

## Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

### Priscila Balderrama

Diagnóstico da Tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços de saúde que atuam como porta de entrada.

São José do Rio Preto 2012

### Priscila Balderrama

Diagnóstico da Tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços de saúde que atuam como porta de entrada.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Helena F.

Vendramini

São José do Rio Preto 2012

Balderrama, Priscila.

Diagnóstico da Tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços de saúde que atuam como porta de entrada /Priscila Balderrama. São José do Rio Preto, 2012. 104p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Helena F. Vendramini

1. Tuberculose; 2. Atenção Primária à Saúde; 3. Avaliação de serviços de saúde.

### Priscila Balderrama

Diagnóstico da Tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços de saúde que atuam como porta de entrada

# Banca Examinadora Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre

Presidente e Orientador: Silvia Helena

Figueiredo Vendramini

2º Examinador: Aline Aparecida Monroe.

3º Examinador: Maria de Lourdes Sperli

Geraldes dos Santos.

Suplentes: Lucia Marina Scatena e Marilene Rocha dos Santos.

São José do Rio Preto, 09 de Abril de 2012.

### Sumário

Ded	icatóriai
Agra	adecimentosii
Lista	a de Figurasv
Lista	a de Tabelas e Quadrosvi
Lista	a de Anexovii
Lista	a de Abreviaturasviii
Res	umox
Res	uménxii
Abst	tractxiv
Apre	esentaçãoxvi
1.	Introdução1
	1.1. Breve histórico do Controle da Tuberculose2
	1.2. Organização e Estrutura dos Serviços de Saúde no Controle da
Tub	erculose5
	1.3. Avaliação da "porta de entrada" para o diagnóstico da
Tub	erculose7
2.	Referencial Teórico11
3.	Objetivos
	3.1. Objetivo Geral
	3.2.Objetivos Específicos
4.	Materiais e Métodos21
	4.1. Delineamento do Estudo
	4.2. Cenário do estudo22

	4.2.1. Descrição do sistema de saúde de São José do Rio Preto22
	4.2.2. Atenção à TB em São José do Rio Preto24
	4.2.3. Observação de Campo dos Serviços de Saúde26
	4.2.3.1. Observação de Campo nas Unidades Básicas de Saúde e
	Unidades de Saúde da Família27
	4.2.3.2. Observação de Campo nas Unidades de Pronto
	Atendimento29
	4.3. População de estudo e amostra31
	4.4. Coleta de dados32
	4.4.1. Instrumento para coleta de dados32
	4.4.2. Variáveis do estudo34
	4.4.3. Procedimentos para coleta de dados34
	4.5. Análise dos Dados35
	4.6. Aspectos Éticos35
5.	Resultados37
	5.1. Caracterização dos profissionais de saúde38
	5.2. Avaliação dos Indicadores de Estrutura38
	5.3. Percepção do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a
	existência de insumos e equipamentos para o diagnóstico da TB42
6.	Discussão46
7.	Conclusão68
8.	Limitações do Estudo74
9.	Referências Bibliográficas77
10.	Anexos 93

### Dedicatória

À Deus, minha família, amigos, colegas de trabalho e orientadores pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles nada disso seria possível.

### Agradecimentos

Aos meus pais, Manoel Otávio e Clarice, que sempre acreditaram em mim, apoiaram e estiveram ao meu lado em todas as fases da minha vida.

Ao Clesner, meu amado esposo, pelo companheirismo e paciência, e por sempre incentivar e apoiar minhas decisões.

Ao meu irmão Caio, pela amizade.

Ao Justo, meu avô, que sempre se fez presente.

A minha querida orientadora. Profa Dra Silvia Helena Figueiredo Vendramini. por estar presente na minha formação profissional desde o início da pós-graduação. Obrigada por estimular meu desenvolvimento acadêmico e pela oportunidade de ser sua orientanda.

A Profa Dra Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos, pela disponibilidade em discutir os resultados desta dissertação.

A Profa Dra Aline Monroe, pela enorme contribuição.

A Profa Marilene pelas sugestões.

As minhas queridas professoras de graduação da FAMEMA, pela paixão e defesa das políticas públicas de saúde.

A Amelinha, pela imensa contribuição. Sua disponibilidade, paciência e compromisso foram determinantes na concretização desse trabalho.

As colegas Natália e Anneliese, pela colaboração e sugestões.

À Profa Dra Tereza Cristina Scatena Villa e ao Prof Dr Ruffino-Neto pela oportunidade de pertencer a um grupo de pesquisa GEOTB.

Aos profissionais de saúde que gentilmente aceitaram participar do estudo.

Aos funcionários pos-graduação da FAMERP.

À Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto por permitir a realização deste e de todos os estudos realizados no município.

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Saúde de Catanduva, em especial a Vanessa, pelos ensinamentos que a prática profissional lapidou.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Muito obrigada!

"Saber não é suficiente; nós devemos aplicar. Desejar não é suficiente; nós devemos fazer."

Goethe

### Lista de Figuras

Figura 1: O Sistema de Serviços de Saúde	15
Figura 2: Mapa de São José do Rio Preto com a distribuição das	Unidades de
Saúde e Áreas de Abrangência	24

### Lista de Tabelas e Quadros

Quadro 1: Distribuição dos profissionais de saúde por tipo de serviço no
município de SJRP, 200931
Quadro 2. Variáveis levantadas para identificar aspectos relacionados ao
componente estrutura, da avaliação dos serviços de saúde34
Tabela 1 - Indicadores da estrutura dos serviços de saúde, segundo a média
por tipo de serviço na percepção dos profissionais de saúde, São José do Rio
Preto, 200940
Tabela 2- Comparação de indicadores de estrutura entre as Unidades Básicas
de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Pronto-Atendimento, segundo a
percepção dos profissionais de saúde em São José do Rio Preto, 200942
Tabela 3 - Proporção e intervalo de confiança dos insumos e equipamentos
disponíveis nos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose, segundo
os profissionais de saúde, São José do Rio Preto, 200943
Tabela 4 - Percepção dos profissionais de saúde quanto à disponibilidade de
pote para coleta de escarro, por serviço de saúde, São José do Rio Preto,
200943
Tabela 5- Percepção dos profissionais de saúde quanto à disponibilidade de
geladeira, por serviço de saúde, São José do Rio Preto, 200944
Tabela 6 - Percepção dos profissionais de saúde quanto à disponibilidade de
formulário de pedido de baciloscopia, por serviço de saúde, São José do Rio
Preto, 200944
Tabela 7- Percepção dos profissionais de saúde quanto a disponibilidade de
Sala de Raio-X, por serviço de saúde, São José do Rio Preto, 200945

### Lista de Anexo

Anexo I - Roteiro Estruturado para a Observação de Campo dos Serviço	s de
Saúde em que os dados foram coletados	94
Anexo II - Check List dos Serviços de Saúde	99
Anexo III - Questionário utilizado na Coleta de Dados	100
Anexo IV - Aprovação do Comitê de Ética	103
Anexo V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	104

#### Lista de Abreviaturas

ABS - Atenção Ba	asıca em Sau	ıde
------------------	--------------	-----

APS - Atenção Primária Em Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

**AME –** Ambulatório Médico de Especialidades

**DOT –** Directy Observed Therapy

**DOTS – Directly Observed Treatment Short Course** 

ESF - Estratégia da Saúde da Família

GEOTB - Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose

**MDR** – pacientes multidrogas resistentes

MS - Ministério da Saúde

NGA-60 - Ambulatório Regional de Especialidades

OMS - Organização Mundial da Saúde

**OPAS –** Organização Panamericana de Saúde

**UPA –** Unidade de Pronto Atendimento

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PNCT - Plano Nacional de Controle da Tuberculose

RedeTB - Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

RH - Recursos Humanos

SAE – Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS

**SMSH** – Secretaria Municipal de Saúde e Higiene

SR – Sintomáticos Respiratórios

SS - Serviços de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

**TB** – Tuberculose

**TBWEB –** Sistema Estadual de Informação de Notificação da Tuberculose

TS – Tratamento Supervisionado

UBS - Unidades Básicas de Saúde

**UBSF** – Unidades Básicas de Saúde da Família

**VD** – Visita Domiciliar

**NSH** – National Health Service

SJRP - São José do Rio Preto

**EUA** – Estados Unidos da América

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

**TDO** – Tratamento Diretamente Observado

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CSE - Centro de Saúde Escola

