UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RUBIA LAINE DE PAULA ANDRADE

Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos
serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009

RIBEIRÃO PRETO

2012

RUBIA LAINE DE PAULA ANDRADE

Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos
serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo e Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina
Scatena Villa

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Rubia Laine de Paula

Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009.

Ribeirão Preto, 2012.

85 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Tuberculose.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rubia Laine de Paula Andrade

Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

*À minha mãe, Irisleide, e ao meu pai, Valterci,
pelo apoio, confiança e incentivo de sempre.
Pelo amor incondicional que me faz
acreditar em mim mesma.*

Agradecimentos Especiais

À Prof^{ta} Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa (Tite), pela sabedoria compartilhada e por acreditar em meu potencial. Por ter me incentivado a crescer como profissional e pesquisadora e por seu espírito de liderança, que fazem do nosso Grupo GEOTB, uma grande família nos estudos em tuberculose.

Muito obrigada!

Ao Prof. Dr. Antônio Ruffino-Netto, exemplo de Grande Homem, mestre e doutor no trato com as pessoas, por sempre ensinar, com carinho e dedicação, que somos capazes de avançar em nossa carreira sem perder a sensibilidade, a emoção e a humildade. Nossa jornada se torna mais fácil quando temos alguém como o senhor reconhecendo as potencialidades de cada um.

À Prof^{ta} Dr^a Aline Aparecida Monroe. Obrigada pela dedicação e paciência a mim dispensadas e por dividir o seu conhecimento, que me faz crescer tanto como pessoa quanto como profissional.

À Prof^{ta} Dr^a Lucia Marina Scatena, obrigada pelos ensinamentos na área de estatística, os quais me fazem vislumbrar novos horizontes como pesquisadora.

Agradecimentos

A Jesus, meu mestre, modelo e exemplo de vida. Obrigada por me carregar em seu colo sempre que não consigo caminhar sozinha.

À Nossa Senhora, por passar na minha frente, iluminando o meu caminho e as minhas decisões.

Ao meu anjo da guarda, que me protege contra as injustiças do dia-a-dia e me ajuda com conselhos perante as dificuldades.

À minha mãe, Irisleide, e ao meu pai, Valterci, por terem sido meus educadores na escola da vida e por confiarem em mim acima de tudo.

Aos meus irmãos, Graciella e Gledson e à minha cunhada Olívia, pela compreensão e disponibilidade em me ajudar sempre que preciso.

Ao Harley, Danyelle e filhos, Joaquim, Raul e Miguel, por torcerem por mim mesmo à distância.

Ao Dinho, que tem compartilhado os bons momentos da vida comigo. Obrigada pelo companheirismo e pela sinceridade.

Aos meus amigos do Acampamento Maanaim, local onde sinto e confirmo a presença de Jesus em minha vida e onde encontro meus melhores confidentes.

À Andresa, Aline Baqueta, Margareth, Samanta e Michele, amigas de longa data com quem posso contar mesmo quando ficamos um tempo sem conversar.

À Roxana, Aline Monroe, Paulinha e Cinthia, pelo espírito de solidariedade que hoje dão sustentação e leveza ao nosso Grupo de Estudos em Tuberculose. Obrigada pela amizade.

À Jordana, Silvia, Lourdinha, Cláudia, Sônia, Tânia, Érika, Mayra, Márcio, Ricardo e Reinaldo, que conseguiram alçar voos mais altos na vida profissional. Por terem deixado um pouco de si em nosso Grupo e em minha vida.

Às “bruxinhas” Maria Amélia, Anne, Bia, Aline Beraldo, Tiemi, Gabi, Maria Eugênia, Livia e Nathália, que hoje ajudam a compor a “tropa de elite” dos estudos operacionais em TB. Obrigada pelo carinho e confiança em mim depositados.

Ao Prof. Pedro, Laís, Elisângela, Karen, Altair, Carol e demais integrantes do Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde, por resgatarem as subjetividades que envolvem a atenção aos doentes de TB.

À Paty, mulher sábia, minha amigona e conselheira. Obrigada por todo incentivo, apoio e carinho de sempre.

À Lis, coordenadora do Programa Municipal de Controle da Tuberculose, por dividir os conhecimentos da prática e da realidade dos serviços de saúde de Ribeirão Preto.

Aos docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, pela dedicação à minha formação acadêmica.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, pelo acolhimento.

Ao ICOHRTA, nas figuras dos professores Jonathan Golub, Richard Chaisson e José Roberto Lapa e Silva, pelo apoio e por inspirarem a minha formação enquanto pesquisadora.

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro ao projeto mãe desta pesquisa e três meses de bolsa de doutorado.

Aos profissionais das enfermarias de pediatria e psiquiatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP, que contribuíram e torceram pelo meu crescimento enquanto profissional.

E, por fim, aos profissionais de saúde dos serviços de atenção básica e das unidades de pronto-atendimento de Ribeirão Preto que aceitaram participar deste estudo.

Oração de São Pio de Pietrelcina

Ficai comigo, Senhor, porque Vossa presença me é necessária para não Vos esquecer. Bem sabeis quão facilmente Vos abandono...

Ficai comigo Senhor, porque sou fraco e preciso de Vossa fortaleza para não cair tantas vezes.

Ficai comigo Senhor, porque sois minha vida e sem Vós me esmorece o fervor.

Ficai comigo Senhor, porque sois minha luz e sem Vós me acho em trevas.

Ficai Senhor comigo, para me mostrardes Vossa vontade.

Ficai Senhor comigo, porque desejo amar-Vos muito e estar sempre em Vossa companhia.

Ficai comigo Senhor, se quereis que eu Vos seja fiel.

Ficai comigo Jesus, porque minha alma, conquanto paupérrima, todavia quer ser para Vós um habitáculo de consolação, um ninho de amor.

Ficai, Jesus, comigo, que entardece e o dia se vai... isto é, a vida passa... a morte se avizinha... avizinha o juízo, a eternidade... e é mister redobrar minha forças para não desfalecer no caminho, e para tal preciso de Vós. Entardece e vem a morte... Inquietam-me as trevas, as tentações, a aridez, as cruzes, as penas, e ah! como preciso de Vós, meu Jesus, nesta noite de exílio.

Ficai, Jesus comigo, pois preciso de Vós nesta noite da vida e dos perigos.

Fazei que eu Vos conheça como Vos conheceram os discípulos de Emaús ao partir do pão, isto é, que a união Eucarística seja a luz que dissipa as trevas, a força que me sustenta e a única felicidade do meu coração.

Ficai, Senhor comigo, porque, ao chegar a morte, quero estar unido a Vós, se não pela Santa Comunhão, ao menos pela graça e pelo amor.

Ficai, Jesus, comigo! Não Vos peço Vosso divino consolo, pois não o mereço, mas o dom de Vossa santíssima presença. Oh! sim, Vo-lo peço!

Ficai, Senhor, comigo! Busco somente a Vós, o Vosso amor, a Vossa graça, a Vossa vontade, o vosso Espírito, porque Vos amo e não peço recompensa alguma, senão aumento de amor...

Amor sólido, prático. Amar-Vos com perfeição por toda a eternidade. Assim seja.

RESUMO

ANDRADE, R. L. P. **Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto**, 2009. 2012. 85f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Considerando a importância do diagnóstico oportuno da tuberculose (TB) pulmonar enquanto estratégia para o controle da doença, bem como a trajetória das políticas de reorganização do setor saúde no Brasil no âmbito dos serviços de atenção básica (AB) enquanto porta de entrada para o diagnóstico e manejo dos casos da doença, este estudo teve como objetivo avaliar os serviços de porta de entrada (atenção básica / pronto-atendimento) para o diagnóstico da TB pulmonar em Ribeirão Preto, 2009. Para isto, foi realizado um estudo epidemiológico, descritivo, do tipo inquérito exploratório, elaborado com base no referencial de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e seus componentes: estrutura-processo-resultado. Os dados foram coletados em 2009 através de fontes secundárias e entrevista com 90 profissionais de saúde (médicos / equipe de enfermagem) dos serviços de AB e 68 das unidades de pronto-atendimento (PA) de Ribeirão Preto. Na análise dos dados das entrevistas, foram construídos indicadores de estrutura (recursos humanos / físicos) e processo (reconhecimento do problema), sendo que para as perguntas com respostas dicotômicas considerou-se como indicador a proporção de ocorrência de cada item avaliado e para as questões com escala Likert de resposta (valores de 1 a 5), o valor médio de todas as respostas dos profissionais de saúde ao item avaliado. A partir dos dados obtidos de fontes secundárias, foram construídos dois indicadores de processo (diagnóstico): proporção de sintomáticos respiratórios examinados e proporção de diagnósticos de TB realizados segundo o número esperado. Os indicadores foram analisados individualmente, bem como a relação destes com os tipos de unidades de saúde (AB / PA), a partir do teste qui-quadrado para proporções, teste exato de Fisher e análise fatorial de correspondência múltipla (AFCM). Os resultados da AFCM apresentou semelhança com os demais resultados do estudo, mostrando as seguintes associações: AB - não tem geladeira; não tem equipamento de Raio-X; local ruim destinado à coleta de escarro; quase sempre há disponibilidade suficiente de profissionais; às vezes tem sobrecarga de trabalho; solicitam baciloscopia; às vezes apresentam dificuldade para convencer o doente a colher escarro. PA - não tem formulário para solicitar baciloscopia; não tem pote para coleta de escarro; tem equipamento de Raio-x; local muito ruim destinado à coleta de escarro; quase nunca há disponibilidade suficiente de profissionais; sempre tem sobrecarga de trabalho; não solicitam baciloscopia; sempre apresentam dificuldade para convencer o doente a colher escarro. Além disso, verificou-se que os serviços de AB (5,5% [4,9-6,1%]) têm apresentado uma proporção maior de sintomáticos respiratórios examinados que os serviços de PA (3,6% [3,2-3,9%]), embora os dois tipos de serviços apresentem desempenhos semelhantes em relação à proporção de diagnósticos realizados: 5,8% [3,7-8,0%] na AB e 5,4% [4,0-6,9%] no PA. Por meio destes resultados, concluiu-se que falhas no planejamento em relação à provisão de recursos materiais, bem como na gestão de recursos humanos nas unidades de PA são aspectos que podem estar levando a uma baixa proporção de sintomáticos respiratórios examinados neste local; nos serviços de AB, parece que o problema encontra-se principalmente na falta de responsabilização da equipe pela população da área de abrangência das unidades de saúde, bem como na baixa resolutividade destes serviços para examinar os sintomáticos respiratórios e firmar os diagnósticos de TB.

Palavras-chave: Avaliação dos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Tuberculose.

ABSTRACT

ANDRADE, R. L. P. **First contact services in pulmonary tuberculosis diagnosis: evaluation of health services in Ribeirao Preto**, 2009. 2012. 85f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Considering the importance of timely diagnosis of pulmonary tuberculosis (TB) as a strategy to control the disease, as well as the trajectory of the political reorganization of the health sector in Brazil in the context of primary health care (PHC) as a place for TB diagnosis and case management, this study aimed to evaluate the first contact services (PHC/emergency services (ES)) in pulmonary TB diagnosis in Ribeirao Preto in 2009. For this, a descriptive and exploratory epidemiological study was performed based on the framework of health services quality evaluation and their components: structure-process-outcome. The study was conducted in Ribeirao Preto in 2009. Data were collected through secondary sources and interviews with 90 health care workers (doctors and nursing staff) from PHC and 68 from ES. The data provided from the interviews were used to create indicators of structure and process. For questions with dichotomous responses, the indicator was considered as the proportion of occurrence of each evaluated item, and for the questions with Likert response scale (values from 1 to 5), as the average of all responses of health professionals. From the data obtained from secondary sources, we created two additional process indicators: the proportion of individuals with respiratory symptoms examined and the proportion of TB diagnosis according to the number expected. The indicators were examined individually, as well as their relationship with the types of health care facilities (PHC/ES) using a chi-square test, Fisher's exact test and multiple correspondence factorial analysis (MCFA). The results of the MCFA were similar to the other results of the study, showing the following associations: PHC services do not have a refrigerator; do not have X-ray equipment; have a poor place for sputum collection; almost always have sufficient availability of professionals; sometimes have work overload; request sputum smear microscopy; sometimes present difficulty in convincing the patient to collect sputum. ES do not have a form to request sputum smear microscopy; do not have vessel to collect sputum; have x-ray equipment; have a very poor place for sputum collection; almost never have sufficient availability of professionals; always have work overload; do not request sputum smear microscopy; always have difficulty in convincing the patient to collect sputum. Furthermore, it was found that the PHC services (5.5% [4.9 to 6.1%]) have shown a higher proportion of individuals with respiratory symptoms examined than the ES (3.6% [3.2 -3.9%]), although the two types of service have similar performance in relation to the proportion of diagnoses made: 5.8% [3.7 to 8.0%] in PHC and 5.4% [4.0 to 6.9%] in ES. Through these results we concluded that failures in planning regarding the provision of material resources and in human resources management in ES is probably leading to a low proportion of individuals with respiratory symptoms examined in this place. In the PHC services, it seems that the problem is found mainly in the lack of accountability for the population of the area of health facilities, as well as the low resolubility of these services to examine the individuals with respiratory symptoms and establish the diagnosis of TB.

Keywords: Health Services Evaluation. Primary Health Care. Tuberculosis.

