

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS AÇÕES DE
CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL: uma revisão integrativa**

Lívia Maria Gomes Lopes

Belo Horizonte
2014

Lívia Maria Gomes Lopes

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO
À TUBERCULOSE: uma revisão integrativa**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração Enfermagem na Atenção Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Nayara Figueiredo Vieira

Belo Horizonte
2014

Lívia Maria Gomes Lopes

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO
À TUBERCULOSE: uma revisão integrativa**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração Enfermagem na Atenção Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais.

BANCA EXAMINADORA:

Nayara Figueiredo Vieira

Lenice de Castro Mendes Villela

Paula Gonçalves Bicalho

Data de aprovação: ___/___/___

Belo Horizonte
2014

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter iluminado e guiado meus caminhos durante esta trajetória de desafios, concedendo-me a conquista de mais esta vitória.

Aos meus pais, Marcos e Irene, que sempre me incentivaram e nunca pouparam esforços para me proporcionar a melhor educação. Aos meus pais meu amor incondicional.

A toda a minha família e amigos, pelo incentivo e apoio de sempre.

Ao Fernando Vieira, pelo companheirismo em todos os momentos, pelo cuidado e carinho.

A Nayara Figueiredo Vieira, por toda sua disponibilidade e paciência em orientar este estudo. Obrigada pela motivação durante a caminhada rumo à concretização deste trabalho.

Um agradecimento especial ao Prof. Francisco Carlos Félix Lana pela colaboração e contribuições que enriqueceram este estudo. Muito obrigada por todo o apoio.

Ao corpo docente do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, por terem dividido comigo seu imenso conhecimento em busca da formação do meu saber.

Aos colegas de turma, em especial à minha grande amiga Elaine, pela amizade, presença constante, pela convivência gratificante e pela cooperação mútua.

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa com o objetivo de analisar se os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde estão contemplados nas ações de controle da tuberculose. Para a seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: ISI, Pubmed e BVS, onde foram selecionados 21 artigos, de acordo com os critérios de inclusão elaborados. Ao realizar a análise do atributo atenção ao primeiro contato, o principal resultado foi o diagnóstico da TB realizado principalmente nos serviços de urgência e no serviço especializado e não na APS. No atributo longitudinalidade, os estudos mostram que os profissionais conversam com os doentes sobre outros problemas de saúde e que a rotatividade de profissionais prejudica a formação de vínculo. Quanto ao atributo integralidade, foi identificada a condução dos tratamentos focados na dimensão biológica do processo de adoecimento, incipiente autonomia dos usuários e cuidado limitado à verificação da ingestão de medicação. Na coordenação os resultados mostraram que os profissionais avisam sobre o agendamento de consultas no serviço especializado, porém o sistema de referência e contrarreferência é ineficaz. Quanto ao atributo enfoque familiar, os estudos apontaram que os profissionais de saúde pedem informações sobre as condições de vida dos doentes e da sua família, mas conversam pouco sobre a doença e outros problemas de saúde. No atributo orientação para a comunidade, identificou-se que os serviços de saúde desenvolviam propagandas, campanhas, trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB. Os serviços de saúde não buscam parcerias sociais e nem representantes da comunidade para auxiliar nas ações de controle da doença. É clara a necessidade de estruturação dos serviços de APS que se configuram como porta de entrada do SUS, para que sejam capazes de efetivamente realizar todas as ações de controle da doença que são preconizadas. Acredita-se que a assistência pautada nos atributos da APS é de melhor qualidade e auxilia na adesão do paciente ao tratamento. É necessário caminhar para uma gestão mais participativa, coletiva, além de processos de trabalhos mais integrados onde o paciente seja o foco da atenção.

Descritores: Avaliação dos Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, tuberculose.

ABSTRACT

This is an integrative review aimed to examine whether essential attributes and derived from Primary Health Care are included in efforts to control tuberculosis. The following databases were used to select the articles: ISI, Pubmed and BVS, where 21 articles were selected according to the inclusion criteria elaborated. When performing the analysis of the attribute attention to the first contact, the main result was the diagnosis of TB mainly performed in emergency services and specialized service and not the APS. In longitudinality attribute, studies show that professionals talk to patients about other health problems and staff turnover affect bond formation. Regarding the integrality attribute was identified to conduct the treatments focused on the biological dimension of the disease process, incipient user autonomy and care for limited verification of medication intake. In coordinating the results showed that professionals warn of about scheduling consultations in specialized service, but the reference system is ineffective is ineffective. Regarding the attribute family focus, the studies showed that healthcare professionals seeking information on the conditions of life of patients and their families, but little talk about the disease and other health problems. In the orientation attribute to the community, it was identified that health services developed advertisements, campaigns, educational programs to inform the community about TB. Health services do not seek social partnerships nor community representatives to assist in efforts to control the disease. There is a clear need for the structuring of APS services that are configured as gateway to the SUS, to be able to effectively perform all actions to control the disease that are recommended . It is believed that the assistance guided by the attributes of the APS is of better quality and assists in patient adherence to treatment. it is necessary to move towards a more participatory management, collective, and processes more integrated work where the patient is the focus of attention.

Keywords: Evaluation of Health Services, Primary Health Care, tuberculosis.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição dos artigos de acordo com a base de dados.....	18
GRÁFICO 2 – Distribuição dos artigos por ano de publicação.....	18
GRÁFICO 3 – Frequência em que os atributos da APS são abordados como objeto de estudo dos artigos	26
GRÁFICO 4 – Frequência de participantes das pesquisas apresentadas nos artigos	26

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Dimensões de análise da atenção primária à saúde.....	14
QUADRO 2 - Bases de dados	17
QUADRO 3 – Distribuição dos artigos analisados segundo os títulos dos periódicos	19
QUADRO 4 – Síntese dos estudos incluídos na revisão.....	21
QUADRO 5 - Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Atenção ao primeiro contato.....	32
QUADRO 6- Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Longitudinalidade.	33
QUADRO 7- Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Integralidade	34
QUADRO 8- Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Coordenação da Atenção	35
QUADRO 9 - Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Centralização na família	36
QUADRO 10 - Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Orientação para a comunidade	38

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida
APS – Atenção Primária à Saúde
BCG - Bacillus Calmette-Guérin
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CI – Coeficiente de incidência
DESC – Descritores em Ciências da Saúde
DOTS – Tratamento Diretamente Supervisionado
ISI – Web of Science
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF – Programa de Saúde da Família
SR – Sintomático Respiratório
SUS – Sistema Único de saúde
TB – Tuberculose
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
	2.1 Objetivo Geral	13
	2.2 Objetivos Específicos.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
	3.1 Questão norteadora.....	15
	3.2 Seleção e avaliação dos estudos	16
	3.3 Estratégias de busca.....	16
	3.4 Extração dos dados	17
	3.5 Análise dos dados.....	17
4	RESULTADOS	18
	4.1 Caracterização dos estudos selecionados.....	18
	4.2 Análise dos atributos da atenção primária à saúde	27
	4.2.1 Atenção ao primeiro contato	27
	4.2.2 Longitudinalidade.....	28
	4.2.3 Integralidade	28
	4.2.4 Coordenação da atenção	28
	4.2.5 Enfoque familiar	29
	4.2.6 Orientação para a comunidade.....	29
5	DISCUSSÃO	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	41
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	45
	ANEXO A – INSTRUMENTO ADAPTADO PARA COLETA DE DADOS (VALIDADO POR URSI, 2009).	46

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BRASIL, 2002). O bacilo tem como característica a propagação através do ar, por meio de gotículas expelidas por um doente com tuberculose (TB) pulmonar no ato de tossir, espirrar ou falar em voz alta (BRASIL, 2002). Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, podem provocar a infecção tuberculosa ou o risco de desenvolver a doença.