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

SP - São Paulo

RS - Rio Grande do Sul

**PA** – Pronto Atendimento

**CAD** – Care Assistance Delivery

**GP** – General Practitioner

OSS - Organização Social de Saúde

### Diagnóstico da Tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços de saúde que atuam como porta de entrada.

#### Resumo

Introdução: A tuberculose configura-se como problema de saúde pública de relevância mundial. É consenso que a eficácia do tratamento relaciona-se ao modo como as ações de controle são desempenhadas na Atenção Básica ou Primária, de modo que a infra-estrutura, organização do processo de trabalho e dificuldades de acesso mostram-se relevantes no desempenho. Objetivo: Avaliar a estrutura dos serviços que atuam como porta de entrada para o diagnóstico da TB, na percepção dos profissionais de saúde. Materiais e Métodos: Foram entrevistados 160 profissionais que atuavam em Unidades Básicas de Saúde. Saúde da Família e Pronto Atendimento, em São José do Rio Preto, no ano de 2009. As entrevistas foram realizadas por meio de questionário que utilizou a escala de Likert variando de um a cinco, com análise das seguintes variáveis: sexo e anos de trabalho no serviço de saúde; horário de funcionamento da Unidade, rotatividade de recursos humanos, disponibilidade de profissionais no serviço de saúde, tempo em que os usuários levam para atendimento, percepção quanto à falta de conhecimento da doença pelos profissionais que atuam na Unidade, existência de sobrecarga de trabalho, adequação de local para a coleta de escarro no serviço; existência de pote para coleta de escarro, geladeira para o acondicionamento de material biológico, formulário para pedido de baciloscopia e sala de raio-x na Unidade. Estes indicadores também foram analisados individualmente e comparados entre os serviços de saúde, utilizando a análise de variância (ANOVA), com o uso do teste F e comparação múltipla entre médias por meio da aplicação do teste de

Tukey. Resultados: Predomínio de profissionais do sexo feminino em todos os serviços. Mediana de tempo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde foi 9 anos; Unidades de Saúde da Família 6,5 anos, Pronto Atendimento 5 anos. Todos os serviços de saúde apresentaram avaliação satisfatória para horário de funcionamento, mas o Pronto Atendimento foi mais bem avaliado, no entanto, para disponibilidade de profissionais, apresentou pior avaliação. Unidades de Saúde da Família apresentaram melhor avaliação em tempo de espera de usuários e rotatividade de profissionais; no entanto, para sobrecarga de trabalho apresentaram pior avaliação. Não encontrou-se diferença entre os serviços de saúde para falta de conhecimento sobre a doença, com avaliação próxima de satisfatório e também para adequação do local de coletar escarro, sendo insatisfatório nos três grupos. Todos os serviços apresentaram indicadores satisfatórios para existência de insumos: pote e formulário para solicitação de baciloscopia, mas nenhum possuía raio-x. Conclusão: De maneira geral, os serviços apresentavam estrutura adequada, motivo pelo qual acredita-se que as dificuldades para o diagnóstico da TB estejam mais relacionadas ao processo (desempenho), ou seja, a forma como as atividades/ações são organizadas e operacionalizadas no cotidiano das práticas em saúde.

**Descritores:** Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

### El diagnóstico de la Tuberculosis: la evaluación de la estructura de los servicios de salud que actúan como puerta de entrada.

#### Resumén

Introducción: La tuberculosis se configura como un problema de salud pública de importancia mundial. El consenso es que la eficacia tratamiento está relacionada con cómo las acciones de control se llevan a cabo en la Atención Primaria, por lo que la infraestructura, la organización del proceso de trabajo y las dificultades de acceso se muestran pertinentes en el desempeño. Objetivo: Evaluar la estructura de servicios que actúan como puerta de entrada para el diagnóstico de la tuberculosis en São José do Rio Preto, São Paulo, en la percepción de los profesionales de la salud. Materiales y Métodos: Se entrevistó a 160 profesionales que trabajan en Unidades Básicas de Salud, Servicios de Salud de la Familia y de Emergencia, en Sao José do Rio Preto, en 2009. Las entrevistas se realizaron a través de un cuestionario que utilizó la escala de Likert la cual va desde uno a cinco, con la consideración de las siguientes variables: sexo y años de trabajo en el servicio de salud, las horas de funcionamiento de la unidad. rotación de los recursos humanos, la disponibilidad profesionales en los servicios de salud, tiempo de espera del usuario para la atención, percepción de falta de conocimiento sobre la enfermedad por los profesionales que trabajan en la unidad, existencia de gran volumen de trabajo, la adecuación del sitio para el servicio de recolección de esputo, la existencia de la olla para recolectar el esputo, refrigerador para la manipulación de material biológico, formulario de solicitud para el examen de esputo y sala de rayos-x en la unidad. Estos indicadores se analizaron por separado y comparados entre los servicios de salud. mediante análisis de varianza (ANOVA), con el uso de la prueba de F y comparaciones múltiples entre los medios por aplicación de la prueba de Tukey. Resultados: La prevalencia de mujeres profesionales en todos los servicios. La mediana de tiempo de trabajo en las Unidades Básicas fue de 9 años, en las Unidades de Salud de la Familia, 6,5; Emergencia, 5 años. Todos los servicios de salud mostraron un desempeño satisfactorio en relación al horario de atención, pero el servicio de urgencias obtuvo mejor evaluación, sin embargo, la disponibilidad de profesionales, tuvo un bajo rendimiento. Unidades de Salud de la Familia presentaron mejor evaluación en cuanto a tiempo de espera por los usuarios y a rotación de personal; sin embargo para sobrecarga de trabajo tuvo una evaluación peor. No se encontraron diferencias entre los servicios de salud en cuanto a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, con evaluación próxima al satisfactorio y adecuación del sitio para recoger el esputo, con desempeño insatisfactorio en los tres grupos. Todos los servicios mostraron un desempeño satisfactorio para la existencia de entradas: olla y formulario de solicitud de esputo, pero no tenía rayos-x. Conclusión: En general, los servicios presentan estructura adecuada, por lo que se dificultades para el diagnóstico de la tuberculosis está más relacionado con el proceso (de rendimiento), es decir, cómo las actividades y acciones están organizadas y operadas en el diario de las prácticas de salud.