RESUMEN

ANDRADE, R. L. P. **Puerta de entrada para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar:** evaluación de los servicios de salud en Ribeirao Preto, 2009. 2012. 85f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Considerando la importancia del diagnóstico oportuno de la tuberculosis (TB) pulmonar como una estrategia para controlar la enfermedad, así como la trayectoria de la reorganización política del sector salud en Brasil en el contexto de la atención primaria de salud (APS) como puerta de entrada al diagnóstico y tratamiento de casos de la enfermedad, este estudio tuvo como objetivo evaluar los servicios que sirven como puerta de entrada (APS / servicios de emergencia (SE)) para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en Ribeirão Preto, 2009. Para esto, se realizó un estudio epidemiológico, exploratorio, descriptivo, basado en la referencia para evaluar la calidad de los servicios de salud y sus componentes: estructura-proceso-resultado. El estudio fue realizado en Ribeirao Preto en 2009. Los datos fueron recolectados, a través de fuentes secundarias y entrevistas con 90 profesionales de la salud (médicos y el personal de enfermería) de APS y 68 de los SE. En el análisis de los datos de las entrevistas, se crearon indicadores de estructura y proceso. Para las preguntas con respuestas dicotómicas se consideró como indicador la proporción de ocurrencia de cada ítem evaluado y para las cuestiones con escala de respuesta Likert (valores de 1 a 5), la media de todas las respuestas de los profesionales de salud. De los datos obtenidos de fuentes secundarias establecimos más dos indicadores de proceso: la proporción de los síntomas respiratorios examinados y la proporción de diagnósticos de tuberculosis hizo de acuerdo a la cantidad esperada. Los indicadores fueron examinados de forma individual, así como su relación con los tipos de establecimientos de salud (APS / SE), mediante el test de chi-cuadrado para las proporciones, el test exacto de Fisher y el análisis factorial de correspondencias múltiples (AFCM). Los resultados de la AFCM mostró similitud con los demás resultados del estudio, con las siguientes asociaciones: APS - no tienen refrigerador, no tienen equipo de rayos X, mal lugar para la recogida de esputo, casi siempre hay disponibilidad suficiente de profesionales, a veces tienen sobrecarga de trabajo, solicitan baciloscopia, a veces tienen dificultades para convencer al paciente para la recolección de esputo. SE - no hay formulario para solicitar baciloscopia, no hay recipiente para la recolección de esputo, tienen equipo de rayos X, lugar muy malo para la recolección de esputo, casi nunca hay disponibilidad suficiente de profesionales, siempre tienen exceso de trabajo, no piden baciloscopia, siempre tienen dificultades para convencer al paciente para recoger el esputo. Además, se encontró que los servicios de APS (5,5% [4,9 a 6,1%]) han mostrado una mayor proporción de pacientes con síntomas respiratorios examinados que los SE (3,6% [3,2 -3,9%]), aunque los dos tipos de servicios tienen un desempeño similar en relación a la proporción de diagnósticos realizados: 5,8% [3,7 a 8,0%] en la APS y 5.4% [4,0 a 6,9%] en los SE. A través de estos resultados, llegamos a la conclusión de que fallas en la provisión de recursos materiales y en la gestión de los recursos humanos en los SE pueden llevar a una baja proporción de personas con síntomas respiratorios examinados en este local; en los servicios de APS, parece que el problema está principalmente en la falta de responsabilidad del equipo por la población del área de los servicios de salud, así como la baja resolubilidad de estos servicios para examinar las personas con síntomas respiratorios y establecer el diagnóstico de la TB.

Palabras clave: Evaluación de los Servicios de Salud. Atención Primaria de Salud. Tuberculosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Componentes de avaliação da qualidade dos serviços de saúde	33
Figura 2 -	Árvore de distribuição dos casos de tuberculose	42
Figura 3 -	Indicadores da estrutura (recursos humanos) dos serviços de porta de entrada (atenção básica/pronto-atendimento) para o diagnóstico da tuberculose pulmonar na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009	47
Figura 4 -	Indicadores do processo de atenção aos suspeitos de tuberculose pulmonar (dificuldades encontradas no reconhecimento do problema) nos serviços de porta de entrada (atenção básica/pronto-atendimento) na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009	49
Figura 5 -	Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise fatorial de correspondência múltipla. Avaliação dos serviços de porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar em Ribeirão Preto, 2009	50
Figura 6 -	Plano fatorial de avaliação dos serviços de porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, Ribeirão Preto, 2009	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes, elementos, indicadores e medidas para avaliação dos serviços de porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, Ribeirão Preto, 2009	39
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das categorias profissionais nas unidades de saúde, Ribeirão Preto, 2009	36
Tabela 2 -	Indicadores da estrutura (recursos físicos) dos serviços de porta de entrada (atenção básica/pronto-atendimento) para o diagnóstico da tuberculose pulmonar na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009 ...	46
Tabela 3 -	Indicadores do processo de atenção aos suspeitos de tuberculose pulmonar (reconhecimento do problema) nos serviços de porta de entrada (atenção básica/pronto-atendimento) na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009	48
Tabela 4 -	Medidas de correlação (Cos^2) para as categorias das variáveis que representam os itens do questionário e suas dimensões associadas no plano fatorial. Ribeirão Preto, 2009	51

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto-atendimento
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
RH	Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-WEB	Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 DELINEAMENTO DO OBJETO EM ESTUDO.....	19
1.1 Situação epidemiológica da tuberculose	20
1.2 Políticas de Controle da Tuberculose no Brasil.....	21
1.3 Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose	23
1.4 Justificativa do estudo	28
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1 Modelo do estudo.....	32
3.2 Referencial metodológico.....	32
3.3 Caracterização do local de estudo	33
3.4 População de estudo.....	35
3.5 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	37
3.6 Plano de Análise	38
3.7 Aspectos éticos	43
4 RESULTADOS	45
4.1 Características da população de estudo	46
4.2 Indicadores de estrutura.....	46
4.3 Indicadores de processo	48
4.4 Análise da relação entre as variáveis do estudo e tipos de serviços (atenção básica / pronto-atendimento)	50
5 DISCUSSÃO.....	54
6 CONCLUSÕES.....	61
REFERÊNCIAS.....	63
ANEXOS	73
APÊNDICES.....	78

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela Saúde Pública teve início através da realização do curso de auxiliar de enfermagem junto ao Centro Interescolar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em 1997. Esse curso me permitiu ver a Saúde Pública como um desafio a ser enfrentado principalmente quando se busca a prestação de uma assistência que contemple todos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e que transponha as barreiras do reducionismo e da fragmentação do cuidado.

Após este curso, realizei o curso de Bacharelado em Enfermagem e, no decorrer deste, tive a oportunidade de escolher um local para a realização do meu estágio curricular, o que permitiu atuar no serviço de Vigilância Epidemiológica do Núcleo de Gestão Assistencial de Ribeirão Preto em 2001, sob a supervisão da Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa que, posteriormente, me convidou para iniciar um trabalho junto ao Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB) por ela liderado.

Neste trabalho, iniciado em 2002 (e ainda em andamento), tive contato com todas as fases de uma pesquisa, desde a elaboração dos projetos, coleta e análise dos dados até a discussão e divulgação dos resultados em eventos e periódicos científicos.

Enfatizo ainda que a atuação neste Grupo de Estudos permitiu meu crescimento e amadurecimento como pesquisadora e me deu a oportunidade de participar do Grupo de Trabalho em Pesquisa do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Ministério da Saúde e ser indicada pelo Projeto ICOHRTA (*Innovative approaches for Training in Clinical Operational and Health System Research for TB control in Brazil*) para participar dos cursos “*Principles of Epidemiology*”; “*HIV, TB Programs and Critical Challenges in Global Tuberculosis Control*”; e “*Design and Methodological Issues in Research Development*” oferecidos pela Johns Hopkins University em Baltimore, Estados Unidos.

O GEOTB vem desenvolvendo pesquisas com a finalidade de compreender aspectos técnico-político-operacionais acerca da assistência aos doentes de tuberculose na Atenção Básica e demais serviços de saúde desde as fases de diagnóstico até o desfecho do tratamento e, como consequência do desenvolvimento do meu trabalho junto a este grupo, firmou-se meu interesse em desenvolver o presente estudo, o qual faz parte do projeto “Avaliação da efetividade

dos modelos de gestão dos serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”, financiado pelo Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT 67/2009 (processo 558835/2009-0).

1 DELINEAMENTO DO OBJETO EM ESTUDO

No que se refere à problemática da tuberculose (TB), sua discussão contempla tanto as macropolíticas, uma vez que inclui fundamentalmente a área social (geração de emprego/renda, educação, habitação, dentre outros), como as micropolíticas, relacionadas à organização e gestão dos programas para o adequado desempenho dos serviços de saúde no manejo da doença. A partir destas vertentes e do processo de reorganização da atenção à TB, com a transferência da responsabilidade das ações de controle da doença para a Atenção Básica (AB), o presente estudo tem como foco as micropolíticas, uma vez que pretende avaliar os serviços que atuam como porta de entrada do sistema de saúde para o diagnóstico da TB pulmonar em Ribeirão Preto, contribuindo com a produção de conhecimentos teóricos e operacionais que possibilitem o empreendimento de ações e intervenções locais que levem ao diagnóstico oportuno da doença.

1.1 Situação epidemiológica da tuberculose

A TB afeta principalmente populações socialmente desfavorecidas. Sua propagação está intimamente ligada às condições de vida da população e prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infraestrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria (SANTOS et al., 2007).

No cenário mundial, dos casos notificados de TB em 2009, estima-se que 83,7% estão concentrados em 22 países e, dentre eles, o Brasil ocupa a 13ª posição em número de casos bacilíferos. No país, neste mesmo ano, foram notificados 71,7 mil casos novos de TB, com uma incidência estimada de 45 casos por 100.000 habitantes e prevalência de 50 casos por 100.000 habitantes. Os casos bacilíferos chegaram a 39 mil (WHO, 2010) e a TB foi a terceira causa de mortalidade por doenças infecciosas, com 4,7 mil óbitos (DATASUS, 2011a).

O desempenho do Brasil em relação à detecção de casos de TB foi de 86% em 2009, no entanto, quando se considera o número de casos estimados - 87 mil (WHO, 2010), cerca de 12 mil doentes permaneceriam sem ter o diagnóstico firmado no país. Apesar da TB ser uma condição sensível à atenção ambulatorial, em 2009, ocorreram 14.136 internações pela doença no país (DATASUS, 2011b), o que

caracteriza deficiências na realização do diagnóstico oportuno da enfermidade em pauta pelos serviços de AB, bem como da presença de debilidades no manejo da doença e de suas comorbidades (ARCÊNCIO; OLIVEIRA; VILLA, 2007).

O Estado de São Paulo concentrou o maior número de casos absolutos de TB notificados no Brasil em 2009, com 18.226 casos, sendo 15.712 casos novos, incidência de 37,9/100.000 habitantes e 12,1% de coinfeção com o HIV. No mesmo período, obteve-se 77,7% de cura; 10,9% de abandono, 5,7% de óbitos, 0,8% de falência, 1,4% de transferência e 3,5% sem informação (GALESI, 2011a). Para o ano de 2008, foram examinados 210.750 sintomáticos respiratórios no Estado, o que representou 51,4% da meta almejada (GALESI, 2011b).

O município de Ribeirão Preto apresentou 194 casos de TB em 2009, sendo 184 casos novos, incidência de 32,7/100.000 habitantes e 19,6% de coinfeção com o HIV. No mesmo período, obteve-se 85,0% de cura; 3,1% de abandono, 8,8% de óbitos, 1,0% de transferência e 2,1% sem informação (SÃO PAULO, 2011). Para este mesmo ano, esperava-se colher 5.500 baciloscopias no município, no entanto, atingiu-se menos de 50% (2.252) da referida meta (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

1.2 Políticas de Controle da Tuberculose no Brasil

Sabe-se que a TB já foi considerada erroneamente uma doença extinta e por isso acabou sendo negligenciada tanto pela população em geral quanto pelos profissionais de saúde e, sobretudo, pelos formuladores de políticas públicas (RUFFINO-NETTO, 2002).

Com o advento da aids na década de 1980, a TB voltou a ser motivo de preocupação entre autoridades de diversos países, sendo que em 1993 a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerou uma emergência mundial e propôs a adoção da estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) como uma política de controle da doença, cujas metas seriam atingir 85% de cura, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono para 5% (WHO, 2005). Para além de uma estratégia de controle da doença, o processo de implantação do DOTS exigia a reorganização dos serviços e das práticas de atenção à saúde (RUFFINO-NETTO, 2002; RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006; GAZETTA et al., 2007) com o propósito de operacionalizar seus cinco componentes: 1. Compromisso político dos

gestores, colocando a TB como prioridade na agenda das políticas de saúde; 2. Detecção de casos por meio da baciloscopia de escarro e retaguarda laboratorial; 3. Tratamento supervisionado dos casos; 4. Fornecimento das medicações; 5. Sistema de registro e informação (WHO, 1999).

No Brasil, estas recomendações da OMS foram incorporadas ao plano de controle da TB em 1998, quando as políticas de saúde no país priorizavam a municipalização e a descentralização da atenção à saúde. Em função disto, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose de 1999 introduziu novas possibilidades de intervenção ao doente de TB, recomendando a expansão das ações de controle da doença para 100% dos municípios, sendo que esta expansão se daria no âmbito da AB de forma a ampliar o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento em todos os serviços de saúde (BRASIL, 1999). Destaca-se ainda que, neste mesmo ano, o Brasil já havia assinado a Declaração de Amsterdam se comprometendo a alcançar as metas de cura e detecção de casos propostas pela OMS por meio da expansão da estratégia DOTS (AMSTERDAM..., 2000).

No que diz respeito à incorporação das ações de controle da TB pela AB, a mesma vem ocorrendo de forma gradual e diversificada, havendo uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, tratamento supervisionado, busca de sintomáticos respiratórios), mantendo-se centralizadas apenas as ações gerenciais (manejo do sistema de informações, monitoramento da situação da TB, planejamento e execução de treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde) realizadas pela coordenação dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT) municipais (VILLA et al., 2006).

No Brasil, em 2006, com a aprovação do regulamento dos Pactos pela Vida, foram estabelecidas as responsabilidades de cada esfera de governo dentro das ações da AB e as metas a serem pactuadas entre essas esferas. Uma das metas foi o incremento à capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, dentre elas a TB (BRASIL, 2006), em um contexto de fortalecimento da AB enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro. Neste mesmo ano, a OMS lançou o plano STOP-TB para o alcance das metas globais de controle da TB, sinalizado como prioritário dentre os objetivos para o desenvolvimento do milênio, englobando componentes essenciais que priorizam e promovem a sustentabilidade

da estratégia DOTS, os quais também são contemplados no novo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2011a).