A taxa de infecção da doença é em torno de 10%. No caso da existência de outras infecções ou doenças que debilizem o sistema imunológico, há um aumento do risco de adoecimento, como é o caso da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), entre outras (BRASIL, 2002). Em 2008, a TB foi à quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida) no Brasil (BRASIL, 2011).

A propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. É uma doença que se dissemina, em áreas de grande concentração humana com precários serviços de infraestrutura urbana, saneamento e habitação (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) adota como uma medida de prevenção a vacinação com Bacillus Calmette-Guérin (BCG) intradérmico ao nascer, que confere poder protetor às formas graves da doença. Na população de infectados, a ação indicada é a quimioprofilaxia para os grupos de maior risco, a fim de evitar que a pessoa infectada evolua para a doença.

A principal ação de saúde pública que realmente pode interromper a cadeia de transmissão é a identificação do sintomático respiratório (SR) para o seu diagnóstico e tratamento precoce. Considera-se SR toda pessoa com tosse, acompanhada ou não de expectoração, por três semanas ou mais (BRASIL, 2011).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que concentram 80% da carga mundial de TB (BRASIL, 2011). Segundo dados no Ministério da Saúde (2013) no País foram notificados 70.047 casos novos em 2012, o que equivale ao coeficiente de incidência (CI) de 36,1/100.000 habitantes. Quando comparado aos outros países, de acordo com a OMS, o Brasil ocupa a 17ª posição em relação ao número de casos.

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

observada por um profissional de saúde treinado. O tratamento de pessoas infectadas é a atividade prioritária de controle da TB, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2011). A estratégia DOTS visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2011, p.30).

No Brasil, a estratégia foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em 1998, sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalho, visando à incorporação das ações de controle da TB no âmbito da atenção primária (FIGUEIREDO, 2009). O processo de implantação do SUS no Brasil, que se deu a partir da década de 1990, caminhou para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (SCOREL, 2007, p.164). O sistema passa então a ser organizado em rede de forma descentralizada, onde os municípios assumem a gestão dos serviços de saúde.

Desse modo, a proposta desta revisão é identificar nas publicações científicas, como os atributos da atenção primária à saúde, estão sendo trabalhados nas ações de controle da tuberculose no Brasil. Tais atributos são considerados elementos inter-relacionados e fundamentais para o desenvolvimento de uma atenção primária à saúde de qualidade.

Os atributos podem ser essenciais e derivados, sendo que os essenciais são a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os atributos derivados são compostos pela atenção centrada na família e orientação para a comunidade.

A identificação dos atributos e a presença destes são fundamentais para definição de serviços orientados para a APS, seguindo os preceitos do SUS como a integralidade e a qualidade da assistência ao portador de TB. No momento que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, ele se torna capaz de prover atenção de melhor qualidade, resolutiva e integral para sua comunidade adscrita (FIOCRUZ, 2008).

Desta forma, acredita-se que a presença dos atributos essenciais e derivados qualifiquem as ações dos serviços de atenção primária, favorecendo a adesão ao tratamento da TB no sentido de diminuir o abandono do tratamento. Verificou-se a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os atributos da APS e entende-se que os resultados deste estudo possuem capacidade para apontar potencialidades e/ou fragilidades que indicarão necessidades de melhoria ou manutenção da atenção à TB no que diz respeito aos atributos da APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar como os atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação) e derivados (centralização na família e orientação para a comunidade) da atenção primária à saúde estão sendo trabalhados nas ações de controle da tuberculose no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar como os atributos da APS são descritos conceitualmente pelas publicações científicas.
- Analisar quais foram os principais resultados obtidos para cada atributo, apontando as principais fragilidades e potencialidades de cada um.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa com etapas pré-determinadas. Esse método de pesquisa realiza uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (BOTELHO, 2011).

Nesta revisão integrativa foram utilizados como base referencial os atributos definidos por Starfield (2002), conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1
Dimensões de análise da atenção primária à saúde.

Dimensão de análise	Definição
Atenção ao primeiro contato	Implica acesso e uso do serviço de APS a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
Longitudinalidade	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de APS deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.
Integralidade	Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. A integralidade será estimulada pelo desenvolvimento de sistemas integrados, nos quais as necessidades das populações são documentadas e os serviços planejados, de forma que o nível mais adequado de atenção tenha a responsabilidade de fornecer os serviços apropriados.
Coordenação do cuidado	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.

ATRIBUTOS ESSENCIAIS

ATRIBUTOS DERIVADOS	Enfoque familiar	Pressupõe o indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados.
	Orientação para a comunidade	Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser identificado e reconhecido no atendimento às demandas da comunidade.

Fonte: Adaptado de Starfield (2002).

Na operacionalização da revisão, utilizaram-se as seguintes etapas (SOUZA, 2010):

- Definição do tema e da questão norteadora;
- Definição dos descritores e objetivos;
- Busca na literatura e critérios para seleção da amostra;
- Categorização dos estudos;
- Análise dos estudos incluídos na revisão;
- Apresentação da revisão.

As buscas pela literatura foram realizadas nos meses de Novembro e Dezembro de 2013. Para a seleção dos artigos foram utilizados as seguintes bases de dados: Web of science (ISI), Pubmed e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE).

Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Portanto a busca nas referidas bases de dados foram realizadas a partir dos seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde, Avaliação dos Serviços de Saúde e Tuberculose.

3.1 Questão norteadora

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

3.2 Seleção e avaliação dos estudos

Foram elaborados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos estudos: artigos disponíveis eletronicamente em texto completo e gratuito, publicados nos últimos 10 anos (2003 a 2013), idioma português e inglês e que abordem de forma direta em sua pesquisa, pelo menos um dos atributos da atenção primária à saúde (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família e orientação para a comunidade).

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: produção duplicada, editoriais, anais de congressos e artigos que não respondiam a pergunta formulada para este estudo.

A fase seguinte foi realizar a leitura de todos os títulos selecionados e os resumos resultantes. Nos casos em que a leitura do título e do resumo não era suficiente para estabelecer a inclusão do artigo, o mesmo foi lido na íntegra para determinar sua pertinência. Caso o resumo fosse suficiente, os artigos selecionados eram obtidos em versão integral para confirmação da pertinência e inclusão no estudo. Foi realizada uma leitura criteriosa dos trabalhos para excluir aqueles não pertinentes ao tema.