**Descriptores:** Tuberculosis. Atención Primaria de la Salud. Evaluación de Servicios de Salud.

### Diagnosis of Tuberculosis: evaluation of the structure of health services that act as a gateway.

#### Abstract

**Introduction:** Tuberculosis is a public health problem of worldwide relevance. It is consensus that the efficiency of the treatment is relatated to the way the control actions are carried out in Primary Care System, so that infrastructure, work process organization and access difficulties show to be relevant to the performance. Objectives: Assess the structure of services that act as a gateway for the diagnosis of TB in São José do Rio Preto - São Paulo, under the perspectives of the health professionals. Methods and Materials: 160 professionals from Basic Health Unities, Family Health Unities and Emergence Room in São José do Rio Preto - São Paulo - were interviewed in 2009. The interviews were carried out through a questionary based on the Likert Scale varing from one to five, with the analysis of the following variables: gender and years of working in the Health Unities, opening hours, the turnover of human resources, availability of professionals in the Health Service, waiting time to be assisted, perception regarding the lack of knowledge of the disease by professional working in the unit, existence of work overload, adequacy of a site for sputum collection in the service, existence of pot to collect sputum, refrigerator for preservation of biological material, sputum smear request form and x-ray room in the unit. These indicators were also analyzed individually and compared among the health services, using analysis of variance (ANOVA), using the F test and multiple comparisons between means for applying the test of Tukey. Results: predominance of female professionals in all services.

Median of work time in the Basic Health Unities was 9 years; Family Health Unities, 6,5; Emergence Rooms, 5 years. All health services showed satisfactory performance for opening hours, but Emergence Rooms had improved assessment, however for availability of professionals showed lower performance. Family Health Unities had a better assessment waiting time for users and staff turnover; nevertheless had worst workload assessment. It has not been found difference among the health services for lack of knowledge about the disease, with close to satisfactory assessment and also to adequacy of site to collect sputum, underperforming the three groups. All services showed satisfactory performance for the existence of inputs: pot and request form for sputum smear, but none had x-ray. **Conclusions:** In general, the services presented suitable structure, for which reason it is believed that the difficulties for the diagnosis of TB is more related to the process (performance), it means, how the activities / actions are arranged and operated on the daily basis of the practices in the health.

**Descriptors:** Tuberculosis. Primary Health Care. Health Services Evaluation.

### **Apresentação**

Trata-se de estudo de corte transversal, resultante do projeto multicêntrico intitulado "Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil" - Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008, que foi desenvolvido em diferentes municípios do Brasil, incluindo as regiões sudeste (Ribeirão Preto-SP; São José do Rio Preto-SP; Vitória-ES e Rio de Janeiro-RJ), sul (Pelotas-RS e Foz do Iguaçu-PR), e nordeste (Feira de Santana-BA; João Pessoa-PB e Natal-RN), envolvendo diversas instituições de ensino superior.

Foi resultante da colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) que vem estudando a avaliação dos serviços de saúde a fim de contribuir para o controle da TB no Brasil.

Ressalta-se que este estudo foi desenvolvido em São José do Rio Preto e tem como proposta avaliar a estrutura dos serviços de atenção primária à saúde para o diagnóstico da TB.



#### 1.1 Breve histórico sobre o controle da Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma condição crônica, de natureza infecciosa, considerada um dos principais agravos à saúde da população mundial. No Brasil, esteve presente como problema de saúde pública durante todo século XX, sendo reconhecida como "calamidade negligenciada" chegando ao século XXI com status de pandemia<sup>2</sup> e ainda como "problema de saúde pública não solucionado"<sup>3</sup>. Em 2009, o país ocupava o 19ª colocado no ranking dos 22 países com a mais alta carga de TB no mundo, apresentando uma incidência de 46 casos/100.000 habitantes<sup>2</sup>.