Apesar dos esforços dispendidos na operacionalização da estratégia DOTS e na descentralização das ações de controle da TB para a AB, a detecção de casos representa um dos aspectos técnicos que desafiam o efetivo controle da doença. No Brasil, apesar da disponibilidade de insumos e métodos diagnósticos, muitos locais ainda apresentam dificuldades para a realização do diagnóstico oportuno da doença, seja ou por não valorizarem a tosse como um sinal clínico, ou por não priorizarem o método da baciloscopia de escarro no diagnóstico em função da indução de incorporação de tecnologias mais densas e sofisticadas, dentre outras deficiências no acesso às ações e serviços de saúde (LEUNG; LEUNG; TAM, 2007; NOGUEIRA et al., 2007; MOTTA et al., 2009; SCATENA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2011; SILVA SOBRINHO et al., 2012). Tal situação evidencia a necessidade de qualificação dos serviços de saúde, principalmente daqueles que se configuram como portas de entrada do sistema, para que haja coerência com as reformas setoriais que englobam a priorização do controle da doença.

1.3 Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose

Como *porta de entrada*, consideraram-se os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a definição contida no decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b). Segundo o mesmo decreto, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Neste contexto, o sistema fragmentado de atenção à saúde precisa ser superado a partir da implantação e constituição das Redes de Atenção à Saúde, as quais são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (neste estudo, em consonância com a realidade brasileira,

será utilizado o termo AB¹ como sinônimo de atenção primária à saúde², mesmo reconhecendo as diferenças entre as mesmas) e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009).

São Portas de Entrada às ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I – de atenção básica;
- II – de atenção à urgência e emergência;
- III – de atenção psicossocial;
- IV – especiais de acesso aberto.

Segundo Starfield (2002) porta de entrada também pode receber a denominação de primeiro contato, que significa acesso (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento (uma característica do processo da atenção). Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde.

Considerando a estruturação da rede de atenção à saúde, principalmente com a criação do SUS, preconizou-se uma lógica de organização regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada e favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (ZIONI; ALMEIDA, 2008). Nesta perspectiva, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi reconhecida como unidade fundamental do SUS, constituindo o que se convencionou denominar rede básica de saúde (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008), posteriormente incrementada com a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual possibilitou a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Tais unidades de produção de cuidado são consideradas como as mais adequadas portas de entrada para o sistema de atenção à saúde, constituindo-se em um nível próprio de atendimento com capacidade de resolver as

¹ Atenção seletiva, destinada a populações e regiões pobres, restritas às ações de atenção de primeiro nível (MENDES, 2002).

² Estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde, o que implica a articulação da atenção

² Estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002).

necessidades de saúde que extrapolam a mera intervenção curativa individual (HARTZ, 2000; NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

O trabalho na rede básica configura-se como complexo na medida em que, para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e a aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). Este nível de atenção, quando bem planejado e organizado, constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo. Neste contexto, os serviços de AB passam a ter um caráter coletivo e implica em ofertar ações de promoção à saúde e prevenção, além de atenção curativa e de reabilitação (MENDES, 1996).

Destaca-se ainda que os serviços de AB dispõem de recursos de baixa densidade tecnológica e devem atuar com equipes generalistas na lógica da vigilância da saúde contemplando território, condições e modos de vida, bem como problemas e necessidades de saúde (PAIM, 1998), devendo cumprir três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização. A resolubilidade significa que a AB deve ser resolutiva e capacitada cognitiva e tecnologicamente para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício do centro de comunicação dos sistemas de saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes níveis de atenção. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela nos microterritórios sanitários (MENDES, 2009).

No contexto da estruturação da rede de atenção à saúde as unidades de pronto-atendimento (PA) desempenham papel fundamental como porta de entrada na atenção à demanda espontânea, uma vez que estes serviços realizam atendimento 24 horas por dia e dispõem de recursos de média densidade tecnológica, funcionando como retaguarda para horários e dias de não funcionamento da AB, devendo também se vincular de modo formal a um hospital de referência, embora não substituam a responsabilidade da AB e nem a resposta hospitalar. Destaca-se ainda que estes serviços atuam com o objetivo de identificar, no menor tempo possível, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência com base em sinais de alerta e definir o adequado local de atendimento,

podendo também atuar como tal (MENDES, 2009). Apesar disso, o modelo assistencial do PA ainda corresponde ao modelo tradicional de 'queixa-consulta' ou melhor 'sintoma-receita'. Ainda que o atendimento seja garantido – característica da atenção muito prezada pela população –, o modelo de PA responde apenas a casos agudos ou episódios de agudização de agravos crônicos (GIOVANELLA et al., 2010).

Neste sentido, as unidades de emergência foram delineadas para responder a uma pequena proporção de necessidades no conjunto de necessidades das populações e são ainda inadequadamente utilizadas por grande parcela da população. Embora sejam as melhores portas de entrada na ocorrência de emergências, não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações, as quais são elementos da atenção primária à saúde (MENDES, 2009; GIOVANELLA et al., 2010).

Apesar da implantação da ESF para reorientação do fluxo de atendimento no sistema de saúde e da priorização da AB como porta de entrada do mesmo, não são observadas mudanças significativas na demanda pelos serviços de emergência, visto que os mesmos ainda são utilizados por grande número de casos com queixas passíveis de resolução pela AB (FURTADO; ARAÚJO JUNIOR; CAVALCANTI, 2004). As debilidades na implementação das políticas de saúde relacionadas à ordenação do acesso dos usuários nos serviços da rede assistencial, bem como a baixa resolubilidade e qualidade dos serviços de AB, aliadas à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população têm levado o usuário a buscar assistência médica nos serviços de emergência, ocasionando a superlotação dos mesmos (SANTOS et al., 2003; MARQUES; LIMA, 2007).

O desenvolvimento de estratégias de avaliação de risco nas unidades de PA com encaminhamento para atendimento na AB dos pacientes de baixo risco facilita a conformação da mesma como porta de entrada dos sistemas de saúde e desafoga as unidades de emergência. Entretanto, enquanto a articulação destas unidades com a rede de AB não for estabelecida, haverá a permanência de um modelo competitivo entre os dois locais, fragilizando a AB enquanto um serviço de procura regular (GIOVANELLA et al., 2010).

No momento atual, parece prevalecer certa dubiedade da política federal quanto ao modelo assistencial para a AB no país, visto a disparidade de recursos financeiros destinados à expansão da cobertura da ESF e à implantação e manutenção mensal das unidades de PA (GIOVANELLA et al., 2010), o que gera um

descompasso com o compromisso assumido de garantir a efetiva consolidação da atenção primária à saúde como resposta à crise dos sistemas de saúde contemporâneos, dada a incoerência entre a atenção fragmentada e voltada, principalmente, para as casos agudos e uma situação de saúde com predomínio de tripla carga de doenças, manifestada por doenças infecciosas, parasitárias e de saúde reprodutiva, bem como causas externas e doenças crônicas, as quais exigem um seguimento e manejo dos casos (MENDES, 2010).

Na AB e serviços de emergência, os problemas e necessidades trazidos são pouco definidos e diferenciados, enquanto em outros níveis de atenção, eles, geralmente, já passaram por um filtro de definição. Neste sentido, a porta de entrada ao sistema de saúde poderá levar a uma atenção inadequada se esta não for reconhecida ou habilitada nos diagnósticos ou manejo do problema, adiando o cuidado necessário (STARFIELD, 2002).

Com a finalidade de identificar os serviços que constituem a porta de entrada ao sistema de saúde para o diagnóstico da TB no Brasil, realizou-se um levantamento bibliográfico em dezembro de 2011 dos trabalhos completos indexados nas bases de dados LILACS e MEDLINE, utilizando a combinação dos seguintes descritores controlados (português DECS / inglês MESH): *tuberculose / tuberculosis X diagnóstico / diagnosis X atenção primária à saúde / primary health care / serviços médicos de emergência / emergency medical services*. Para a busca, também foram utilizados descritores não controlados, os quais representam as palavras textuais ou os sinônimos dos descritores controlados, identificados a partir da leitura dos textos primários. São eles: *diagnostic / porta de entrada / primeiro contato / primeira visita / primeira consulta / atenção básica / unidade básica de saúde / pronto-atendimento / unidade ambulatorial de emergência / gatekeeper / first contact / fist visit / first consultation / emergency services / emergency department*. Utilizando os limites de idioma (inglês, português e espanhol) e de população de estudo (humanos adultos), encontrou-se 229 artigos. Destes, identificou-se 9 estudos realizados no Brasil, sendo que 3 identificavam os serviços de porta de entrada para o diagnóstico da TB. Os serviços de AB e de PA configuraram-se como os mais procurados pelos usuários ao início dos sintomas da doença, seguidos pelo sistema hospitalar e os serviços de saúde privados (MACIEL et al., 2010; MACHADO et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2011), os quais são procurados por oferecerem acesso direto à consulta médica e/ou serviço de PA. Em relação aos

locais de diagnóstico, este se concentra em serviços de atenção secundária e terciária (OLIVEIRA et al., 2011), mostrando que o acesso às ações e serviços de saúde deve estar se completando na Rede de Atenção à Saúde.

1.4 Justificativa do estudo

A importância do diagnóstico oportuno da TB pulmonar enquanto estratégia para a redução da transmissão e obtenção de melhores resultados de tratamento da doença, bem como a trajetória das políticas de reorganização do setor saúde no Brasil no âmbito da AB e a relevância de uma rede integrada de atenção à saúde para o diagnóstico da TB apontam a necessidade de se avançar em estudos operacionais que possibilitem a identificação das ações e dos serviços de saúde disponibilizados aos usuários nos serviços de porta de entrada para o reconhecimento de suspeitos e para a elucidação diagnóstica dos casos de TB. Neste estudo, dentre os serviços de porta de entrada, serão enfocados os serviços de AB (UBS e USF) por serem considerados pelo Ministério da Saúde como local prioritário para o desenvolvimento de ações de controle da TB e as unidades de PA por ser porta de entrada preferencial dos usuários na rede pública de saúde do município. Além disso, os dois tipos de serviço foram escolhidos por possuírem diferentes formas de trabalho: a AB funciona em horário comercial, atende uma população adscrita e oferta atenção à demanda programada / espontânea; as unidades de PA funcionam 24 horas por dia e atendem o público apenas na lógica de atenção à demanda espontânea.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os serviços de porta de entrada para o diagnóstico da TB pulmonar em Ribeirão Preto, 2009.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a estrutura dos serviços de AB e PA para o diagnóstico da TB pulmonar;
- Analisar a atenção proporcionada pelos serviços de AB e PA para o diagnóstico da TB pulmonar;
- Analisar a relação entre a estrutura e a atenção proporcionada pelos serviços de porta de entrada (AB / PA) para o diagnóstico da TB pulmonar.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Modelo do estudo

Estudo epidemiológico, descritivo, do tipo inquérito exploratório.

3.2 Referencial metodológico

Este estudo foi elaborado com base no referencial metodológico de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, também utilizado em outros estudos de avaliação das ações e serviços de saúde voltados para o controle da TB (LEE; PRICE, 1995; NATAL et al., 2004; OLIVEIRA, 2007; CARDOZO-GONZALES et al., 2008).

A avaliação consiste em fazer julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, e pode ser utilizada como prática sistemática na saúde para propiciar informações necessárias para a intervenção, constituindo-se base importante para o monitoramento contínuo das ações de saúde e para redirecionamento e/ou redefinição de estratégias locais (SILVA; FOMIGLI, 1994; HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Neste sentido, três componentes são destacados na avaliação da qualidade dos serviços de saúde: estrutura-processo-resultado, posto que cada sistema de serviços de saúde possui uma 'estrutura/capacidade' que corresponde aos recursos físicos, recursos humanos (RH) e fontes para manutenção da infraestrutura e tecnologia existentes para a execução dos serviços, o 'processo/desempenho' que diz respeito às atividades realizadas pelos profissionais de saúde (oferta de atenção) e pela população (recebimento da atenção) para a prestação de serviços de saúde, e o 'resultado', que refere-se a mudanças no estado de saúde de indivíduos e populações determinadas pela ação dos sistemas de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002).

É importante destacar que, neste estudo, foram enfocados os elementos "pessoal" (recursos humanos) e "instalações e equipamentos" (recursos físicos) do componente estrutura e os elementos "reconhecimento do problema" e "diagnóstico" da oferta de atenção (Figura 1). A utilização desses elementos de avaliação dos serviços de saúde é possível porque existe uma relação funcional fundamental entre

eles. Isto significa que as características estruturais dos locais onde se presta a assistência têm uma propensão a influir sobre o processo da atenção diminuindo ou aumentando sua qualidade (DONABEDIAN, 1996).

Figura 1 – Componentes de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

3.3 Caracterização do local de estudo

O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo e possuía em 2009 uma população estimada de 563.107 habitantes. Apresenta atenção à saúde regionalizada e hierarquizada em cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central) com 41 serviços de AB (sendo 28 UBS e 13 Unidades de Saúde da Família - USF); cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) com PA, sendo que duas contêm ambulatório de referência para TB; dois Centros de Referência em Moléstias Infecto-contagiosas e um Ambulatório de Especialidades,

os quais também são referência para TB no município. No nível terciário, o município conta com 14 hospitais, os quais disponibilizam cerca de 1.333 leitos ao SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Neste estudo, elegeram-se como locais de estudo os serviços de AB (UBS e USF) e as unidades de PA do município. Em 2009, as unidades de PA realizaram 948.094 atendimentos, e constituíram o primeiro atendimento de 253.628 pacientes com mais de 14 anos e, os serviços de AB, com um total de 503.397 atendimentos, foram o primeiro local de atendimento de 127.086 pacientes com mais de 14 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Os serviços de AB do município funcionam na lógica de atenção à demanda programada com consultas agendadas nas áreas de clínica geral, pediatria e ginecologia e oferecem serviço de triagem (realizado na maioria das vezes por auxiliares/técnicos de enfermagem) às pessoas que procuram pelo serviço sem agendamento prévio. A partir da triagem, casos de menor complexidade são agendados como consulta de rotina ou são encaixados em vagas disponíveis na unidade para consultas eventuais (geralmente duas vagas por profissional médico por dia). Casos de maior risco são encaminhados às unidades de PA que dão retaguarda aos serviços de AB no distrito sanitário. Destaca-se que o transporte destes usuários aos serviços de PA é realizado pelo sistema “Leva e Traz” de duas em duas horas.