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

3.3 Estratégias de busca

A busca inicial foi realizada na base de dados BVS, as combinações utilizadas foram: Tuberculose and Atenção Primária à Saúde que gerou 145 artigos, sendo que foram selecionados para o estudo 14 artigos. Outra estratégia de busca nesta base de dados foi a associação entre Avaliação dos Serviços de Saúde and Tuberculose, que resultou em 54 artigos, incluídos 3 artigos.

Na base de dados PUBMED, foram utilizadas as seguintes associações: Tuberculose and Atenção Primária à Saúde que resultou em 291 artigos, após análise foram selecionados 2 artigos. Outra associação foi Avaliação dos Serviços de Saúde And Tuberculose, que gerou 334 artigos, sendo 1 artigo incluído para o estudo.

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

No quadro 2 está representado de forma esquemática a busca realizada nas bases de dados para a seleção dos estudos que compuseram esta revisão integrativa.

Quadro 2
Bases de dados

Base de dados	Combinações	Resultados	Selecionados
BVS	TB and APS	145 artigos	14 artigos
	Avaliação dos serviços de saúde and TB	54 artigos	3 artigos
Pubmed	TB and APS	291 artigos	2 artigos
	Avaliação dos serviços de saúde and TB	334 artigos	1 artigo
ISI	TB and APS	45 artigos	1 artigo
Total		869	21

Fonte: Elaborado pela autora

3.4 Extração dos dados

A coleta de dados dos artigos incluídos na revisão integrativa foi efetuada mediante aplicação de um instrumento de coleta (ANEXO A) adaptado de Ursi (SOUZA, 2010) e uma planilha desenvolvida pela autora no Excel (APÊNDICE A). Para síntese dos artigos, definiram-se os seguintes enfoques: Título, autor, ano, nome da revista, atributo, conceito utilizado, tipo de pesquisa, principais resultados e conclusão.

3.5 Análise dos dados

Nesta etapa foram analisados os dados extraídos através do instrumento (APÊNDICE A), que apresentavam informações gerais sobre todos os estudos. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva. Buscou-se identificar os elementos concordantes, discordantes e complementares e as temáticas centrais presentes em cada estudo.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos estudos selecionados

No GRÁF. 1, é possível verificar a distribuição das publicações científicas selecionadas nos diferentes bancos de dados utilizados nessa revisão, desse modo em um total de 21 artigos selecionados, a maioria foi encontrada na base de dados BVS.

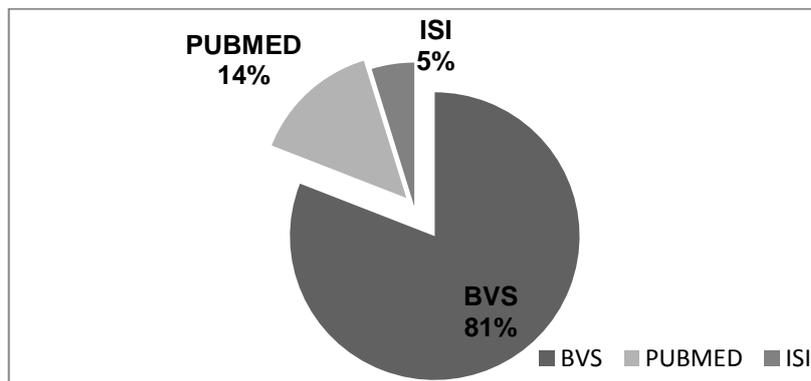


Gráfico 1 - Distribuição dos artigos de acordo com a base de dados
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao idioma dos 21 artigos, a maioria era no idioma português, correspondendo a 90,4%, seguidos do idioma inglês (9,52%). Dos 21 artigos selecionados para este estudo, foi observado que as publicações relativas ao objeto de estudo iniciaram-se a partir do ano de 2009. O gráfico 2 demonstra a distribuição dos artigos por ano de publicação.

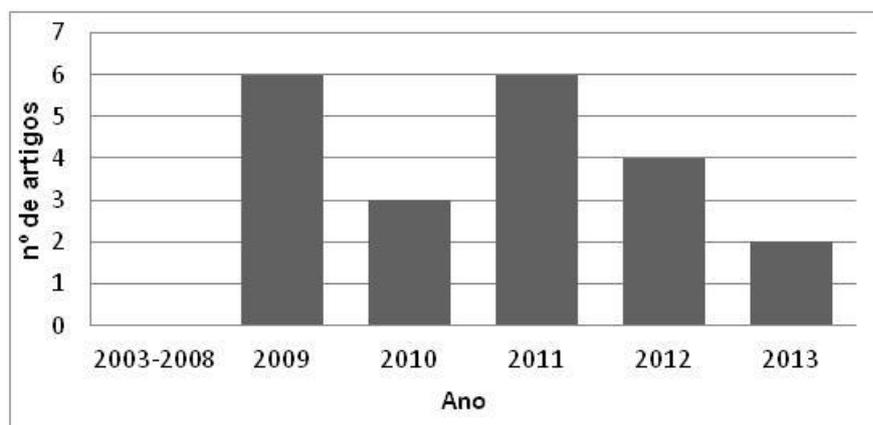


Gráfico 2 – Distribuição dos artigos por ano de publicação
Fonte: Dados da pesquisa

Foi observado uma diversidade de periódicos na amostra selecionada para este estudo, como ilustrada no Quadro 3. Destaca-se a Revista Latino-Americana de Enfermagem (28,6%) com o maior número de publicações da amostra em questão. O que se justifica pela sua tendência a publicações voltadas à atenção primária à saúde.

Quadro 3
Distribuição dos artigos analisados segundo os títulos dos periódicos.

Periódicos	N
Revista Latino Americana de Enfermagem	6
Revista Escola de Enfermagem da USP	4
Revista saúde publica	2
Revista Brasileira de epidemiologia	2
Revista de enfermagem UERJ	2
Cadernos de Saúde Pública	1
Revista baiana de saúde pública	1
BMC health services reseach	1
Texto & Contexto Enfermagem	1
The International Journal of Tuberculosis	1
Total	21

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 4 apresenta uma síntese dos estudos incluídos nesta revisão. Foi atribuída uma numeração a cada estudo (E1 a E21). O registro dos artigos foi realizado em um instrumento contendo os seguintes aspectos: título, autores, ano, revista, tipo de pesquisa, atributo da APS, base conceituais utilizados e participantes do estudo.