Atualmente, uma das estratégias preconizadas para o tratamento da TB tem sido a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-course), que a partir de 1993, passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia prioritária para erradicação da TB<sup>4</sup>. Essa estratégia busca assegurar o tratamento integral do paciente, através do alcance de cinco metas: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de medicamentos; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento e, para finalizar, compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde. Desde então, o modelo de controle da TB foi amplamente modificado, descentralizando-se gradativamente as ações que eram realizadas exclusivamente em serviços especializados, a fim de que fossem incorporadas às ações básicas de saúde.

Corroborando com a implantação da estratégia DOTS, o governo brasileiro, pioneiro nesta implantação, lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose no ano de 1996, estabelecendo critérios para identificar os municípios prioritários no combate à doença, quais sejam: contar com população acima de 50.000 habitantes; ter coeficiente de incidência maior ou igual ao do estado a que pertence, ou acima da média brasileira; ter percentual de óbitos acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%; abandono de tratamento acima de 10%, e índice de ausência de informação acerca do resultado do tratamento acima de 5%; possuir menos de 80% dos centros de saúde com atividades de diagnóstico e tratamento; apresentar elevado total acumulado de casos de AIDS<sup>5</sup>.

Observou-se, contudo, que, apesar do esquema implantado, a doença não teve sua incidência significativamente reduzida, assim, em 1999 foi lançado o novo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com o objetivo de ordenar as ações de combate à doença. O PNCT tinha as seguintes metas: programar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para 100% dos municípios; diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados, em três anos, ou seja, até 2001; e, reduzir a incidência a, no mínimo, 50% e a mortalidade em dois terços, em nove anos, até 2007<sup>5</sup>.

Com centralização das ações de diagnóstico e tratamento da TB em unidades especializadas, pouco se alcançou em relação ao preconizado, por este motivo, a fim de reorganizar o modelo de atenção a TB com vistas à acessibilidade, tornando-o mais eficaz e eficiente, o Ministério da Saúde (MS),

por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde –NOAS- <sup>(6,7)</sup>, passou a responsabilidade do controle da doença para os municípios, de forma que as ações do PCT tornaram-se competência da atenção básica (AB), podendo ser executadas tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) como em ambulatórios tradicionais com modelo de organização vertical e equipe especializada<sup>8</sup>.

Neste contexto, a descentralização das ações de controle da TB, primeiramente, para os PCT dos municípios, e posteriormente, para a AB, relacionava-se principalmente ao interesse em proporcionar maior acesso ao diagnóstico e tratamento do doente, dado sua proximidade a Atenção Básica em Saúde (ABS). E assim, os municípios começaram desenvolver as ações do PCT, tanto nos serviços básicos, quanto nos especializados, tais como os Ambulatórios de Referência<sup>8</sup>.

Para Starfield<sup>9</sup>, a acessibilidade é considerada como um dos principais atributos da Atenção Primária à saúde, sendo compreendida como a ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção e/ou continuidade do cuidado prestado. Logo, com a descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Básica, um novo horizonte se abria.

Em 2006 o MS lançou uma política para o controle de endemias e doenças emergentes através do Pacto pela Vida. Por meio desta política, o país pactuou cumprir as metas estabelecidas pela OMS de curar 85% de casos novos de TB bacilífera<sup>10</sup>.

Objetivando atingir tais metas, o PCT vem desenvolvendo estratégias em relação à descentralização e horizontalização das ações de prevenção, vigilância e controle, concebendo a atenção primária como sua principal porta de acesso.

### 1.2. Aspectos relevantes da Organização e Estrutura dos Serviços de Saúde no controle da Tuberculose.

Devido ao seu quadro de persistência, a TB configura-se em um problema cujas raízes refletem a estruturação ineficiente do sistema de saúde, em descompasso com as condições de vida da população. Sua associação com a desigualdade social, movimentos migratórios, privação e co-infecção com o HIV são um dos aspectos que tem colaborado historicamente para a persistência das suas altas taxas de morbi-mortalidade, principalmente em países em desenvolvimento (1,11).

Neste cenário, estratégias mundiais e nacionais de controle da TB <sup>(4,5,12)</sup> têm sido lançadas com vistas ao manejo da doença, e atualmente, embora tenha se alcançado resultados epidemiológicos importantes, ainda é preocupante a existência de lacunas na implementação de medidas que favoreçam o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença <sup>(4)</sup>.