As unidades de PA atendem o público adulto e infantil na lógica de atenção à demanda espontânea. Neste caso, os usuários passam por um “acolhimento” realizado pela equipe de enfermagem antes da consulta médica. Destaca-se que, no período do estudo, este “acolhimento” se resumia à verificação de sinais vitais e identificação da queixa do doente sem classificação de risco devido tanto à falta de RH, como de treinamento e de operacionalização do fluxo necessário. Na mesma estrutura física destas unidades, também são oferecidos atendimentos especializados nas áreas de cardiologia, endocrinologia, neurologia, dermatologia, imunologia, ginecologia e pediatria, além de atendimento de fonoaudiologia, psicologia e serviço social, variando entre as unidades. A articulação entre o PA e as áreas especializadas do serviço ocorre apenas no caráter de encaminhamento, entendido como um repasse de responsabilidade.

O fluxo de comunicação com informações sobre o paciente entre os diferentes serviços se dá por meio de formulários de referência e contra-referência e

pelo Hygia-Web, um sistema eletrônico de atendimento, registros de prontuários, resultados de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, programas de vacinação, entre outros. Este sistema pode ser acessado em qualquer unidade de saúde municipal, no entanto, nem todos os profissionais que atendem na AB e PA têm acesso ao prontuário eletrônico e/ou dispõem de computador em suas salas de atendimento.

Em relação ao diagnóstico da TB, o município segue as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), preconizando a coleta imediata de uma amostra de escarro assim que uma suspeita de TB é levantada tanto nos serviços de AB quanto no PA. A análise do escarro é realizada por um laboratório que recolhe diariamente as amostras nas unidades de saúde, sendo que os resultados são disponibilizados geralmente entre 24 horas a cinco dias após a coleta. Vale destacar que o laboratório informa às unidades de saúde, por telefone, caso algum resultado seja positivo para que seja dado início imediato ao tratamento.

Em relação ao aparelho de raio-X, três das cinco unidades de PA dispunham deste equipamento no período do estudo. Quando um usuário dos serviços de AB necessitava fazer este exame, o mesmo podia utilizar o serviço de “Leva e Traz” para ir às referidas unidades de PA.

Após a suspeição ou confirmação diagnóstica de TB, os casos são encaminhados para os cinco ambulatorios de referência do município para elucidação diagnóstica ou início do tratamento, respectivamente. Apesar da facilidade de acesso ao tratamento da TB no município, uma vez que o atendimento aos casos é direcionado a estes ambulatorios, verifica-se uma lacuna em relação à identificação e suspeição da doença nos serviços que funcionam como porta de entrada ao sistema de saúde.

3.4 População de estudo

A população de estudo foi constituída por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) com mais de três meses de atuação nas Unidades de Saúde – UBS, USF e PA dos cinco distritos sanitários do município de Ribeirão Preto.

Realizou-se o levantamento do número de profissionais que atuam nos serviços de saúde em 2009 através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2009). Foram excluídos aqueles que trabalhavam predominantemente em estabelecimentos hospitalares e clínicas particulares e eliminaram-se as duplicações para não superestimar a amostra. A Tabela 1 apresenta a distribuição das categorias profissionais por tipo de serviço:

Tabela 1: Distribuição das categorias profissionais nas unidades de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

Profissionais/unidades	UBS e USF	PA	TOTAL	PROPORÇÃO
Médicos	201	220	421	38%
Enfermeiros	81	75	156	15%
Auxiliares/técnicos de enfermagem	260	257	517	47%
TOTAL	542	552	1094	100%

3.4.1.1 Amostra

Assumindo como estimativa de variância das médias ($S^2=1$) valor proposto na literatura por Almeida e Macinko (2006) e a diferença entre a média amostral simples e a média da população ($B=0,2$) e probabilidade de erro tipo I igual a ($Z_{\alpha=5\%}=1,96$), estimou-se o tamanho da amostra “simples” em 136 com a seguinte equação (BOLFARINE; BUSSAB, 2005):

$$n = \frac{\sigma_d^2}{D} \cong \frac{S_d^2}{D} \quad \text{sendo } D = \frac{B^2}{Z_{\alpha}^2}$$

Considerando erro amostral de 15% (perdas ou recusas), a amostra final calculada foi de 160 profissionais.

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas: partilha proporcional à categoria profissional, resultando em 61 médicos, 24 enfermeiros e 75 auxiliares/técnicos de enfermagem; amostragem por conveniência – as unidades de saúde eram sorteadas e todos os profissionais eram entrevistados. Caso o serviço de saúde sorteado não completasse o número necessário de entrevistados, era realizado um novo sorteio até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido. Neste sentido, foram entrevistados profissionais das 5 unidades de PA e de 23 serviços de AB dos 41 existentes.

Concordaram em participar do estudo 90 *profissionais dos serviços de AB* (46 UBS + 44 USF), sendo 27 (30,0%) médicos, 17 (18,9%) enfermeiros e 46 (51,1%) auxiliares/técnicos de enfermagem e 68 *das unidades de PA*, sendo 22 (32,4%) médicos, 11 (16,2%) enfermeiros e 35 (51,5%) auxiliares/técnicos de enfermagem, totalizando 158 profissionais.

3.5 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a outubro de 2009, a partir de dois instrumentos:

✓ Formulário estruturado (ANEXO I) para entrevista com profissionais de saúde, elaborado com base no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), que avalia os aspectos críticos da atenção primária (STARFIELD, 2001) e foi validado para avaliar a Atenção Primária no Brasil (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e a atenção à TB (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009). Este formulário enfatizou a dimensão porta de entrada e contém 22 questões, distribuídas em três seções:

I – Caracterização dos profissionais entrevistados: incluiu *três* questões: sexo; local de trabalho; tempo de atuação.

II – Variáveis sobre a estrutura dos serviços de porta de entrada (AB / PA):

- Recursos físicos (materiais de consumo, equipamentos, instalações) → Incluiu *cinco* questões: presença de formulário para solicitar baciloscopia; presença de pote para coleta de escarro; presença de geladeira para armazenamento da baciloscopia; presença de aparelho de raio-X; condição do local destinado para a coleta de escarro.
- Recursos humanos → Incluiu *quatro* questões: preparo dos RH para identificar suspeitos de TB; disponibilidade de RH no serviço; rotatividade de profissionais; sobrecarga de trabalho.

III – Variáveis sobre o processo de atenção (oferta de atenção) nos serviços de porta de entrada (AB / PA):

- Reconhecimento do problema → Incluiu *10* questões: realiza anamnese de um caso suspeito de TB; solicita baciloscopia a um suspeito de TB; equipe de

enfermagem encaminha um caso suspeito de TB ao médico; médicos solicitam raio-X a um suspeito de TB; médicos encaminham o caso suspeito de TB a outro serviço de saúde; qualidade do tempo destinado ao atendimento dos usuários; dificuldade para falar sobre a TB; dificuldade para preencher pedidos de exame; dificuldade para convencer o paciente a colher escarro; profissionais se sentem responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB.

Os entrevistados responderam cada pergunta deste instrumento com respostas dicotômicas (Sim ou Não) ou segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre “um” e “cinco”, sendo que a resposta mais favorável recebeu o valor mais alto da escala e a mais desfavorável recebeu o valor mais baixo.

✓ Instrumento estruturado (ANEXO II) com *duas* questões para coleta de dados secundários referentes aos serviços de AB (41) e PA (5) do município:

II – Variáveis sobre o processo (oferta de atenção):

- Diagnóstico → Incluiu *duas* questões: número de baciloscopias solicitadas por unidade de saúde no ano; número de diagnósticos realizados por unidade de saúde no ano. Para o acesso a estas informações, contou-se com o apoio do coordenador do PCT do município, sendo que as mesmas foram colhidas, respectivamente, do laboratório que realiza as baciloscopias do município e do Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TB-WEB).

3.6 Plano de Análise

Os dados coletados foram digitados, armazenados e processados através do programa Statistica, versão 9.0 da Statsoft. As variáveis que buscavam a caracterização dos profissionais entrevistados foram analisadas por meio de distribuição de frequência absoluta/relativa e medidas de tendência central. A partir dos dados obtidos na entrevista com os profissionais, foram criados indicadores de estrutura (recursos humanos e recursos físicos) e processo (reconhecimento do problema), sendo que para as perguntas com respostas dicotômicas considerou-se como indicador a proporção de ocorrência de cada item avaliado e para as questões

com escala Likert de resposta (valores de 1 a 5), o valor médio de todas as respostas dos profissionais de saúde ao item avaliado. Neste caso, a avaliação foi classificada segundo os valores obtidos dos indicadores: aos valores próximos de 1 e 2 foi estipulado a classificação de avaliação não-satisfatória, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatória. Para a construção dos indicadores, os cálculos tiveram como denominador o número de profissionais de saúde entrevistados (Quadro 1).

Destaca-se ainda que também foram criados mais dois indicadores de processo (diagnóstico) a partir dos dados obtidos de fontes secundárias, sendo eles: proporção de sintomáticos respiratórios examinados e proporção de diagnósticos de TB realizados segundo o número esperado (Quadro 1).

Quadro 1: Componentes, elementos, indicadores e medidas para avaliação dos serviços de porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose, Ribeirão Preto, 2009.

COMPONENTES	ELEMENTOS	INDICADORES	MEDIDAS
ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE PORTA DE ENTRADA	RECURSOS FÍSICOS	Proporção de profissionais de saúde que relatam ter formulário para solicitação de baciloscopia no serviço de saúde	$\frac{n \text{ PS que relatam ter formulário para solicitar baciloscopia na US}}{N \text{ PS entrevistados}} \times 100$
		Proporção de profissionais de saúde que relatam ter pote para coleta de escarro no serviço de saúde	$\frac{n \text{ PS que relatam ter pote para coleta de escarro na US}}{N \text{ PS entrevistados}} \times 100$
		Proporção de profissionais de saúde que relatam ter geladeira para armazenamento de material biológico (escarro) no serviço de saúde	$\frac{n \text{ PS que relatam ter geladeira na US}}{N \text{ PS entrevistados}} \times 100$
		Proporção de profissionais de saúde que relatam ter raio-x no serviço de saúde	$\frac{n \text{ PS que relatam ter raio-X na US}}{N \text{ PS entrevistados}} \times 100$
		Condição do local destinado para a coleta de escarro na US ^π	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
	RECURSOS HUMANOS	Proporção de profissionais que se sentem preparados para identificar suspeitos de TB	$\frac{n \text{ PS que se sentem preparados para identificar suspeitos de TB}}{N \text{ PS entrevistados}} \times 100$
		Frequência que o serviço tem disponibilidade suficiente de profissionais de saúde na US ^ω	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
		Frequência que a US tem rotatividade de profissionais ^Ω	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
		Frequência que os profissionais sentem sobrecarga de trabalho ^Ω	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$

PROCESSO OFERTA DE ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE PORTA DE ENTRADA	RECONHECIMENTO DO PROBLEMA	Proporção de PS que realiza a anamnese de um caso suspeito de TB	$\frac{n \text{ PS que realizam anamnese de um caso suspeito de TB}}{N \text{ PS entrevistados}} \times 100$
		Proporção de PS que solicita baciloscopia a um caso suspeito de TB	$\frac{n \text{ PS que solicitam baciloscopia a um caso suspeito de TB}}{N \text{ PS entrevistados}} \times 100$
		Proporção de profissionais da equipe de enfermagem que encaminham um caso suspeito de TB ao médico	$\frac{n \text{ profissionais da equipe de enfermagem que encaminham um caso suspeito de TB ao médico}}{N \text{ enfermeiros / auxiliares / técnicos de enfermagem entrevistados}} \times 100$
		Proporção de médicos que solicitam raio-X a um caso suspeito de TB	$\frac{n \text{ médicos que solicitam raio-X a um caso suspeito de TB}}{N \text{ médicos entrevistados}} \times 100$
		Proporção de médicos que encaminham um caso suspeito de TB a outro serviço de saúde	$\frac{n \text{ médicos que encaminham o caso suspeito de TB a outro serviço de saúde}}{N \text{ médicos entrevistados}} \times 100$
		Qualidade do tempo que o profissional destina para atender os usuários ^π	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
		Frequência que os profissionais sentem dificuldade para falar sobre a TB com o paciente ^Ω	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
		Frequência que os profissionais sentem dificuldade para preencher pedidos de exame ^Ω	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
		Frequência que os profissionais sentem dificuldade para convencer o paciente a colher escarro ^Ω	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
		Frequência que os profissionais se sentem responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB ^Ω	$\frac{\sum \text{escores de respostas dos PS}}{N \text{ PS entrevistados}}$
	DIAGNÓSTICO	Proporção de sintomáticos respiratórios examinados	$\frac{N \text{ baciloscopias realizadas nas US no ano}}{N \text{ sintomáticos respiratórios estimados}}$
		Proporção de diagnósticos de TB pulmonar bacilífera realizados segundo o número esperado	$\frac{N \text{ diagnósticos de TB pulmonar bacilífera realizados nas US no ano}}{N \text{ casos de TB pulmonar bacilífera esperados}}$

Legenda: US – unidade de saúde; PS – profissional de saúde; TB - tuberculose; $\sum$ - soma.

Notas: [∞] Escala *Likert* de resposta – 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre.

^Ω Escala *Likert* de resposta – 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 – às vezes; 4 – quase nunca; 5 – nunca.

^π Escala *Likert* de resposta – 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 – regular; 4 – bom; 5 – muito bom.

Para determinar o denominador do indicador “proporção de sintomáticos respiratórios examinados”, estimou-se o número de sintomáticos respiratórios, considerando as seguintes propostas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a): 1% da população de cobertura, ou 5% das consultas de primeira vez dos indivíduos com mais de 14 anos de idade nos serviços de saúde, ou 1-2% das consultas de primeira vez dos indivíduos com mais de 14 anos de idade na ESF, 5% na UBS e 8-10% nas urgências, emergências e hospitais. Uma vez que a cobertura populacional das unidades de PA é incerta e que ainda recebe grande quantidade de pacientes com condições sensíveis à AB, optou-se por utilizar como denominador 5% das consultas de primeira vez dos indivíduos com mais de 14 anos de idade nos serviços de saúde[‡]. O número de indivíduos com mais de 14 anos atendidos nas unidades de saúde do município no ano de 2009 foi obtido através do sistema Hygia-Web que registra a produção dos atendimentos realizados na rede pública de saúde.