Quadro 4
Síntese dos estudos incluídos na revisão

	Título	Autor	Ano	Revista	Tipo de pesquisa	Atributo	Conceitos	Participantes
E1	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.	PONCE, Maria Amélia Zanon et al	2013	Caderno de Saúde Pública	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	Porta de entrada: “Os sistemas de saúde, em geral, organizam-se com base em uma porta de entrada que corresponde ao primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário, a cada novo problema ou necessidade.” STARFIELD (2002).	Usuários
E2	Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil	VILLA, Tereza Cristina Scatena et al.	2013	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	“A atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização desses serviços quando surge necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção), podendo ocorrer em todos os níveis do sistema, embora seja essencialmente uma característica da APS.” STARFIELD (2002).	Usuários
E3	A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP	OLIVEIRA, Mayra Fernanda de et al.	2011	Revista de enfermagem da USP	Quantitativa e Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	Porta de entrada: “É compreendido como o local ou o profissional a ser procurado como primeiro ponto de atenção a cada novo problema de saúde percebido, é o local de primeiro contato dentro do sistema de saúde”. STARFIELD (2002).	Usuários
E4	Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil	SCATENA, Lúcia Marina et al.	2009	Revista de Saúde Pública	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	“A definição de acesso considerou a localização da unidade de saúde próxima da população à qual atende os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso” STARFIELD (2002).	Usuários
E5	Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB	MARCOLINO, Alinne Beserra Lucena et al.	2009	Revista Brasileira de epidemiologia.	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	*O estudo não descreveu o conceito do atributo abordado.	Profissionais

E6	Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família	CLEMENTIN O, Francisco de Sales; MIRANDAL, Francisco Arnoldo Nunes de	2010	Revista de enfermagem da UERJ	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Entrevistas gravadas	Atenção ao Primeiro Contato	“Compreende-se o conceito de acessibilidade nos serviços de saúde como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, considerando os limites de espaço e tempo” (FEKETE, 1995 ¹).	Usuários
E7	Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes	PALHA, Pedro Fredemir et al.	2012	Revista da escola de enfermagem da USP	Quanti e qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	“O acesso, a primeira etapa do percurso realizado pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde, é definido neste estudo pelo substantivo acessibilidade, compreendido como a capacidade do paciente obter cuidado em saúde de maneira útil e conveniente.” (ACURCIO,1996 ²)	Usuários
E8	Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde	ARAKAWA, Tiemi et al	2011	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	“Acesso é compreendido como entrada, ato de ingressar.” (TRAVASSOS, 2004 ³).	Usuários
E9	O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro	SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos et al	2012	Revista de enfermagem da UERJ	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	“O acesso se refere à forma de aproximação e de entrada dos usuários no sistema de saúde, e também às barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação dos usuários com os serviços disponíveis” (BRASIL, 2007 ⁴).	Usuários
E10	Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose.	FIGUEIREDO ,Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al	2009	Revista de Saúde Pública	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	“O acesso é um conceito multidimensional, que exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando necessitam.” (TRAVASSOS, 2008 ⁵).	Usuários

¹ FEKETE, Maria Christina. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** In: Ministério da Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades de saúde do distrito Sanitário - projeto Gerus. Brasília, p. 177-184, 1995

² ACURCIO, Francisco de Assis; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, p. 233-242, 1996.

³ TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. A review of concepts in health services access and utilization. Caderno de Saúde Pública, vol. 20, n. 2, p.190-198, 2004.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007.

⁵ TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; p. 215-43, 2008

E11	Health services performance for tb treatment in brazil: a cross-sectional study	VILLA, Tereza CS et al.	2011	BMC Health Services Research	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato; Longitudinalidade ; Coordenação e centralização na família.	Acesso: “envolve a localização da unidade de saúde perto da população, os horários e os dias de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não programadas e como a população percebe a conveniência destes aspectos” (STARFIELD, 2002). Longitudinalidade: “implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo” (STARFIELD, 2002). Coordenação: “isto implica alguma forma de continuidade, ou cuidados pelo mesmo profissional.” (STARFIELD, 2002). Foco na família: “que considera o contexto e a dinâmica familiar nos cuidados.” (STARFIELD, 2002).	Usuários
E12	Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view	MOTTA, Catarina Salvador da	2009	Int J Tuberc Lung Dis.	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Atenção ao primeiro contato	*O estudo não descreveu o conceito do atributo abordado.	Usuários
E13	Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista	PONCE, Maria Amélia Zanon et al	2011	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Longitudinalidade	“O vínculo estabelece fortes laços interpessoais entre os profissionais de saúde e os doentes por meio de relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência.” (SÁ, 2007 ⁶ ; STARFIELD, 2002)	Usuário, Profissionais e Gestores
E14	As concepções de vínculo e a relação com o controle da TB	GOMES, Anna Luiza Castro; SÁ, Lenilde Duarte de Sá;	2009	Revista escola de Enfermagem da USP.	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> grupo focal	Longitudinalidade	“Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo” (ALMEIDA, 2006 ⁷).	Profissionais

⁶ SÁ, Lenilde Duarte de et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 16, n.4, p.712-718, 2007.

⁷ ALMEIDA, Célia Maria de; MACINKI, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, 2006

E15	Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família	ALVES, Rayanne Santos et al.	2012	Texto e contexto - enf.	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> entrevista semiestruturada gravadas	Integralidade	“Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004 ⁸).	Usuários
E16	Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais	TRIGUEIRO, Janaína Von Söhsten et al	2011	Rev. Latino-Americana de Enfermagem	Qualitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> entrevista semiestruturada	Coordenação da atenção	“capacidade de prover e articular recursos de informação e conhecimento, organizativos, políticos e financeiros em função do tempo, prioridades estratégicas e operacionais concretamente estabelecidas” (SOTO, 2003 ⁹).	Gestores
E17	A coordenação da assistência no controle da tuberculose	ASSIS, Elisângela Gisele de et al	2012	Revista Escola de Enfermagem da USP	Quantitativa <i>Instrumento para a coleta de dados:</i> questionário	Coordenação da atenção	“A coordenação é compreendida como a capacidade que os serviços de saúde tem em garantir a continuidade da atenção ao doente no sistema de saúde, assegurando a provisão de recursos, insumos, articulação intra e extra-setorial e o fluxo de informações necessárias ao atendimento das necessidades dos usuários” (STARFIELD, 2002; DONALDSON, 1996 ¹⁰)	Usuários profissionais e gestores
E18	Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil	SILVA, Elisângela Mascarenhas et al.	2010	Revista Baiana Saúde Pública.	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Coordenação	“compreende alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados, observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados, que deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes” (STARFIELD, 2002).	Usuários e profissionais

⁸ ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Atheneu, 2004.

⁹ SOTO, Maria Josefa del Carmen Martinez. Planejamento Institucional: capacidade de conduzir ações. **São Paulo em Perspectiva**. Vol. 17, n. 3-4, p.198-204, 2003.

¹⁰ DONALDSON, Molla et al. **Primary care: America's health in a new era**. Washington, National Academy Press, 1996.