Nesta perspectiva, uma das ações realizadas a fim de aumentar o controle e a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da TB foi a descentralização das ações do PCT para a AB, que passaram a ser executadas tanto nas UBS e USF como em ambulatórios de referência com modelo de organização vertical e equipe especializada (6,7). Entretanto, o

processo de incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma bastante incipiente e diversificada na rede básica e, embora o diagnóstico da TB seja realizado de forma simplificada, por meio da baciloscopia do escarro e raio-x de tórax, tendo um custo relativamente baixo, evidencia-se uma sobreposição das dimensões organizacional e de desempenho dos serviços de saúde em relação às formas de detecção e de tratamento dos casos de TB<sup>4</sup>.

Ruffino-Netto<sup>13</sup> levantou as dificuldades de implementação de programas para o controle da TB no Brasil apontando, a partir do acesso dos doentes de TB aos serviços de saúde, a influência das barreiras da acessibilidade na busca, obtenção de atendimento, diagnóstico, tratamento e cura dos doentes de TB. Neste processo de obtenção diagnóstica e terapêutica, muitos são os fatores intrínsecos aos serviços de saúde que contribuem negativamente para o retardo, dentre eles, a ineficiência dos serviços de saúde que, aliada ao descomprometimento dos gestores, manifestam-se em processos de trabalho equivocados e ineficientes.

É consenso em muitos estudos que a eficácia do tratamento da TB relaciona-se ao modo como as ações de controle e manejo da doença são desempenhadas no âmbito da Atenção Básica, de modo que a infra-estrutura, organização do processo de trabalho para o controle da doença e dificuldades de acesso do paciente mostram-se relevantes neste contexto (14-18).

Assim, embora a Atenção Básica seja recomendada pelo Ministério da Saúde como nível de atenção primordial no controle da TB dada sua proximidade ao doente, a descentralização do diagnóstico e tratamento não

tem sido suficiente para concretizar os objetivos de eqüidade no acesso, no aumento da eficiência e na melhoria da qualidade<sup>19</sup>. Aspectos como diluição de responsabilidades, falta de compromisso, baixa qualidade ou falta de apoio laboratorial, fragmentação de regimes de tratamento e programas, maiores dificuldades para realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e falta de relatórios e informação de resultados<sup>20</sup> podem estar relacionados ao problema em questão.

Estudo realizado por Monroe<sup>21</sup> revelou que os profissionais das UBS apresentam certa resistência em incorporar o TDO e a busca de sintomáticos respiratórios na rotina diária devido à falta de recursos humanos, alta rotatividade de profissionais de saúde e a descontinuidade político-partidária. Esses fatores resultam na sobrecarga de funções que, somados à visão fragmentada e centralizada das ações de controle da TB nos serviços de saúde, configuram-se como obstáculos para a incorporação das ações de controle TB nas unidades de atenção básica.

### 1.3. Avaliação da "porta de entrada" para diagnóstico da Tuberculose.

Segundo Starfield<sup>9</sup>, a porta de entrada corresponde ao primeiro contato entre o usuário e o serviço de saúde, devendo ser de fácil acesso para que a atenção seja adequada, oportuna e resolutiva, devendo ainda, assegurar quando necessário, a continuidade da atenção em outros pontos do sistema com maior concentração tecnológica, para atendimento integral das necessidades de saúde do usuário. No Brasil, este nível de atenção é

conhecido como Atenção Básica e por este motivo, o estudo adotará essa terminologia em substituição ao termo mundialmente conhecido: Atenção Primária à Saúde (APS).

Importante salientar também, que no processo de consolidação do SUS, a Atenção Básica foi concebida como a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde brasileiro e por este motivo, espera-se que este nível de atenção tenha responsabilidade sanitária por todos os problemas e necessidades de saúde de sua população, inclusive em relação a TB.

Contudo, fato concreto é que a AB não tem conseguido se tornar a "porta de entrada preferencial ao sistema", haja vista a sua estruturação ineficiente e a procura dos usuários por outros serviços de saúde, em especial os serviços de Pronto-Atendimento (PA) (22-24), que são considerados unidades de complexidade intermediária, entre as UBS e as referências hospitalares de urgência<sup>25</sup>.

Nesse sentido, reconhecendo a legitimidade de outros serviços que atualmente atuam como "portas de entrada ao sistema", o MS publicou o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em que as "portas de entrada" são definidas como serviços de atendimento inicial à saúde do usuário, e os serviços de urgência e emergência são regulamentados como portas de entrada nas Redes de Atenção à Saúde no SUS, juntamente com as Unidades Básicas<sup>25</sup>. Nesse contexto, o pronto-atendimento recebe a importante missão de, integrado a rede de atenção, ser co-responsável por um dos atributos da AB, a acessibilidade, e atuar como serviço que acolhe o usuário no momento em que outras portas de entrada não lhe são acessíveis.