O denominador do indicador “proporção de diagnósticos de TB pulmonar bacilífera realizados” considerou o número estimado de casos de TB calculado a partir da seguinte fórmula: $0,04 \times \text{número de sintomáticos respiratórios estimados} / 0,55$. Esta fórmula deriva da informação de que a cada 100 sintomáticos respiratórios espera-se encontrar de 3 a 4 doentes bacilíferos (BRASIL, 2011a) e da distribuição dos casos de TB (Figura 2).

Fonte: BRASIL, 2011a.

Figura 2: Árvore de distribuição dos casos de tuberculose.

[‡] Nos apêndices I, II e III deste estudo, são apresentados os resultados por serviço de saúde do município e segundo as outras propostas do Ministério da Saúde.

Os indicadores foram analisados individualmente, bem como a relação destes com os tipos de unidades de saúde (AB / PA), a partir dos intervalos de confiança (95%), teste qui-quadrado para proporções e teste exato de *Fisher* - para as análises de associação cujas frequências esperadas foram menor que 5 ou iguais a zero (SIEGEL; CASTELLAN JUNIOR, 2006).

Para finalizar, a análise fatorial de correspondência múltipla foi utilizada para analisar a associação entre as variáveis categóricas do formulário estruturado e os tipos de serviços de saúde (AB / PA).

A relação entre as categorias das variáveis foi investigada sem a necessidade de uma estrutura causal ou da priorização de uma distribuição de probabilidades, sendo apropriada no estudo de dados populacionais como uma técnica analítica não inferencial (CARVALHO, 2004). Inicialmente, foi construída uma tabela do tipo R (n filas e s colunas com termo geral r_{iq} , no qual a categoria da variável q representa o indivíduo i) com os dados do formulário, sendo s o número de variáveis categóricas e n o número de participantes. A partir desta tabela, obteve-se uma tabela simétrica de ordem (40 linhas x 40 colunas, Tabela de Burt), que representa o cruzamento de todas as categorias de respostas dos participantes. Assim, no cruzamento da categoria i de uma variável com a categoria j de outra variável, encontra-se a frequência absoluta de casos k ($i \times j$) em que duas categorias ocorrem simultaneamente.

Para obter planos que representam a configuração das categorias das variáveis no espaço, foram calculadas dimensões derivadas, cada uma maximizando uma parcela da variabilidade dos dados. O conjunto dessas dimensões define o espaço multidimensional e, apesar de serem habituais duas ou três dimensões, é necessário validar a escolha. Assim, sugere-se a análise do decrescimento dos valores próprios (*eigenvalues*). O intuito seria privilegiar as dimensões que antecedem decidas significativas nos valores próprios. Os valores próprios quantificam as variabilidades dos dados explicadas para cada dimensão e variam entre zero e um (CARVALHO, 2004).

Para identificar uma combinação de variáveis que apresentasse maior estabilidade no espaço multidimensional e explicasse o maior percentual de variabilidade do conjunto de dados, foi determinada uma matriz de valores próprios que corresponde ao valor do cosseno ao quadrado (Cos^2) do ângulo que a variável

faz com a respectiva dimensão. Nesta matriz foi possível evidenciar quais variáveis pertencem a cada dimensão levando em consideração a dimensão que apresenta a maior contribuição absoluta (Cos^2) (CARVALHO, 2004). A contribuição absoluta é o somatório das contribuições relativas de todas as categorias de uma variável. A análise da contribuição absoluta juntamente com a observação da posição no gráfico, em relação aos eixos, auxiliam a interpretação das dimensões derivadas e contribuem para caracterizar os eixos conceitualmente.

As categorias de variáveis que apresentam menores valores próprios possuem menor estabilidade no espaço multidimensional e, por isso, foram desconsideradas da análise. São elas: “preparo dos RH para identificar suspeitos de TB”, “rotatividade de profissionais”, “qualidade do tempo destinado ao atendimento dos usuários”, “dificuldade para falar sobre a TB; dificuldade para preencher pedidos de exame”; “profissionais se sentem responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB”. Além disso, as variáveis “equipe de enfermagem encaminha um caso suspeito de TB ao médico”, “médicos solicitam raio-X a um suspeito de TB” e “médicos encaminham o caso suspeito de TB a outro serviço de saúde” não foram consideradas nesta análise por compreenderem apenas parte dos profissionais entrevistados.

Foi possível criar um espaço fatorial para o conjunto de categorias das variáveis e interpretar suas dimensões derivadas e suas associações. As variáveis que representam os itens do formulário estruturado foram denominadas variáveis ativas por deterem o papel principal na determinação dos resultados disponibilizados no plano fatorial. Feita a descrição do espaço no plano fatorial em função das associações entre as variáveis ativas, foi possível incluir uma variável passiva (tipo de serviço de saúde) a fim de investigar sua relação com as ativas (CARVALHO, 2004).

3.7 Aspectos éticos

Atendendo à resolução 196/96, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, conforme protocolo nº. 1121/2010 (ANEXO III).

Para a realização das entrevistas com os profissionais, cada entrevistado foi convidado a participar da pesquisa, recebendo orientações sobre os objetivos do estudo e a confidencialidade das entrevistas, assim como foi solicitada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV).

4 RESULTADOS

4.1 Características da população de estudo

Dos 158 profissionais entrevistados, 112 (70,9%) eram do sexo feminino. Em relação ao tempo que estes profissionais trabalhavam nos serviços municipais de saúde, o valor médio foi de 10,1 ($dp=\pm 7,9$) anos de trabalho, com máximo de 32 anos, mínimo de 0,02 anos e mediana de 9 anos. Nos serviços de AB, valor médio de 11,5 ($dp=\pm 7,5$) anos de trabalho, com máximo de 32 anos, mínimo de 0,02 anos e mediana de 12,5 anos. Nas unidades de PA, valor médio de 8,1 ($dp=\pm 8,1$) anos de trabalho, com máximo de 30 anos, mínimo de 0,2 anos e mediana de 5 anos.

4.2 Indicadores de estrutura

Quanto aos recursos físicos, verificou-se que os serviços de AB e PA do município de Ribeirão Preto dispõem de materiais de consumo (formulário para solicitação de baciloscopia e pote para coleta de escarro) para o diagnóstico da TB pulmonar. No entanto, as unidades de PA possuem equipamentos como geladeira para acondicionamento de material biológico e aparelho de raio-X (Tabela 2). Pouco mais da metade (54,5%) dos profissionais entrevistados tanto na AB quanto no PA relataram existir um local destinado nos referidos serviços para a coleta de escarro, sendo que os mesmos ainda foram avaliados de forma insatisfatória, recebendo valores médios de 2,51 (IC95% [2,19-2,83]) e 2,25 (IC95% [1,88-2,62]), respectivamente.

Tabela 2: Indicadores da estrutura (recursos físicos) dos serviços de porta de entrada (atenção básica / pronto-atendimento) para o diagnóstico da tuberculose pulmonar na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

Indicadores	Atenção Básica		Pronto-atendimento		p
	Sim	Não	Sim	Não	
Proporção de profissionais de saúde que relatam ter formulário para solicitação de baciloscopia no serviço de saúde	86 100,0%	0 0,0%	55 91,7%	5 8,3%	0,0106*
Proporção de profissionais de saúde que relatam ter pote para coleta de escarro no serviço de saúde	81 96,4%	3 3,6%	57 96,6%	2 3,4%	0,6628*

Proporção de profissionais de saúde que relatam ter geladeira para armazenamento de material biológico (escarro) no serviço de saúde	44 54,3%	37 45,7%	55 94,8%	3 5,2%	<0,0001**
Proporção de profissionais de saúde que relatam ter raio-x no serviço de saúde	-	89 100%	42 63,6%	24 36,4%	<0,0001**

Notas: *Teste Exato de Fisher; **Qui-quadrado.

Em relação aos recursos humanos é importante destacar que a maior parte dos profissionais de saúde da AB (73,3%) e do PA (69,1%) (Qui-quadrado $p=0,5610$) referiram se sentir preparados para identificar um caso suspeito de TB. Verificou-se ainda menor disponibilidade de profissionais no PA, os quais referem maior sobrecarga de trabalho (Figura 3).

Legenda: AB – Atenção Básica; PA – Pronto-atendimento; V10 - Frequência que a unidade de saúde tem disponibilidade suficiente de profissionais de saúde^Ω; V11 - Frequência que a unidade de saúde tem rotatividade de profissionais de saúde^Ω; V12 - Frequência que os profissionais de saúde sentem sobrecarga de trabalho^Ω
 Notas: Questões com escala Likert de resposta → ^Ω 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 - às vezes; 4 - quase sempre; 5 - sempre; ^Ω 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

Figura 3: Indicadores da estrutura (recursos humanos) dos serviços de porta de entrada (atenção básica / pronto-atendimento) para o diagnóstico da tuberculose pulmonar na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

4.3 Indicadores de processo

Em relação à oferta de atenção aos casos suspeitos de TB, os profissionais da AB apresentam um melhor desempenho na solicitação de baciloscopia, mesmo sendo baixa a solicitação. Os profissionais da equipe de enfermagem, tanto da AB quanto do PA, mesmo tendo autonomia para a solicitação de baciloscopia no município, encaminham os casos suspeitos aos médicos, os quais, em sua maioria, solicitam o raio-X (Tabela 3). Além disso, os profissionais da AB relatam um maior tempo (média 3,70 IC95%[3,55-3,85]) destinado para o atendimento de cada usuário em relação aos profissionais do PA (média 3,13 IC95%[2,91-3,35]), podendo resultar em menor encaminhamento dos casos suspeitos de TB para outra unidade de saúde pelos médicos (Tabela 3).

Tabela 3: Indicadores do processo de atenção aos suspeitos de tuberculose pulmonar (reconhecimento do problema) nos serviços de porta de entrada (atenção básica / pronto-atendimento) na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

Indicadores	Atenção Básica		Pronto-atendimento		p
	Sim	Não	Sim	Não	
Proporção de profissionais de saúde que realizam a anamnese de um caso suspeito de TB	46 51,1%	44 48,9%	26 38,2%	42 61,8%	0,1076**
Proporção de profissionais de saúde que solicitam baciloscopia a um caso suspeito de TB	30 33,3%	60 66,7%	7 10,3%	61 89,7%	0,0007**
Proporção de <u>profissionais da equipe de enfermagem</u> que encaminham um caso suspeito de TB ao médico*	47 74,6%	16 25,4%	32 69,6%	14 30,4%	0,5608**
Proporção de <u>médicos</u> que solicitam raio-X a um caso suspeito de TB*	16 59,3%	11 40,7%	14 63,6%	8 36,4%	0,7544**
Proporção de <u>médicos</u> que encaminham um caso suspeito de TB a outro serviço de saúde*	-	27 100%	6 27,3%	16 72,7%	0,0053*

Notas: *Qui-quadrado; **Teste Exato de Fisher.

Tanto os profissionais da AB quanto do PA negaram dificuldades para a realização de ações para o diagnóstico da TB pulmonar como, falar sobre a doença com o suspeito, solicitar e convencer o mesmo a colher escarro. No entanto, verificou-se que os profissionais da AB se sentiam menos responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB quando comparados aos profissionais do PA (Figura 4).

Legenda: AB – Atenção Básica; PA – Unidades de Pronto-atendimento; V19 - Frequência que os profissionais de saúde sentem dificuldade para falar sobre a tuberculose com um caso suspeito^Ω; V20 - Frequência que os profissionais de saúde sentem dificuldade para preencher pedidos de exame^Ω; V21 - Frequência que os profissionais de saúde sentem dificuldade para convencer o paciente a colher escarro^Ω; V22 - Frequência que os profissionais de saúde se sentem responsáveis pelo atraso no diagnóstico da tuberculose^Ω.

Notas: Questões com escala Likert de resposta → ^Ω 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

Figura 4: Indicadores do processo de atenção aos suspeitos de tuberculose pulmonar (dificuldades encontradas no reconhecimento do problema) nos serviços de porta de entrada (atenção básica / pronto-atendimento) na percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

No que diz respeito ao elemento diagnóstico, verifica-se que os serviços de AB (5,5% [4,9-6,1%]) têm apresentado uma proporção maior de sintomáticos respiratórios examinados que os serviços de PA (3,6% [3,2-3,9%]). No entanto, os dois tipos de serviço apresentam desempenhos semelhantes em relação à proporção de diagnósticos realizados: 5,8% [3,7-8,0%] na AB e 5,4% [4,0-6,9%] no PA.

4.4 Análise da relação entre as variáveis do estudo e tipos de serviços (atenção básica / pronto-atendimento)

A aplicação da análise fatorial na tabela de Burt gerou a Figura 5, que mostra o decrescimento dos valores próprios. Foram observados decrescimentos pouco significativos, privilegiando-se apenas as dimensões 1 e 2 com valores próprios de 0,290 e 0,222.

Figura 5 - Decrescimento dos valores próprios na determinação do número de dimensões para aplicação da análise fatorial de correspondência múltipla. Avaliação dos serviços de porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar em Ribeirão Preto, 2009.

Por meio da matriz de valores próprios (Tabela 4), foram determinadas as variáveis que pertenciam a cada dimensão conforme a maior contribuição absoluta (Cos^2). Dessa forma, a dimensão 1 foi composta por variáveis mais relacionadas à estrutura dos serviços e explica 9,7% da variabilidade dos dados: presença de formulário para solicitar baciloscopia; presença de pote para coleta de escarro;

presença de aparelho de raio-X; disponibilidade de RH no serviço; dificuldade para convencer o paciente a colher escarro. A dimensão 2 foi composta por variáveis mais relacionadas ao processo e explica 7,4% da variabilidade dos dados: presença de geladeira para armazenamento da baciloscopia; condição do local destinado para a coleta de escarro; sobrecarga de trabalho; realiza anamnese de um caso suspeito de TB; solicita baciloscopia a um suspeito de TB.