E19	Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade	OLIVIERA, Sônia Aparecida da Cruz et al.	2009	Revista Latino-americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Centralização na família e orientação para a comunidade	Centralização na família: “pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, tendo em vista que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento dos recursos familiares limitados” Orientação para a comunidade: “implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração” (STARFIELD, 2002)	Usuários
E20	Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose	NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al.	2011	Revista brasileira de epidemiologia.	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Centralização na família e orientação para a comunidade	Orientação para comunidade: “implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração” Centralização na família: “pressupõe a importância do indivíduo em seu ambiente cotidiano, tendo em vista que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados”. (STARFIELD, 2002)	Profissionais
E21	Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária	CURTO, Márcio et al.	2010	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quantitativa <i>Instrumento para coleta de dados:</i> Questionário	Orientação para a comunidade	*O estudo não descreveu o conceito do atributo abordado.	Usuários

Fonte: Elaborado pela autora

No Gráfico 3 está representado a frequência em que os atributos da APS foram citados nos artigos analisados. O atributo atenção ao primeiro contato é o mais frequentemente citado como objeto de estudo das publicações científicas.

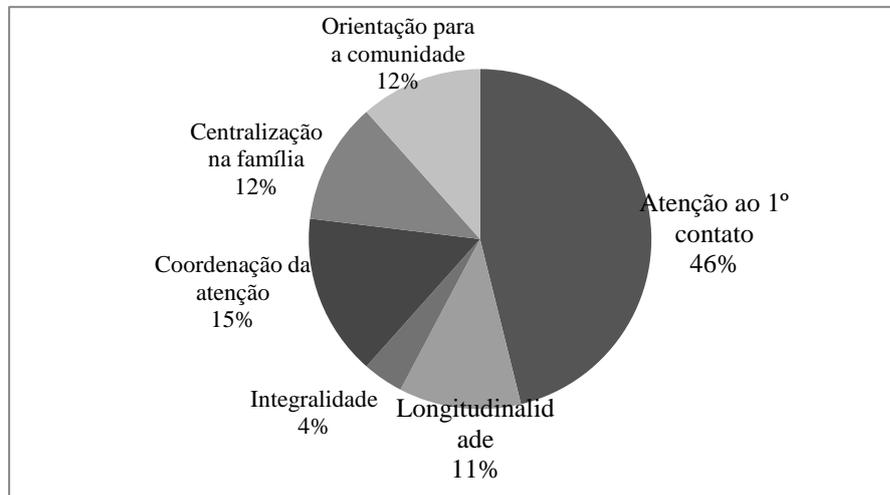


Gráfico 3 – Frequência em que os atributos da APS são abordados como objeto de estudo dos artigos

Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 4 representa a frequência dos participantes das pesquisas relacionadas aos atributos.

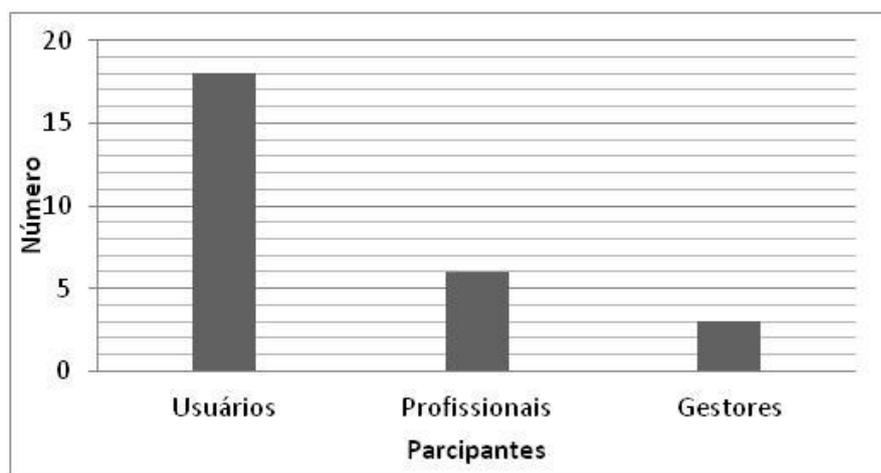


Gráfico 4 – Frequência de participantes das pesquisas apresentadas nos artigos

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 Análise dos atributos da atenção primária à saúde

4.2.1 Atenção ao primeiro contato

Ao analisar os conceitos do atributo Atenção ao primeiro contato, verificou-se que dos 12 artigos que abordaram esse atributo, 41,66% (5) deles utilizaram o conceito da Starfield (2002), 8,3 (1) utilizou Fekete (1995), 8,3(1) Acurcio (1996), 8,3(1) Travassos (2004), 8,3(1) Brasil (2007) e 8,3(1) Travassos (2008). Dois destes não definiram conceitualmente o atributo abordado no artigo.

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

Alguns estudos referem que este resultado pode estar relacionado à inadequada qualificação profissional (E1, E2, E3), sobrecarga de funções (E3), horários rígidos de funcionamento (E1, E6, E12) e número de determinado de consultas (E1), organização local dos serviços de saúde (E2) aliados a hábitos culturais em procurar o hospital (E1, E4). O estudo E1 fez uma comparação entre três serviços de saúde: atenção básica, unidade de pronto-atendimento e o serviço especializado. A atenção básica esteve associada à procura do usuário pelo serviço de saúde mais próximo de seu domicílio, obtenção de consulta em mais de 24 horas e mais de três visitas aos serviços de saúde para obtenção do diagnóstico. Quanto a agilidade em se obter uma consulta médica para os doentes de TB, alguns outros estudos referiram ser possível no prazo de 24 horas (E12, E24).

O artigo E6 identificou horários rígidos e limitados de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e formas quase sempre presenciais de marcação de consultas.

Outro aspecto reconhecido como facilitador à adesão terapêutica está relacionado à viabilização de recursos que incentivem o comparecimento do paciente ao tratamento medicamentoso supervisionado na Unidade de Saúde da Família (USF) (E5). Os artigos E5, E7 e E8, demonstraram que a maioria dos serviços não disponibilizava o vale-transporte.

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

4.2.2 Longitudinalidade

Dos três artigos selecionados para a revisão, o atributo longitudinalidade foi conceituado por duas publicações segundo o conceito da Starfield (2002), e um utilizou o conceito de ALMEIDA (2006). Dois estudos abordaram a temática através de questionários estruturados. E uma pesquisa utilizou a técnica de grupo focal.

Os artigos E13 e E14 mostraram em seus resultados que os doentes de TB são atendidos pelo mesmo profissional durante o tratamento. Os estudos E11 e E13 mostraram que os profissionais anotam as queixas do doente no prontuário e que os profissionais conversam com os doentes de TB sobre outros problemas de saúde, além da própria doença.

O E13 revelou que os profissionais esclarecem dúvidas sobre a medicação de rotina utilizada para tratamento da TB. O E14 obteve em seus resultados que a rotatividade de profissionais prejudica a construção do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. Outro resultado que merece destaque deste estudo foi que o profissional médico é o menos envolvido com o doente de TB.

4.2.3 Integralidade

O artigo que trata da integralidade das ações voltadas à TB utilizou o conceito da Associação Paulista de Medicina (2004). O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada.

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

4.2.4 Coordenação da atenção

Quatro artigos discorrem acerca da coordenação da atenção, 75% (3) utilizaram-se do conceito da Starfield (2002) e um utilizou Soto (2003).

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

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

4.2.5 *Enfoque familiar*

Os três artigos acerca de enfoque familiar utilizaram-se do conceito descrito por Starfield (2002).

