contexto, no sentido de que o fluxograma não representa o estático, ao contrário, apresenta um todo dinâmico, que é tangenciado cotidianamente pelo posicionamento dos diferentes atores, sejam eles usuários ou trabalhadores.

A linha do cuidado revelada pelo fluxograma real está centrada na produção de procedimentos, o que demonstra um processo de trabalho fragmentado em etapas normatizadas oriundas das recomendações do MS. Processo de trabalho centrado no ato prescritivo deixa as tecnologias relacionais relegadas a um plano secundário. Isso é sentido pelo usuário como redução ou impossibilidade de espaços de fala e escuta, os atos próprios da clínica capazes de perceber, também, os afetos presentes no usuário e atuar sobre eles. A organização do trabalho segue a lógica do foco no núcleo de saber da Medicina e não há uma definição clara dos papéis desempenhados pelos outros profissionais do serviço, em especial, do enfermeiro.

No processo atual, a potência para o cuidado é atribuída ao medicamento e atos prescritivos, o que é absolutamente insuficiente, mesmo que sejam importantes. Nessa lógica, continuam os casos de TB sem resolução, pois o traço essencial do usuário, sua vontade e ação desejante estão sempre sendo não reconhecidos como dimensões importantes nos projetos terapêuticos.

## REFERÊNCIAS

1. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o Programa de Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(5):545-50.

2. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.
3. Collière MF. Cuidar: a primeira arte da vida. 2ª ed. Lisboa: Lusociência; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013. 1ª ed. Geneva: WHO; 2013.
6. Silva Jr. JB. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. J Bras Pneumol. 2004; 30(1):57-85.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. Informe da Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
9. Millen SJ, Uys PW, Hargrove J, Helden PDV, Williams BG. The effect of diagnostic delays on the drop-out rate and the total delay to diagnosis of tuberculosis. Plos One. 2008; 3(4):1-10.
10. Kiwuwa MS, Charles K, Harriet MK. Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2005; 5(122):1-7.
11. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. 2012. [Citado 2014 jul. 05]. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20coneito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20coneito%20como%20fazer.pdf)>.
12. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: São Paulo; 2003. [Citado 2014 jul. 05]. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>>.
13. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface – Comunic Saúde Educ. 2007; 11(23):427-38.
14. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
15. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface – Comunic Saúde Educ. 2010; 4(34):593-605.
16. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? Saúde e Soc. 2012; 21(2):280-89.
17. Deleuze G. Espinosa: filosofia prática. 1ª ed. São Paulo: Escuta; 2002.
18. Lima RCD. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. Interface – Comunic Saúde Educ. 2009; 13(1):781-95.
19. Franco TB. O processo de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial na saúde [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1999.
20. Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
21. Barboza TAP, Farcolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde Família. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4):1036-44.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Informe da Atenção Básica nº 61. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
23. Franco TB, Galavote HS. Em busca da clínica dos afetos. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 176-200.

---

Submissão: agosto/2014

Aprovação: março/2015

---