Tabela 4 - Medidas de correlação (Cos2) para as categorias das variáveis que representam os itens do questionário e suas dimensões associadas no plano fatorial. Ribeirão Preto, 2009.

Variável	Categoria	Cos ² Dimensão 1	Cos ² Dimensão 2	Dimensão
A - presença de formulário para solicitar baciloscopia	S – Sim	0,486	0,040	1
	N – Não	0,068	0,030	
	NS – Não sei	0,414	0,121	
B - presença de pote para coleta de escarro	S – Sim	0,425	0,076	1
	N – Não	0,012	0,045	
	NS – Não sei	0,453	0,194	
C - presença de geladeira para armazenamento da baciloscopia	S – Sim	0,014	0,294	2
	N – Não	0,092	0,177	
	NS – Não sei	0,337	0,059	
D - presença de aparelho de raio-X	S – Sim	0,151	0,070	1
	N – Não	0,258	0,021	
	NS – Não sei	0,178	0,138	
E - condição do local destinado para a coleta de escarro	0 – não se aplica	0,082	0,175	2
	1 – muito ruim	0,003	0,135	
	2 – ruim	0,024	0,001	
	3 – regular	0,015	0,055	
	4 – bom	0,035	0,000	
	5 – muito bom	0,005	0,004	
F - disponibilidade suficiente de recursos humanos no serviço	0 – não se aplica	0,009	0,045	1
	1 – nunca	0,038	0,220	
	2 – quase nunca	0,191	0,004	
	3 – às vezes	0,023	0,015	
	4 – quase sempre	0,053	0,054	
	5 – sempre	0,045	0,001	
G - sobrecarga de trabalho	0 – não se aplica	0,040	0,001	2
	1 – sempre	0,153	0,266	
	2 – quase sempre	0,018	0,004	
	3 – às vezes	0,072	0,014	
	4 – quase nunca	0,045	0,088	
	5 – nunca	0,022	0,019	
H - realiza anamnese de um caso suspeito de TB	S - Sim	0,002	0,140	2
	N – Não	0,002	0,140	

I - solicita baciloscopia a um suspeito de TB	S - Sim	0,111	0,114	2
	N - Não	0,111	0,114	
J - dificuldade para convencer o paciente a colher escarro	0 - não se aplica	0,223	0,083	1
	1 - sempre	0,014	0,051	
	2 - quase sempre	0,121	0,031	
	3 - às vezes	0,049	0,061	
	4 - quase nunca	0,001	0,019	
	5 - nunca	0,039	0,031	

As variáveis selecionadas para as dimensões 1 e 2 foram localizadas por meio de coordenadas no plano fatorial (Figura 6) e permaneceram representadas neste plano.

Figura 6 - Plano fatorial de avaliação dos serviços de porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, Ribeirão Preto, 2009

Analisando-se o plano fatorial representado na figura 6, foram observadas as seguintes associações: **Atenção Básica:** não tem geladeira; não tem equipamento de Raio-X; local ruim destinado à coleta de escarro; quase sempre há disponibilidade suficiente de profissionais; às vezes tem sobrecarga de trabalho; solicitam baciloscopia; às vezes apresentam dificuldade para convencer o doente a colher escarro. **Pronto-atendimento:** não tem formulário para solicitar baciloscopia; não tem pote para coleta de escarro; tem equipamento de Raio-x; local muito ruim destinado à coleta de escarro; quase nunca há disponibilidade suficiente de profissionais; sempre tem sobrecarga de trabalho; não solicitam baciloscopia; sempre apresentam dificuldade para convencer o doente a colher escarro.

5 DISCUSSÃO

A maior parte dos profissionais de saúde contemplados na população deste estudo pertencia à equipe de enfermagem e, por isto, houve predomínio do sexo feminino, reproduzindo a feminização persistente desta classe trabalhista (LOPES; LEAL, 2005; MACHADO et al., 2006). Em relação ao tempo de atuação dos profissionais de saúde, verificou-se uma maior permanência entre os indivíduos que trabalham na AB, um aspecto positivo para o serviço, pois permite a familiarização dos trabalhadores com a equipe e a criação do saber pela prática, além de possibilitar o fortalecimento do vínculo e responsabilização com a comunidade, que representam elementos fundamentais e disparadores do processo de identificação de problemas e necessidades de saúde ao longo do tempo.

Ao optar pelo delineamento de estudos que incorporem o *processo de avaliação*, tanto de serviços, como de programas ou até mesmo de intervenções em saúde, parte-se da premissa de que seus componentes (Estrutura-Processo-Resultado) possuem um caráter de inter-relação e interdependência entre si (TANAKA; MELO, 2001). Neste estudo, apesar de reconhecer tal dinâmica, para fins didáticos e operacionais, optou-se por discutir os componentes *estrutura* e *processo* separadamente.

Em relação à *estrutura dos serviços* de AB, potencialidades foram identificadas em relação à capacidade instalada para a realização da baciloscopia de escarro, tanto no que diz respeito aos insumos, como aos RH. Já nas unidades de PA fica evidente a capacidade das mesmas em termos de equipamentos que envolvem maior densidade tecnológica e, neste sentido, o Raio-X se configura como o recurso material priorizado para a realização do diagnóstico da TB neste local.

De acordo com Almeida et al. (2010), nenhuma das instâncias do sistema de saúde dispõe da totalidade de recursos necessários ao atendimento das demandas de saúde da população, tornando-se fundamental o fortalecimento de mecanismos de referência e contra-referência, bem como de integração e cooperação entre os serviços de saúde para a garantia da integralidade do cuidado, partindo-se do pressuposto de que o trabalho em rede é um dos componentes para a prestação do cuidado abrangente, contínuo, resolutivo e distinto da concepção focalizada e seletiva ainda dominante, onde predominam ações e serviços de baixa qualidade, dirigidos a populações pobres e vulneráveis (WHO, 2008).

Conceber tal lógica implicaria em reconhecer que as necessidades de saúde deveriam orientar o financiamento e, conseqüentemente, os recursos essenciais ao bom desempenho do sistema, coerente com o propósito de melhoria das condições de vida e de saúde da população (VIACAVA et al., 2004). Neste sentido, todos os locais onde a assistência é prestada possuem sua relevância e, para tal, há que se negociarem missões/objetivos comuns e atribuições específicas a todos os componentes que constituem a rede de atenção à saúde, quais sejam: a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos.

No município, alguns instrumentos são componentes em potencial para a formação de uma rede de atenção à saúde e, dentre eles, destacam-se: a presença de um sistema de informação que permite conhecer a trajetória dos usuários dentro do sistema municipal de saúde, bem como os atendimentos e exames realizados; a adequada retaguarda laboratorial do município e o sistema de transporte ‘Leva e Traz’, que permite o deslocamento dos usuários dentro da rede. Entretanto, reconhece-se que os serviços de saúde do município não têm explorado este potencial, haja vista a sobrecarga de atendimentos no PA, bem como os conflitos e a duplicidade das ações entre os atores sociais e entre as distintas organizações em situações de poder compartilhado.

Ainda no que diz respeito à estrutura, importantes fragilidades foram identificadas na gestão de RH nas unidades de PA tanto no que diz respeito à quantidade, avaliada pelos entrevistados como insuficiente para atender a alta demanda que tem acesso direto a tais serviços, quanto no que diz respeito à qualificação, visto que o município destina a maior parte dos cursos de capacitação / educação em TB aos profissionais da AB (RIBEIRÃO PRETO, 2008, 2009, 2010). Neste sentido, a suspeição e o diagnóstico oportuno da TB esbarram em fragilidades do próprio sistema de saúde, voltado à política de RH.

Estratégias de capacitação nas unidades de PA devem levar em consideração a duplicidade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho na unidade de saúde. Alternativas simples como realizar reuniões periódicas que cumprem papel na educação permanente dos trabalhadores, deveriam fazer parte do cotidiano da coordenação das equipes (SCALCO, LACERDA, CALVO, 2010). Neste sentido, o momento educacional seria valorizado como parte da carga horária contratada, ofertando-o, portanto, em tempo protegido, contribuindo para a

qualificação dos profissionais e melhoria da oferta de ações e serviços de saúde (MENDES, 2009)

Além disso, a educação permanente dos profissionais de saúde deveria superar os processos de educação tradicional, caracterizados por: intervenções isoladas e pontuais que produzem respostas padronizadas e não individualizadas; metodologias centradas nas necessidades de seus formuladores e desvinculadas das práticas profissionais, onde a adesão à educação permanente são responsabilidades individuais (MAMEDE, 2005).

A rotatividade de RH é outro item que merece ser destacado, visto que gera aumento de custos para reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções no serviço, bem como mostra que a gestão não está conseguindo equilibrar as necessidades e expectativas dos profissionais com as dos serviços (ANSELM, ANGERAMI; GOMES, 1997; BORRELLI, 2004; CAMPOS; MALIK, 2008; SCALCO, LACERDA, CALVO, 2010). Neste sentido, a gestão dos RH pressupõe além da contratação dos trabalhadores, um plano que deve englobar a capacitação, avaliação, remuneração e desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado (DESSLER, 2003; SCALCO, LACERDA, CALVO, 2010). Tomar decisões nessa área implica modificar determinadas realidades, processos, estruturas de trabalhos, direitos e deveres e, conseqüentemente, afetar a vida dos trabalhadores (SCALCO, LACERDA, CALVO, 2010).

No que tange ao *componente processo*, acredita-se que, como o serviço de AB tem a função de responsabilização pela população de sua área de abrangência, precisa estar habilitada para o reconhecimento de casos suspeitos de TB e para o diagnóstico dos mesmos ainda que na cultura organizacional da rede de saúde local/municipal, a competência para o tratamento da população sob sua responsabilidade seja atribuída a outro local de atendimento que agregue maior densidade tecnológica e especialização clínica da equipe. No entanto, o número de sintomáticos respiratórios examinados e de casos diagnosticados no município pelos serviços de AB está muito aquém do esperado, o que pode estar relacionado aos seguintes aspectos: os profissionais não têm incorporado o conhecimento à sua prática diária; os casos suspeitos não estão procurando este nível de atenção; o serviço não tem apresentado resolutividade para suspeitar e diagnosticar os casos de TB, fazendo com que o usuário procure outro serviço de saúde; o serviço

encaminha os casos para o PA em virtude do baixo número de consultas eventuais, mesmo os que apresentam condições agudas de baixo risco, sem até mesmo chegar ao conhecimento / atendimento do profissional médico; os suspeitos de TB são encaminhados aos ambulatorios de referência para a elucidação diagnóstica dos casos. Estas hipóteses são levantadas na medida em que tem se observado uma inabilidade dos profissionais da AB em abordar a problemática da TB (BRASIL, 2002), as atividades relacionadas à doença são consideradas como competência dos ambulatorios de referência para o acompanhamento dos casos de TB (MONROE et al., 2008) e que grande parte dos diagnósticos no município tem sido realizada nos serviços de atenção secundária, terciária e PA (OLIVEIRA et al., 2011).

Nas unidades de PA, mesmo com uma quantidade muito baixa de casos detectados neste estudo, acredita-se que muitos casos de TB devem estar passando por este local, visto o grande número de atendimentos realizados nestes serviços em 2009. Neste sentido, estas unidades precisam estar preparadas para reconhecer os casos suspeitos de TB, bem como sua gravidade, realizando parte do processo de diagnóstico dos casos (primeira baciloscopia de escarro e raio-X) e/ou encaminhando-os para outro local de atendimento. Um importante ponto a destacar é o fato de que duas das cinco UBDS com PA tinham ambulatorio de referência para o tratamento dos doentes de TB no mesmo ambiente físico, o que facilitava o encaminhamento dos casos suspeitos ao ambulatorio.

Além dos aspectos específicos em relação à oferta de atenção em ambos os serviços estudados, algumas similaridades foram evidenciadas: o atendimento é voltado para a queixa do usuário e o diagnóstico ainda está centrado na figura do médico e na utilização de recursos de maior densidade tecnológica, sendo estes caracterizados como resquícios da formação dos profissionais que sofre influência flexneriana e cognitivo-tecnológica e não responde às necessidades e concepções da proposta do SUS (MENDES, 2002). Para converter esta situação, devem ser introduzidos instrumentos de gestão da clínica, através dos quais a responsabilidade de decidir sobre as necessidades das pessoas usuárias seria entregue a um grupo de profissionais condizentes com uma ética social que deriva da necessidade de somente ofertar serviços medicamente necessários e de comprovada efetividade e segurança às pessoas que mais se beneficiarão com os escassos recursos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2009). Ressalta-se ainda que, enquanto a

percepção de um novo modelo assistencial não for assumida pelos profissionais e gestores das unidades de saúde como política institucional de forma a constituir um trabalho interdisciplinar e em rede, a prática não será transformada. É preciso que os próprios integrantes das equipes de saúde assimilem uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, com resgate de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e das relações entre os membros da equipe (SENNA; COEHN, 2002; COSTA et al., 2009) e entre os próprios serviços de saúde. Neste sentido, considera-se necessário criar alternativas para o controle da TB que se volte para uma prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde (RUFFINO-NETTO, 2001, 2002).

No plano operacional, o controle da TB requer a garantia de acesso aos serviços de saúde, disponibilidade de RH capacitados e tecnologias disponíveis cujo processo de trabalho inclui a incorporação de saber para oferta e prestação do cuidado desde a suspeita ao manejo clínico do caso durante o tratamento. No entanto, operar essa tecnologia na produção do cuidado requer habilidades voltadas para o individual e coletivo que extrapolem os desafios a serem enfrentados pela rede de atenção à saúde do município, quais sejam: o fortalecimento da AB enquanto porta de entrada para o sistema de saúde e a atuação deste nível de atenção enquanto centro de comunicação da rede de atenção à saúde, realizando o acompanhamento dos casos de TB durante todo episódio da doença e integrando verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados de forma fragmentada. Para tal, a incorporação de mecanismos que favoreçam a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde através de diretrizes clínicas geraria um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação para que todos os locais de atendimento explorem seus potenciais de atuação em consonância com a densidade tecnológica disponível e a complexidade dos casos, aumentando a eficiência e a efetividade dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB.