Os estudos E19 e E20 apresentaram em seus resultados que os profissionais de saúde sempre pedem informações sobre as condições de vida dos doentes e da sua família. Já o E11 constatou em sua pesquisa que os profissionais pouco perguntam sobre condições de vida do paciente e sua família. O E20 identificou que os prontuários são organizados por núcleo familiar.

Os três estudos (E11, E19, E20) constataram que há investigação de TB nos comunicantes familiares com entrega do pote para coleta do exame de escarro. Nos estudos E11 e E19 os resultados mostraram que os profissionais de saúde conversam pouco com os familiares acerca a doença e outros problemas de saúde.

4.2.6 *Orientação para a comunidade*

No atributo orientação para a comunidade, dois dos artigos utilizaram o conceito da Starfield (2002) e um não apresentou conceituação do atributo.

Em dois estudos (E19 e E20) a unidade de saúde não avaliou a resolutividade dos serviços oferecidos na percepção do usuário. Porém o E21 mostrou que os serviços realizaram esta avaliação.

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

seja, identificação de sintomáticos respiratórios, orientação e oferecimento do pote para coleta de escarro, entre outras.

Os três estudos também mostraram que os profissionais não solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir sobre o problema da TB.

5 DISCUSSÃO

A implantação do SUS no Brasil deu-se a partir da década de 1990 e em 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial (ESCOREL, 2007). Pode-se presumir a possível razão de serem encontrados estudos a partir de 2009 ao fato desse novo modelo de saúde ser uma proposta recente que se expandiu nos últimos anos e ao fato de que em muitos municípios, o processo de descentralização das ações para a APS, ainda está em andamento.

O serviço de urgência e o especializado foram os que mais realizaram diagnóstico de TB, o que demonstra pouca atuação da atenção primária em relação à atenção secundária e terciária. Constata-se então que parcelas importantes de usuários com TB são frequentemente diagnosticados em outras portas de entrada do sistema de saúde. Este resultado corrobora com o estudo de SILVA-SOBRINHO (2012) que refere que os serviços de referência e o hospital foram os principais responsáveis pelo diagnóstico de TB, demonstrando diferenças na capacidade diagnóstica entre as unidades de saúde. O autor cita ainda que a disponibilidade imediata para a realização da baciloscopia e de exames de imagem, além da presença de profissionais com diversas especializações, colabora na agilidade do diagnóstico.

Segundo Moroe (2008) existem algumas barreiras que podem comprometer o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB, como por exemplo, a debilidade quantitativa de profissionais, sobrecarga de funções e a insuficiente qualificação profissional das equipes para lidarem com a doença. Sendo assim, há uma necessidade que envolve a unidade básica de saúde (UBS) no sentido de preparar, motivar e sensibilizar a equipe a assumir responsabilidades referentes ao controle da doença. E há também uma necessidade de responsabilização dos gestores referente ao adequado investimento na alocação e capacitação de recursos humanos.

Esta baixa representatividade da APS no diagnóstico, pode estar relacionada a um déficit na busca ativa de SR na comunidade, devido a uma prática que ainda possui vestígios do modelo tradicional centrado na doença. Costa (2008) refere que não raras vezes, as estruturas dos programas de saúde da família continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano da APS.

Os serviços de atenção primária, muitas vezes, baseiam-se em um modelo no qual se espera que o indivíduo procure a unidade ao perceber algum sinal ou sintoma da doença. Entretanto a lógica do novo modelo assistencial deveria se pautar na prevenção de agravos e

promoção da saúde. Desta forma, a APS, deveria estar concentrada no diagnóstico precoce e no tratamento adequado, através dos quais possa se obter êxito no controle da doença.

Segundo Costa (2008) as práticas de saúde ainda são influenciadas pelo tradicional modelo curativista e sugere que é preciso desconstruir esse modelo ainda presente, onde o processo saúde-doença possa ser pensado de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar.

Para Escorel (2007) o cumprimento da atenção primária à saúde como serviço de porta de entrada com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde, implica acessibilidade (geográfica, temporal e cultural). Desta forma, os horários rígidos e limitados de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e formas quase sempre presenciais de marcação de consultas, são dificuldades para o usuário e comprometem o acesso, especialmente nos grandes centros, em que parcelas importantes da população têm uma vida economicamente ativa.

Silva-Sobrinho (2012) indica em seu estudo que os serviços de urgência possuem algumas facilidades de acesso como atendimento em qualquer dia e horário, diferentemente das unidades de APS que possuem dias e horários determinados de funcionamento.

O quadro 5 aponta as principais potencialidades e fragilidades encontradas para o atributo atenção ao primeiro contato.

Quadro 5
Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Atenção ao primeiro contato.

<i>Atributo: Atenção ao primeiro contato</i>	
Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Realização do tratamento mais próximo do domicílio:</i> facilita a supervisão do tratamento, contribuindo para a adesão ao tratamento. • <i>Obter consultas no prazo de 24 hs:</i> maior resolutividade na visão do usuário, contribuindo para a adesão ao tratamento.
Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A APS foi menos representativa no diagnóstico da TB:</i> baixa resolutividade da APS, diagnóstico tardio, formas mais avançadas da doença.

Fonte: Elaborado pela autora

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

A continuidade da informação, considerada a base da longitudinalidade, diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde. Este acúmulo de conhecimento, que é dinâmico, deve orientar a conduta terapêutica e favorecer a avaliação da mesma (CUNHA, 2011, p.1039).

Esclarecer dúvidas acerca da medicação, além de conversar sobre outros assuntos de saúde, além da TB, fortalece as relações interpessoais, contribuindo na construção do vínculo. Permite que o profissional veja o paciente de forma holística, facilitando a identificação de necessidades do paciente. Cunha (2011) cita que uma boa relação com o paciente envolve confiança, boa comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo.

Segundo Costa (2008) a instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que isto provoca no profissional, tem sido apontada como uns dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do programa de saúde da família (PSF), prejudicando a continuidade e efetivação das ações em saúde.

A rotatividade de profissionais encontrada neste estudo, afeta a interação profissional/doente, pois interrompe a continuidade da assistência e formação do vínculo. Moroe (2008) comenta sobre esta questão.

Um elemento que prejudica a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB e que merece atenção é a rotatividade dos profissionais, relacionada à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde, trazendo como consequência, a dificuldade para o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os doentes (MOROE, 2008, p.265).

No quadro 6 apresentado abaixo, referimos as principais potencialidades e fragilidades encontradas para o atributo longitudinalidade.