Diante da importância do diagnóstico precoce da TB e da necessidade de avaliar constantemente os serviços de saúde, em especial os que atuam como "porta de entrada" para o usuário, concebeu-se este estudo, visando identificar os aspectos relacionados à estrutura que podem colaborar no retardo do diagnóstico em um município prioritário para a TB no Brasil, a partir da ótica do ator que é responsável pela execução de todas as ações de saúde, o profissional.

Assim, concebe-se como portas de entradas no município de estudo, as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto-Atendimento.

A avaliação da estrutura para o diagnóstico da TB pelas equipes das UBS, USF e PA neste estudo será feita partindo do conceito de avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Estrutura – Processo - Resultado, proposta por Donabedian<sup>26</sup>.

Avaliar a qualidade da atenção significa obter informações quanto ao atendimento eficaz, eficiente e efetivo das necessidades de saúde da população (existentes ou potenciais). Dessa forma, cabe dizer que os serviços de alta qualidade levam em consideração a consciência dos problemas de saúde na população, a satisfação do público com os serviços, os custos da atenção, a qualificação dos profissionais, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde e a adequação dos equipamentos.

Reconhece-se, portanto, que o desempenho das ações de controle da TB nos serviços que atuam como porta de entrada para o sistema, em especial a AB e o PA, é passível aos arranjos institucionais relacionados à estrutura dos

serviços, o que demanda a necessidade de desenvolver estudos que permitam avaliar a fatores estruturais envolvidos no acesso ao diagnóstico da TB como forma de se obter subsídios para se realizar o planejamento de políticas de intervenção e manejo da doença na realidade estudada.

#### 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde demonstra que a adoção de mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e consequentemente, dos serviços, é prática antiga, sendo que a primeira sistematização provavelmente tenha ocorrido no início do século XX com a publicação do relatório Flexner, que avaliava a precária educação médica e com isso denunciava a precária prática profissional<sup>27</sup>.

A partir de então, inúmeros trabalhos sobre avaliação foram surgindo, porém o único objetivo destes estudos era racionalizar recursos financeiros, uma vez que os custos relacionados aos cuidados em saúde cresciam demasiadamente, em decorrência do progresso científico e conseqüente aumento da complexidade da atenção.

Para exemplificar a situação mencionada, utiliza-se como exemplo o nascimento dos serviços públicos e gratuitos de saúde, que possuíam recurso financeiro finito para atender uma demanda crescente de usuários, como por exemplo, o National Health Service (NHS), da Inglaterra, que buscava a otimização de recursos públicos por meio de estudos de eficácia e eficiência, a fim de atender o maior número de usuários com o menor recurso financeiro possível.

No mesmo sentido, nos EUA, com a implantação de programas sociais de atenção à saúde para determinados segmentos populacionais, o Medicare e o Medicaid, havia necessidade de avaliação para credenciamento de unidades ambulatoriais e hospitalares que prestariam cuidados gratuitos através de

reembolso por parte do governo, quando se utilizou do conhecimento de comitês formados por experts para o credenciamento<sup>28</sup>. Nesta época, tal avaliação era realizada por meio de auditorias de prontuários médicos.

Posteriormente, outros métodos para monitorar e avaliar a qualidade técnica foram implementados, como a auditoria médica e de serviços de saúde, a acreditação e mais recentemente, a medicina baseada em evidências. Todos os métodos, entretanto, restringiam-se a avaliar apenas a qualidade técnica.

Nas últimas quatro décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm se orientado majoritariamente pelo referencial teórico de Donabedian, cuja definição para qualidade deveria se iniciar a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado.

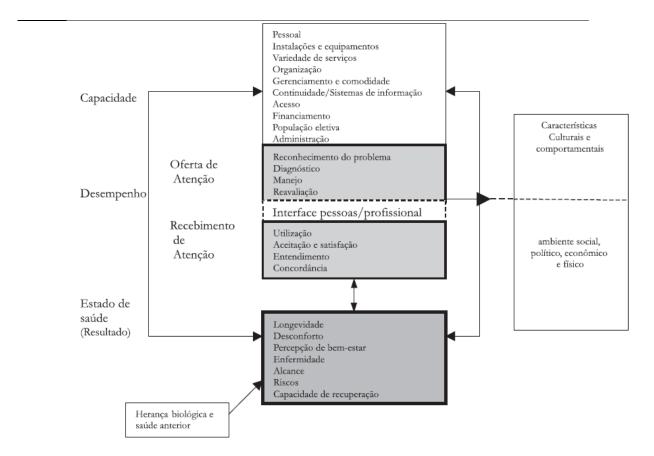
De maneira geral, o estudo da estrutura avalia as características dos recursos que se empregam na atenção a saúde e considera os seguintes componentes: organização administrativa, características físicas das instalações, recursos humanos, materiais e equipamentos em relação à sua adequação com as normas vigentes, perfil dos profissionais empregados, assim como qualificação dos profissionais em relação às tarefas que desempenham<sup>27</sup>.