Dentre as limitações do estudo, destacam-se: a análise do processo envolveu apenas o aspecto da atenção ofertada, ficando uma lacuna em relação à avaliação da atenção recebida (a percepção dos usuários); em relação à coleta de dados secundários, foi verificado um possível sub-registro do número de atendimentos em quatro serviços de AB, os quais, juntos registraram 52 pacientes atendidos em 2009; ainda em relação à coleta de dados secundários, o número de atendimentos

realizados nas unidades de PA está superestimado, visto que neste levantamento, estão incluídos os atendimentos realizados pelos ambulatórios especializados inseridos na mesma estrutura física das UBDS com PA. Neste sentido, os serviços de AB podem estar sendo melhor avaliados, enquanto as unidades de PA podem estar recebendo uma pior avaliação.

6 CONCLUSÕES

Em que pese à possibilidade de erros nos dados do estudo, as seguintes conclusões podem ser firmadas a respeito da avaliação dos serviços de porta de entrada para o diagnóstico da TB pulmonar em Ribeirão Preto no ano de 2009:

Deficiências no planejamento em relação à provisão de recursos materiais, bem como na gestão de RH nas unidades de PA são aspectos que podem estar levando à uma baixa proporção de sintomáticos respiratórios examinados neste local. Além disso, verificou-se que o atendimento é voltado para a queixa do usuário e o diagnóstico ainda está centrado na figura do médico e na utilização de recursos de maior densidade tecnológica.

Nos serviços de AB, parece que o problema encontra-se principalmente na oferta de atenção, que incorre na falta de responsabilização pela população da área de abrangência das unidades de saúde, bem como na baixa resolutividade destes serviços para examinar os sintomáticos respiratórios e firmar os diagnósticos de TB.

É possível evidenciar ainda que as unidades de PA serviram de contra-ponto para avaliar a AB e vice-versa, bem como para avaliar diversos aspectos do sistema de saúde do município, vislumbrando a necessidade da organização do trabalho em rede, visto que os serviços não dispõem da totalidade de recursos necessários ao diagnóstico da TB, bem como ao atendimento dos problemas e das necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M.; MACINKO, J. **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**. 1. ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, v.1, 2006. 215 p.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. L.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

AMSTERDAM declaration to stop TB. A call for accelerated action against tuberculosis. Amsterdam, 2000. 1p. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/events/meetings/amsterdam_conference/decla.pdf>. Acesso em: 27 jan 2011.

ANSELM, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 2, n. 1, p. 44-50, jul. 1997.

ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 409-417, abr. 2007.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de amostragem**. 1. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2005. 269 p.

BORRELLI, F. R. G. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe**: um problema a ser enfrentado. 2004. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

ALMEIDA, C. M.; MACINKO, J. **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, DF: Organização Panamericana da Saúde, 2006. 215 p. v. 1.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. L.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

AMSTERDAM declaration to stop TB. A call for accelerated action against tuberculosis. Amsterdam, 2000. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/events/meetings/amsterdam_conference/d ecl a.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2011.

ANSELM, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 2, n. 1, p. 44-50, jul. 1997.

ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 409-417, abr. 2007.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Edgard Blücher, 2005. 269 p.

BORRELLI, F. R. G. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe**: um problema a ser enfrentado. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Brasília, DF, 1999. 184 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **CNES**: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 09 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da lei nº 8.080/90. Brasília, DF, 2011b. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. Brasília, DF, 2002. 62 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF, 2006. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, DF, 2011a. 186 p.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, abr. 2008.

CARDOZO GONZALES, R. I.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 95-100, fev. 2008.

CARVALHO, H. **Análise multivariada de dados qualitativos:** utilização da HOMALS com o SPSS. Lisboa: Edições Silabo, 2004. 226 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M.; FERREIRA, M. L. S.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, fev. 2009.

DATASUS. **SIH-SUS:** Sistema de informações hospitalares do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/sxuf.def>>. Acesso em: 27 jan. 2011b.

_____. **SIM:** Sistema de informação sobre mortalidade – dados preliminares. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>>. Acesso em: 27 jan. 2011a.

DESSLER, G. **Administração de recursos humanos.** São Paulo: Prentice Hall, 2003. 342 p.

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JUNIOR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a

municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GALESI, V. M. N. Tuberculose e o meio ambiente: Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.participare.org.br/01_links/galin.pdf. Acesso em: 24 jan. 2011a.

_____. Indicadores epidemiológicos e operacionais: estado de São Paulo 2009. Disponível em: http://www.sociedadeelementeferreira.org.br/images/ICF09_Vera_Maria_Neder_Galesi.pdf. Acesso em: 24 jan. 2011b.

GAZETTA, C. E.; VENDRAMINI, S. H. F.; RUFFINO-NETTO, A.; OLIVEIRA, M. R. C.; VILLA, T. C. S. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 192-198, abr. 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S.; ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; ANDRADE, C. L. T.; MARTINS, M. I. C.; SENNA, M. C. M.; SISSON, M. C. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 248-264, jun. 2010.

HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.

_____. Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 21, p. 29-35, dez. 2000.

LEE, T.; PRICE, M. Indicators and research methods for rapid assessment of a tuberculosis control programme: case study of a rural area in South Africa. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 75, n. 5, p. 441-449, out. 1995.

LEUNG, E. C. C.; LEUNG, C. C.; TAM, C. M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v. 13, n. 3, p. 221-227, jun. 2007.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, jun. 2005.

MACHADO, A. C. F. T.; STEFFEN R. E.; OXLADE, O.; MENZIES, D.; KRITSKI A. L.; TRAJMAN, A. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar

no estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 512-520, ago. 2011.

MACHADO, M. H.; WERMELINGER, M.; TAVARES, M. F. L.; MOYSÉS, N. M. N.; TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, E. S. **Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização**. Rio de Janeiro: Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006. 136 p.

MACIEL, E. L.; GOLUB, J. E.; PERES, R. L.; HADAD, D. J.; FÁVERO, J. L.; MOLINO, L. P.; BAE, J. W.; MOREIRA, C. M.; DETONI, V. V.; VINHAS, S. A.; PALACI, M.; DIETZE, R. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 14, n. 11, p. 1403-1410, nov. 2010.

MAMEDE, S. **Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados**. Fortaleza: Instituto Innovare, 2005.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto-atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, fev. 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

_____. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MONROE, A. A.; CARDOZO GONZALES, R. I.; PALHA, P. F.; SASSAKI, C. M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MOTTA, M. C. S.; VILLA, T. C. S.; GOLUB, J.; KRITSKI, A. L.; RUFFINO NETTO, A.; SILVA, D. F.; GRIEP, R. H.; SCATENA, L. M. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí Municipality - Rio de Janeiro State - Brazil: the patients point of view. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 13, n. 9, p. 1137-1141, set. 2009.

NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. Práticas de Saúde Pública. In: ROCHA, A. A. CÉSAR, C. L. G. (Ed.). **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-295.

NATAL, S.; SANTOS, E. M.; HARTZ, Z. M. A.; PATROCLO, M. A.; CRUZ, M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: estudo de casos na Amazônia Legal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 91-109, 2004.

NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A. A.; CARDOZO GONZALES, R. I.; VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 106-118, abr. 2007.

OLIVEIRA, L. G. D. **Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói-RJ**: a integração entre a unidade de saúde e a unidade de saúde da família. 2007. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, M. F.; ARCÊNCIO, R. A.; RUFFINO NETTO, A.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 898-904, ago. 2011.

PAIM, J. S. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de gestão**: ano 2007. Ribeirão Preto: Secretária Municipal da Saúde, 2008. 74 p. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao07.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de gestão**: ano 2008. Ribeirão Preto: Secretária Municipal da Saúde, 2009. 72 p. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao08.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de gestão**: ano 2009. Ribeirão Preto: Secretária Municipal da Saúde, 2010. 60 p. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatorio-gestao-09.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **HYGIA-WEB**: Gestão da saúde pública (acesso restrito). Acesso em: 24 jan. 2011.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 129-138, set. 2001.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, fev. 2002.

RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio REDE-TB, 2006. 209 p.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referencia as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 3/4, p. 498-515, dez. 2003.

SANTOS, M. L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; OLIVEIRA, S. A. C.; VILLA, T. C. S. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 762-767, out. 2007. Número especial.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. **TB-WEB**: Sistema de controle de pacientes com tuberculose. Disponível em: <http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp> (acesso restrito). Acesso em: 24 jan. 2011.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, mar. 2010.

SCATENA, L. M.; VILLA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; ASSIS, M. M. A.; MOTTA, M. C. S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-397, jun. 2009.

SENNA, M. C. M.; COEHN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SIEGEL, S.; CATELLAN JUNIOR, N. J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. 448 p.

SILVA SOBRINHO, R. A.; ANDRADE, R. L. P.; PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; BRUNELLO, M. E. F.; SCATENA, L. M.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Retardo no Diagnóstico da Tuberculose em Município da Tríplice Fronteira Brasil,

Paraguai e Argentina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, 2012. No prelo.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

SOUZA, M. F. **A acessibilidade da atenção à saúde**: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários. 2010. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002. 726 p.

_____. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, Inglaterra, v. 13, n. 3, p. 545-566, 2001.

_____. **Primary care**: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992. 262 p.

TANAKA, Y. O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2001. 83 p.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M. V.; SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, set. 2004.

VILLA, T. C. S.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; GALESI, V. M. N.; SANTOS, L. A. R.; RUFFINO-NETTO, A. A experiência da implantação da estratégia DOTS no estado de São Paulo (1998-2005). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: Institutos do Milênio REDE-TB, 2006. p. 75-139.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 610-612, jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control**: surveillande, planning, financing: WHO report 2005. Geneva, 2005. 247 p. WHO/HTM/TB/2005.349

_____. **Global tuberculosis control**: WHO report 2010. Geneva, 2010. 206 p. WHO/HTM/TB/2010.7

_____. **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Geneva, 2008. 119 p.

_____. **What is DOTS?** A guide to understand the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva, 1999. 38 p. WHO/CDS/CPC/TB/99.270.

ZIONI, F.; ALMEIDA, E. S. Políticas públicas e sistemas de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 103-118.

ANEXO I

Formulário estruturado para entrevista com profissionais de saúde

Número do questionário: _____	Iniciais do Profissional: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Categoria Profissional 1 ☐ Médico
Data da coleta de dados: ____/____/____	2 ☐ Enfermeiro
Digitador: _____	3 ☐ Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Data da digitação: ____/____/____	

I. INFORMAÇÕES GERAIS.

1.	Sexo	1 ☐ Feminino	2 ☐ Masculino
2.	Tipo de Unidade de Saúde que o profissional trabalha	1 ☐ Unidade de Atenção Básica 2 ☐ Pronto-atendimento	
3.	Número de anos que trabalha na função na rede básica do município: ____ anos		

II. VARIÁVEIS DE ESTRUTURA

4.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem formulário de pedido para baciloscopia de escarro?	1- ☐ sim	2- ☐ não	0- ☐ não sabe
5.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem pote para coleta de escarro disponível?	1- ☐ sim	2- ☐ não	0- ☐ não sabe
6.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem geladeira para acondicionamento de material biológico?	1- ☐ sim	2- ☐ não	0- ☐ não sabe
7.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem equipamento de Raio-X	1- ☐ sim	2- ☐ não	0- ☐ não sabe
8.	Como é o local destinado para coleta de escarro?	1- ☐ muito ruim 2- ☐ ruim 3- ☐ regular 4- ☐ bom 5- ☐ muito bom 99- ☐ não se aplica (caso o serviço de saúde não tenha local destinado para coleta de escarro) 0- ☐ não sabe		
9.	O (a) Sr.(a) se sente preparado para identificar um suspeito com TB?	1- ☐ sim	2- ☐ não	
10.	Há disponibilidade de profissionais suficiente neste serviço de saúde para atender os usuários que o procura?	1- ☐ nunca	2- ☐ quase nunca	3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
11.	Com que frequência este serviço de saúde apresenta rotatividade de recursos humanos?	1- ☐ sempre	2- ☐ quase sempre	3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca
12.	Com que frequência você sente sobrecarga de trabalho neste serviço de saúde?	1- ☐ sempre	2- ☐ quase sempre	3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca

III. VARIÁVEIS DE PROCESSO

13.	O (a) Sr.(a) realiza a anamnese de um indivíduo apresentando tosse, febre e perda de peso?	1- ☐ sim	2- ☐ não
14.	O (a) Sr.(a) solicita baciloscopia a um indivíduo apresentando tosse, febre e perda de peso?	1- ☐ sim	2- ☐ não
15.	O (a) Sr.(a) encaminha o indivíduo apresentando tosse, febre e perda de peso para consulta com o médico deste serviço? (somente para equipe de enfermagem)	1- ☐ sim	2- ☐ não
16.	O (a) Sr.(a) solicita raio-X a um indivíduo apresentando tosse, febre e perda de peso? (somente para médicos)	1- ☐ sim	2- ☐ não
17.	O (a) Sr.(a) encaminha o indivíduo apresentando tosse, febre e perda de peso para consulta médica em outra unidade de saúde? (somente para médicos)	1- ☐ sim	2- ☐ não

18.	Como considera o tempo que o (a) Sr.(a) destina para atender cada usuário?	1- ☐ Muito ruim ☐ Muito bom	2- ☐ Ruim	3- ☐ Regular	4- ☐ Bom	5-
19.	Com que frequência o(a) Sr(a). sente dificuldade para falar sobre a TB com os usuários?	1- ☐ sempre 5- ☐ nunca	2- ☐ quase sempre	3- ☐ às vezes	4- ☐ quase nunca	
20.	Com que frequência o(a) Sr(a). sente dificuldade para preencher pedidos de exame?	1- ☐ sempre 5- ☐ nunca	2- ☐ quase sempre	3- ☐ às vezes	4- ☐ quase nunca	
21.	Com que frequência o(a) Sr(a). sente dificuldade para convencer o paciente a colher escarro	1- ☐ sempre 5- ☐ nunca	2- ☐ quase sempre	3- ☐ às vezes	4- ☐ quase nunca	
22.	Com que frequência os profissionais de saúde desta unidade podem ser responsáveis pelo atraso no diagnóstico da TB?	1- ☐ sempre 5- ☐ nunca	2- ☐ quase sempre	3- ☐ às vezes	4- ☐ quase nunca	

Observações do Entrevistador:

ANEXO II**Instrumento estruturado para coleta de dados secundários**

Responsável pela coleta de dados: _____		
Data da coleta de dados: ____/____/____		
Nome do Serviço de Saúde		
Tipo de Unidade	Unidade Básica de saúde (UBS)	1 ☐
	Unidade de Saúde da Família (USF)	2 ☐
	Pronto-atendimento (PA)	3 ☐

IV. VARIÁVEIS DE OFERTA DE ATENÇÃO – DIAGNÓSTICO (dados secundários)

1.	Número de baciloscopias solicitadas na unidade de saúde em 2009: _____
2.	Número de diagnósticos realizados na unidade de saúde em 2009: _____

ANEXO III

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 058/2010

Ribeirão Preto, 24 de março de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 24 de março de 2010.