Quadro 6 **Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Longitudinalidade**

Atributo: Longitudinalidade

Potencialidades

- *Ser atendido pelo mesmo profissional de saúde ao longo do tratamento:* facilita o estabelecimento de vínculos contribuindo para a adesão.
- *Anotar as queixas no prontuário:* garante a continuidade do tratamento.
- *Profissional esclarecer dúvidas e conversar sobre outros problemas além dos de saúde:* favorece a relação interpessoal e estabelecimento de vínculos.
- *Não conversar com o doente sobre outros assuntos que não sejam*

Fragilidades	<i>relacionados à doença: fragiliza as relações interpessoais.</i>
	• <i>Rotatividade de profissionais: compromete a formação de vínculos.</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Os resultados evidenciam uma prática focada em aspectos apenas biológicos, centrados na doença e não no indivíduo. Práticas como estas em que há supervalorização do aspecto biológico, não garantem uma assistência voltada à integralidade. O modo de operar o cuidado não deve se limitar a um saber exclusivamente técnico, mas sim ao de uma perspectiva mais abrangente do cuidado. Mattos (2004) comenta sobre essa capacidade da equipe de saúde em adequar o que o serviço oferece com o que o sujeito necessita.

O que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde (MATTOS, 2004, p. 1414).

Os artigos analisados nesta revisão mostram que o acompanhamento do doente de TB em tratamento não era voltado à promoção da autonomia do usuário, isto nos leva a pensar na complexidade do processo saúde – doença em que se torna necessário considerar todo o contexto social, cultural desse indivíduo.

O conhecimento do paciente acerca do processo de adoecimento influencia a percepção da doença e a adesão ou não adesão ao tratamento. Quanto mais conhecimento o doente tem acerca da doença, maior é a autonomia diante do problema. Cunha (2011) refere que no modelo biomédico, por ser centrado na doença, não se promove a autonomia do paciente, uma vez que não há preocupação em esclarecer ao sujeito do cuidado o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas.

O quadro 7 apresenta as principais potencialidade e fragilidades para o atributo integralidade.

Quadro 7 **Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Integralidade**

Atributo: Integralidade

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Considerar todos os aspectos que envolvem o indivíduo para além da sua doença: permite conhecer as reais necessidades do indivíduo.</i> • <i>Centralização no modelo biomédico: assistência fragmentada em que o indivíduo não é visto em sua integralidade.</i>
Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pouca autonomia dos doentes: sujeitos não assumem sua co-responsabilidade no processo terapêutico.</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Instrumentos de referência e contrarreferência representam importante mecanismo para integração dos serviços de saúde. Os estudos demonstraram problemas no sistema de referência e contrarreferência no decorrer do tratamento ao doente com TB, o que pode se configurar em obstáculo para a continuidade da assistência.

Em sua discussão, Pontes (2009) traz a tona a não efetivação dos sistemas de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. De acordo com este mesmo autor, essa dificuldade para a efetivação desse sistema, constitui-se em uma deficiência importante no contexto do SUS, uma vez que este se configura como peça fundamental para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade, a equidade, pois sem o funcionamento adequado deste sistema não há garantia de continuidade da assistência.

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

Atividades como aviso sobre agendamento e disponibilidade dos resultados de exames fizeram parte das ações analisadas nos estudos. Certamente são importantes, mas sozinhas não garantem uma assistência de qualidade.

O quadro 8 apresenta as principais potencialidades e fragilidades encontradas neste estudo.

Quadro 8

Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Coordenação da Atenção

Atributo: Coordenação da atenção

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ajuda dos profissionais para agendar consultas com especialistas quando necessário; disponibilidade de resultados de exames na unidade de saúde: aumenta satisfação do usuário facilitando na adesão ao tratamento.</i> • <i>Sistema de referência e contrarreferência eficaz: garante a continuidade da assistência.</i>
Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sistema de referência e contrarreferência que funcionam de forma ineficaz: descontinuidade da assistência.</i> • <i>Ausência ou pouca discussão dos resultados da consulta do especialista com o profissional de saúde: compromete a continuidade da assistência.</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Pela análise dos resultados apresentados, percebe-se que em relação à equipe de saúde discutir com os familiares acerca da doença e sobre outros problemas de saúde, apresentou-se

como uma prática pouco utilizada, o que resulta no não envolvimento da família nesse processo.

O envolvimento da família no processo terapêutico é fundamental para o enfrentamento da doença, uma vez que influencia na adoção de hábitos, estilos e condutas. Tanto o doente quanto sua família devem ser orientados sobre a doença, a fim de que todos possam se envolver no processo de tratamento do doente com TB. Sá (2007) verificou em seu estudo que a falta de informação e as representações negativas relacionadas à doença estavam associadas ao abandono do tratamento.

Para Givigi (2011) a família é entendida como integrante do processo terapêutico, a relação entre profissional e família deve acolher as demandas familiares e não se restringir apenas ao trabalho de orientação. Este mesmo autor refere que o que faz toda diferença no processo são, justamente, as características pessoais, a forma como cada indivíduo e cada família encontra para lidar com suas dificuldades, que fornecem subsídios norteadores sobre como começar e que caminho seguir no trabalho terapêutico.

Os prontuários organizados por núcleo familiar permite conhecer a dinâmica contextual dos indivíduos, sendo possível pensar em um tratamento integrando à família.

Os resultados mostram que a maioria dos serviços está realizando a investigação de TB em comunicantes familiares com oferecimento de pote para coleta de exame de escarro, seguindo a recomendação do Ministério da Saúde. A coleta de escarro para baciloscopia, deve ser insistentemente realizada como rotina de investigação de casos suspeitos de TB (BRASIL, 2011, p. 76). No Quadro 9 estão as principais potencialidades e fragilidades encontradas para o atributo.

Quadro 9

Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Centralização na família

Atributo: Enfoque familiar

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Profissionais de saúde perguntam sobre condições de vida do doente e sua família:</i> Permite conhecer o contexto do indivíduo doente que pode contribuir para a adesão ao tratamento. • <i>Prontuários organizados por núcleo familiar:</i> Admite o acompanhamento da dinâmica da família e criação de planos terapêuticos considerando a dinâmica familiar. • <i>Investigação de TB nos comunicantes familiares:</i> Ação de controle da doença.
Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Profissionais de saúde conversam pouco com a família acerca da doença e de outros problemas de saúde:</i> Diminui o envolvimento da família no processo terapêutico que pode resultar em abandono do tratamento.

Fonte: Elaborado pela autora

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

A educação em saúde é uma importante estratégia para a redução das taxas de abandono do tratamento da doença, pois a falta de informação ou a sua inadequada assimilação concorre para uma ingestão não apropriada da medicação e/ou interrupção do tratamento. Nesse enfoque se reconhece que a educação em saúde favorece o autocuidado, pois aumenta a capacidade das pessoas cuidarem de si mesmas (SÁ, 2007, p.714).

BRASIL (2011) considera fundamental contar com o apoio dos doentes de TB e da comunidade, visando estimular o controle da TB e a mobilização social. Observa-se nos resultados que os profissionais não buscam parcerias sociais para o desenvolvimento das ações de controle da TB. Sá (2013) refere que o problema que se observa na prática das equipes de Saúde da Família recai sobre a abordagem de uma educação em saúde reducionista, na qual se encontram cristalizados processos de trabalho pouco capazes de mobilizar a participação de comunidades em seus contextos.

A baixa representatividade social evidencia um baixo envolvimento da comunidade com relação à problemática da tuberculose. Sendo assim, a população necessita ser informada acerca das ações que envolvam o controle da TB, como também terem a consciência da corresponsabilidade neste processo. Então é preciso criar alternativas que promovam a autonomia destes sujeitos. Sá (2013) afirma que é necessário adotar uma forma de comunicação baseada no diálogo e nas relações interpessoais, que trabalhe com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde, trazendo o sujeito para o foco da discussão. O ideal seria que as práticas educativas constituíssem um instrumento de participação popular nos serviços de saúde e ao mesmo tempo de contribuição na vida cotidiana das famílias e da sociedade.

O Quadro 10 apresenta as principais potencialidades e fragilidades encontradas para o atributo Orientação para a comunidade.

Quadro 10
Potencialidades e Fragilidades encontradas para o atributo Orientação para a comunidade

Atributo: Orientação para a comunidade

Potencialidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Realização de propagandas, campanhas e trabalhos educativos:</i> Mantém a população informada acerca da doença (sinais e sintomas, diagnóstico precoce) e diminui o preconceito acerca da doença.
Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • <i>As unidades não avaliam a resolutividade dos serviços oferecidos:</i> o serviço acaba não conhecendo se o que ele oferece está de acordo com as expectativas/necessidades da população. • <i>Não desenvolvimento de parcerias com outros setores da comunidade:</i> enfraquece as ações comunitárias que poderiam contribuir para o controle da TB. • <i>Baixa representatividade social:</i> enfraquece o envolvimento da comunidade com as ações de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Após toda a análise dos dados deste estudo, foi possível perceber que os atributos ainda não estão totalmente incorporados nas práticas de atenção à TB das unidades de APS. Tendo em vista que ainda há componentes destes atributos que funcionam de forma incipiente e/ou ineficaz.

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

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

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

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

O envolvimento da família e da comunidade no processo terapêutico ainda é incipiente. Incorporar a família e a comunidade nas ações de saúde é necessário para promover mudanças na qualidade do serviço e reforçar o compromisso e envolvimento entre serviço de saúde, indivíduo, família e comunidade, fazendo com que todos se sintam sujeitos ativos de sua saúde.

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

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

REFERÊNCIAS

ALVES, Rayanne Santos et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.21, n.3, p. 650-657, Jul-Set, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2013.

ARAKAWA, Tiemi et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. São Paulo, vol. 19, n.4, p. 994-1002, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf> Acesso em: 06 dez. 2013.

ASSIS, Elisângela Gisele de et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 46, n. 1, p. 111-118, fev. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/recusp/v46n1/v46n1a15.pdf>>. Acesso em 06 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. Boletim Eletrônico Epidemiológico [Internet]. 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/10/boletim2_2013_tb_web.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011. 284 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. 1ª edição. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 95 de 26 de Janeiro de 2001**. Dispõe sobre a NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: < http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arg_doc/noas_sus2001.pdf> Acesso em: 03 fev. 2014.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, Belo Horizonte, vol. 5, n. 11, p.121-136, mai/agosto 2011.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDAL, Francisco Arnoldo Nunes de. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 18, n.4, p. 584-590, out/dez, 2010. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a14.pdf>> Acesso em: 06 dez. 2013.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de enfermagem**, vol. 62, n.1, p. 113-118, fev, 2008.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011.

CURTO, Márcio et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.18, n.5, p. 983-989, set/out 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_20.pdf> Acesso em: 06 dez. 2013.

ESCOREL, Ligia Sarah et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Pan americana de Saúde Pública**, v. 21 n.2, p.164-176, 2007.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol.43, n.5, p. 825-831, Set. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/265.pdf>> Acesso em: 09 dez. 2013.

FIOCRUZ. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. Rio de Janeiro: 2008, 348p.

GIVIGI, Rosana Carla do Nascimento; SANTOS, Analu Siqueira; RAMOS, Gláucia Oliveira. Um novo olhar sobre participação da família no processo terapêutico. **Revista Terapia Ocupação Universidade de São Paulo**, Sergipe, vol.22, n. 3, p.221-228, set/dez. 2011.

GOMES, Anna Luiza Castro; SA, Lenilde Duarte de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.43, n.2, p. 365-372, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a16v43n2.pdf>> Acesso em: 06 dez. 2013.

MARCOLINO, Alinne Beserra Lucena et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, vol.12, n.2, p. 144-157, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200005> Acesso em: 06 dez. 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20 n.5, p.1411-1416, set-out, 2004.

MOROE, Aline Aparecida et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista escola de enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, vol. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MOTTA, Maria Catarina Salvador da et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, vol.13, n. 9, p. 1137-1141, set 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697920/>> Acesso em: 09 dez. 2013.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol.14, n.2, p. 207-216, jun 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf>> Acesso em: 09 dez. 2013.

OLIVEIRA, Mayra Fernanda de et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.45, n.4, p. 898-904, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400015> Acesso em: 06 dez. 2013.

OLIVEIRA, Sônia Aparecida da Cruz et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.17, n.3, p. 361-367, mai/jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_13.pdf Acesso em: 06 dez. 2013.

PALHA, Pedro Fredemir et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.46, n.2, p. 342-348, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200011> Acesso em: 06 dez. 2013.

PONCE, Maria Amélia Zanon et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro vol.29, n.5, p. 945-954, mai 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n5/12.pdf> Acesso em: 06 dez. 2013.

PONCE, Maria Amélia Zanon et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.19, n.5, p. 1222-1229, set/out 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_21.pdf> Acesso em: 06 dez 2013.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 13, n.3, p. 500-507, jul-set, 2009.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista eletrônica de enfermagem**, vol. 15, n.1, p.103-111, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15246> Acesso em: 27 mar. 2014.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. **Revista de enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.3 p. 300-305, jul/set, 2012. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a03.pdf> > Acesso em: 06 jan. 2013.

SCATENA, Lúcia Marina et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol.43, n.3, p. 389-397, mai/jun 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/248.pdf> > Acesso em: 06 dez 2013.

SILVA, Elisângela Mascarenhas et al. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.2, p. 227-239, abr./jun. 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1794.pdf>> Acesso em: 06 dez 2013.

SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antonio et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplex fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista Pan-americana Saúde Pública**, vol. 31 n.6, p. 461 a 468, 2012.

SOUZA, Marcela Tavares de, SILVA, Michelly Dias da, CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. UNESCO/Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

TRIGUEIRO, Janaína Von Söhsten et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.19, n.6, p. 1289-1296, Nov/Dez, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_03.pdf> Acesso em: 06 dez. 2013.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.21, p. 190-198, jan/fev 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_24.pdf> Acesso em: 06 dez. 2013.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Health services performance for tb treatment in brazil: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, vol 11, n 241, set. 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-241.pdf>> Acesso em: 09 dez. 2013.

**ANEXO A – INSTRUMENTO ADAPTADO PARA COLETA DE DADOS
(VALIDADO POR URSI, 2009).**

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delimitação experimental () Delimitação quase-experimental () Delimitação não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
6. Resultados	
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____