Protocolo: nº 1121/2010

Projeto: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE MODELO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL, SUDESTE E NORDESTE DO BRASIL.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Srª,
Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO IV**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Prezado (a) senhor (a),
Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____. Ela tem como objetivo avaliar a causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

Sua participação consistirá em responder a um questionário e/ou uma entrevista que será audiogravada, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço:
Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP
Telefone (0XX16) 36023228 e.mail: *tite@eerp.usp.br*

APÊNDICES

APENDICE I

Indicadores do processo de atenção aos suspeitos de tuberculose pulmonar (diagnóstico) por serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

CALCULO REALIZADO CONSIDERANDO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO ESPERADO = 5% DOS PACIENTES COM 15 ANOS OU MAIS, ATENDIDOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Unidade de Saúde	Número atendimentos	Sintomáticos respiratórios esperados	Sintomáticos respiratórios examinados	proporção de sintomáticos respiratórios examinados	casos esperados	casos diagnosticados	proporção de casos diagnosticados
NSF 1	32*	2	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 2	5*	0	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 3	9*	0	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 4	6*	0	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 5	1124	56	0	0,0%	4	0	0,0%
USF Avelino Alves Palma	2084	104	18	17,3%	8	1	13,2%
USF Estação do Alto	1578	79	7	8,9%	6	0	0,0%
USF Eugenio Mendes Lopes	1144	57	0	0,0%	4	0	0,0%
USF Geraldo de Carvalho	1019	51	0	0,0%	4	0	0,0%
USF Heitor Rigon	1999	100	4	4,0%	7	0	0,0%
USF Jd Zara	3039	152	21	13,8%	11	0	0,0%
USF Maria Casagrande Lopes	3406	170	7	4,1%	12	0	0,0%
USF Portal do Alto	435	22	6	27,6%	2	0	0,0%
CSE Ipiranga	1904	95	0	0,0%	7	0	0,0%
CSE Jd Aeroporto	3994	200	0	0,0%	15	0	0,0%
CSE Vila Tibério	1815	91	11	12,1%	7	0	0,0%
UBS Adão do Carmo Leonel	2796	140	12	8,6%	10	0	0,0%
UBS Bonfim Paulista	4583	229	7	3,1%	17	0	0,0%
UBS Campos Elíseos	9236	462	5	1,1%	34	3	8,9%
UBS Dom Mielle	3329	166	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS Ipiranga	3671	184	0	0,0%	13	0	0,0%
UBS Jd João Rossi	3361	168	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS Jd Juliana	3383	169	2	1,2%	12	0	0,0%
UBS Jd Maria das Graças	2988	149	12	8,0%	11	0	0,0%

UBS Jd Paiva	1736	87	0	0,0%	6	0	0,0%
UBS José Sampaio	4624	231	10	4,3%	17	0	0,0%
UBS Marincek	3398	170	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS Parque Ribeirão Preto	6730	337	2	0,6%	24	0	0,0%
UBS Presidente Dutra	5001	250	8	3,2%	18	0	0,0%
UBS Quintino I	3495	175	27	15,5%	13	1	7,9%
UBS Ribeirão Verde	4841	242	3	1,2%	18	0	0,0%
UBS Santa Cruz	3252	163	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS São José	3158	158	4	2,5%	11	0	0,0%
UBS Simone*	5672	284	127	44,8%	21	18	87,3%
UBS Valentina Figueiredo	1658	83	0	0,0%	6	0	0,0%
UBS Vila Abranches	5300	265	0	0,0%	19	0	0,0%
UBS Vila Albertina	5594	280	10	3,6%	20	0	0,0%
UBS Vila Mariana	5101	255	4	1,6%	19	1	5,4%
UBS Vila Recreio	6163	308	22	7,1%	22	3	13,4%
UBS Vila Tibério	4423	221	20	9,0%	16	0	0,0%
Atenção Básica	127086	6.354	349	5,5%	462	27	5,8%
UBDS Castelo Branco**	41239	2.062	93	4,5%	150	3	2,0%
UBDS Central	68690	3.435	33	1,0%	250	3	1,2%
UBDS Quintino Facci II	52574	2.629	12	0,5%	191	2	1,0%
UBDS Sumarezinho**	51500	2.575	282	11,0%	187	37	19,8%
UBDS Vila Virginia	39625	1.981	31	1,6%	144	5	3,5%
Pronto-atendimento	253628	12.681	451	3,6%	922	50	5,4%

Nota: * evidente subregistro do número de pacientes atendimentos

** UBDS contém o ambulatório de referência para o tratamento dos casos de TB

APENDICE II

Indicadores do processo de atenção aos suspeitos de tuberculose pulmonar (diagnóstico) por serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

CALCULO REALIZADO CONSIDERANDO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO ESPERADO = 1% DOS PACIENTES (COM 15 ANOS OU MAIS) ATENDIDOS NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA; 5% DOS PACIENTES (COM 15 ANOS OU MAIS) ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE; 8% DOS PACIENTES (COM 15 ANOS OU MAIS) ATENDIDOS NAS UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO

Unidade de Saúde	Número atendimentos	Sintomáticos respiratórios esperados	Sintomáticos respiratórios examinados	proporção de sintomáticos respiratórios examinados	casos esperados	casos diagnosticados	proporção de casos diagnosticados
NSF 1	32*	0	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 2	5*	0	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 3	9*	0	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 4	6*	0	0	0,0%	0	0	0,0%
NSF 5	1124	11	0	0,0%	1	0	0,0%
USF Avelino Alves Palma	2084	21	18	86,4%	2	1	66,0%
USF Estação do Alto	1578	16	7	44,4%	1	0	0,0%
USF Eugenio Mendes Lopes	1144	11	0	0,0%	1	0	0,0%
USF Geraldo de Carvalho	1019	10	0	0,0%	1	0	0,0%
USF Heitor Rigon	1999	20	4	20,0%	1	0	0,0%
USF Jd Zara	3039	30	21	69,1%	2	0	0,0%
USF Maria Casagrande Lopes	3406	34	7	20,6%	2	0	0,0%
USF Portal do Alto	435	4	6	137,9%	0	0	0,0%
CSE Ipiranga	1904	95	0	0,0%	7	0	0,0%
CSE Jd Aeroporto	3994	200	0	0,0%	15	0	0,0%
CSE Vila Tibério	1815	91	11	12,1%	7	0	0,0%
UBS Adão do Carmo Leonel	2796	140	12	8,6%	10	0	0,0%
UBS Bonfim Paulista	4583	229	7	3,1%	17	0	0,0%
UBS Campos Elíseos	9236	462	5	1,1%	34	3	8,9%
UBS Dom Mielle	3329	166	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS Ipiranga	3671	184	0	0,0%	13	0	0,0%
UBS Jd João Rossi	3361	168	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS Jd Juliana	3383	169	2	1,2%	12	0	0,0%
UBS Jd Maria das Graças	2988	149	12	8,0%	11	0	0,0%

UBS Jd Paiva	1736	87	0	0,0%	6	0	0,0%
UBS José Sampaio	4624	231	10	4,3%	17	0	0,0%
UBS Marincek	3398	170	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS Parque Ribeirão Preto	6730	337	2	0,6%	24	0	0,0%
UBS Presidente Dutra	5001	250	8	3,2%	18	0	0,0%
UBS Quintino I	3495	175	27	15,5%	13	1	7,9%
UBS Ribeirão Verde	4841	242	3	1,2%	18	0	0,0%
UBS Santa Cruz	3252	163	0	0,0%	12	0	0,0%
UBS São José	3158	158	4	2,5%	11	0	0,0%
UBS Simone*	5672	284	127	44,8%	21	18	87,3%
UBS Valentina Figueiredo	1658	83	0	0,0%	6	0	0,0%
UBS Vila Abranches	5300	265	0	0,0%	19	0	0,0%
UBS Vila Albertina	5594	280	10	3,6%	20	0	0,0%
UBS Vila Mariana	5101	255	4	1,6%	19	1	5,4%
UBS Vila Recreio	6163	308	22	7,1%	22	3	13,4%
UBS Vila Tibério	4423	221	20	9,0%	16	0	0,0%
Atenção Básica	127086	5.719	349	6,1%	416	27	6,5%
UBDS Castelo Branco**	41239	3.299	93	2,8%	240	3	1,3%
UBDS Central	68690	5.495	33	0,6%	400	3	0,8%
UBDS Quintino Facci II	52574	4.206	12	0,3%	306	2	0,7%
UBDS Sumarezinho**	51500	4.120	282	6,8%	300	37	12,3%
UBDS Vila Virginia	39625	3.170	31	1,0%	231	5	2,2%
Pronto-atendimento	253628	20290	451	2,2%	1476	50	3,4%

Nota: * evidente subregistro do número de pacientes atendimentos

** UBDS contém o ambulatório de referência para o tratamento dos casos de TB

APENDICE III

Indicadores do processo de atenção aos suspeitos de tuberculose pulmonar (diagnóstico) por serviço de saúde, Ribeirão Preto, 2009.

CALCULO REALIZADO CONSIDERANDO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO ESPERADO = 1% DA POPULAÇÃO DE COBERTURA

Unidade de Saúde	pop. Cobertura	Sintomáticos respiratórios esperadas	Sintomáticos respiratórios examinados	proporção de sintomáticos respiratórios examinados	casos esperados	casos diagnosticados	proporção de casos diagnosticados
NSF 1	2.618	26	0	0,0%	2	0	0,0%
NSF 2	2.246	22	0	0,0%	2	0	0,0%
NSF 3	2.282	23	0	0,0%	2	0	0,0%
NSF 4	3.817	38	0	0,0%	3	0	0,0%
NSF 5	2.665	27	0	0,0%	2	0	0,0%
USF Avelino Alves Palma	6.617	66	18	27,2%	5	1	20,8%
USF Estação do Alto	6.157	62	7	11,4%	4	0	0,0%
USF Eugenio Mendes Lopes	3.688	37	0	0,0%	3	0	0,0%
USF Geraldo de Carvalho	3.183	32	0	0,0%	2	0	0,0%
USF Heitor Rigon	7.483	75	4	5,3%	5	0	0,0%
USF Jd Zara	18.370	184	21	11,4%	13	0	0,0%
USF Maria Casagrande Lopes	12.564	126	7	5,6%	9	0	0,0%
USF Portal do Alto	1.993	20	6	30,1%	1	0	0,0%
CSE Ipiranga	21.546	215	0	0,0%	16	0	0,0%
CSE Jd Aeroporto	17.734	177	0	0,0%	13	0	0,0%
CSE Vila Tibério	11.000	110	11	10,0%	8	0	0,0%
UBS Adão do Carmo Leonel	14.823	148	12	8,1%	11	0	0,0%
UBS Bonfim Paulista	18.370	184	7	3,8%	13	0	0,0%
UBS Campos Eliseos	45.000	450	5	1,1%	33	3	9,2%
UBS Dom Mielle	15.322	153	0	0,0%	11	0	0,0%
UBS Ipiranga	21.546	215	0	0,0%	16	0	0,0%
UBS Jd João Rossi	25.340	253	0	0,0%	18	0	0,0%
UBS Jd Juliana	26.611	266	2	0,8%	19	0	0,0%
UBS Jd Maria das Graças	11.153	112	12	10,8%	8	0	0,0%

UBS Jd Paiva	11.669	117	0	0,0%	8	0	0,0%
UBS José Sampaio	20.095	201	10	5,0%	15	0	0,0%
UBS Marincek	27.941	279	0	0,0%	20	0	0,0%
UBS Parque Ribeirão Preto	29.832	298	2	0,7%	22	0	0,0%
UBS Presidente Dutra	15.322	153	8	5,2%	11	0	0,0%
UBS Quintino I	17.558	176	27	15,4%	13	1	7,8%
UBS Ribeirão Verde	25.421	254	3	1,2%	18	0	0,0%
UBS Santa Cruz	42.408	424	0	0,0%	31	0	0,0%
UBS São José	11.059	111	4	3,6%	8	0	0,0%
UBS Simone*	27.941	279	127	45,5%	20	18	88,6%
UBS Valentina Figueiredo	3.468	35	0	0,0%	3	0	0,0%
UBS Vila Abranches	25.340	253	0	0,0%	18	0	0,0%
UBS Vila Albertina	21.546	215	10	4,6%	16	0	0,0%
UBS Vila Mariana	18.133	181	4	2,2%	13	1	7,6%
UBS Vila Recreio	22.714	227	22	9,7%	17	3	18,2%
UBS Vila Tibério	25.340	253	20	7,9%	18	0	0,0%
Atenção Básica	647.915	6.479	349	5,4%	471	27	5,7%
UBDS Castelo Branco Novo*	127.877	1.279	93	7,3%	93	3	3,2%
UBDS Central	107.022	1.070	33	3,1%	78	3	3,9%
UBDS Quintino Facci II	100.360	1.004	12	1,2%	73	2	2,7%
UBDS Sumarezinho*	141.998	1.420	282	19,9%	103	37	35,8%
UBDS Vila Virginia	85.850	859	31	3,6%	62	5	8,0%
Pronto-atendimento	563.107	5.631	451	8,0%	410	50	12,2%