A avaliação de processo descreve as atividades do serviço. Esse tipo de avaliação compara os procedimentos empregados nos estabelecimentos, assim como as normas utilizadas pelos profissionais de saúde. Inclui o diagnóstico, o tratamento, aspectos éticos da relação médico-profissional, equipe de saúde e paciente. Geralmente os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas rotineiras. Segundo Donabedian<sup>29</sup> a metodologia

dos estudos de processo pode ser dividida de duas maneiras: observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos.

Para avaliar o resultado é necessário analisar o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde<sup>29</sup>. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários.

Em complementação aos estudos de Donabedian, Starfield descreveu os componentes dos serviços de saúde de acordo com seu tipo: estrutura, processo e resultado, onde cada sistema de serviços de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) de oferta de serviços; os processos (ou desempenho), que envolvem as ações dos profissionais e pacientes; e os resultados, que estão relacionados ao estado de saúde obtido a partir da assistência prestada<sup>9</sup> (FIGURA 1).



Fonte: Starfield9

Figura 1. O Sistema de Serviços de Saúde

Anos mais tarde, Donabedian<sup>30</sup> ampliou esses princípios, utilizando-se do denominado "Sete Pilares da Qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade. No referido estudo, verificase que o autor dá considerável relevância a satisfação do usuário como fator que determina a qualidade, de acordo com as dimensões de aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Neste mesmo sentido, Tanaka e Melo<sup>31</sup> afirmam que a avaliação em sistemas e/ou serviços de saúde deve levar em consideração que os serviços prestados têm como finalidade os usuários, que são parte do processo de organização e prestação destas ações:

Já a conceituação de qualidade proposta por Øvretveit<sup>32</sup>, afirma que a qualidade deve ser avaliada por todos os atores envolvidos, ou seja, além de usuários, profissionais de saúde e gerentes ou administradores.

Para Righi, Schimidt e Venturini<sup>33</sup> o processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde deve envolver não só quem utiliza os serviços como também quem os produz, uma vez que embora tais atores ocupem posições diferentes no processo, ambos contribuem para que os serviços sejam executados. Isto posto, constata-se que para promover a melhoria contínua dos serviços, vale analisar as diferentes percepções para, posteriormente, intervir buscando maneiras de alinhá-las.

Neste mesmo raciocínio, Tanaka e Melo<sup>34</sup> defendem que para realizar a avaliação é necessário utilizar os conhecimentos dos próprios profissionais envolvidos no processo de trabalho, de maneira que seja possível aproveitar ao máximo o conhecimento produzido pela prática e também envolver os profissionais na tomada de decisões.

Atualmente, a discussão sobre a qualidade dos serviços de saúde vem ganhando relevância no Brasil, através de tentativas de introdução de modelos avaliativos e de monitoramento que objetivam aferir programas e serviços de saúde, com base na avaliação dos resultados.

Inspirada em modelos internacionais de reestruturação administrativa, as políticas institucionais brasileiras, vem, a passos lentos, tentando incorporar na sua gestão o modelo já reconhecido de gestão por resultados. Entre as vantagens apontadas, se inclui o conhecimento do nível de resultados

alcançados, através de múltiplas avaliações, que se constitui em um meio de avaliar o progresso e orientar atividades futuras<sup>35</sup>.

Nesse sentido, o nascimento de mecanismos institucionais para monitoramento e avaliação no Brasil, se deu a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (Pacto) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi criado em 1999 com a intenção de avaliar o alcance das modificações introduzidas na atenção básica como a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Piso da Atenção Básica. Trata-se de um instrumento nacional de monitoramento que objetiva avaliar os resultados da ação dos serviços de atenção básica nos indicadores epidemiológicos e demográficos da população em nível local<sup>36</sup>.

Em relação ao SIAB, sabe-se que foi criado em 1998, como ampliação do Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (SIPACS). Esse programa condensa informações coletadas por meio do trabalho de Agente Comunitário de Saúde e permite o acompanhamento das famílias e das ações executadas pelas equipes de SF. Inclui indicadores sociais, demográficos, de procedimentos, de morbidade e mortalidade<sup>36</sup>. Uma grande lacuna relacionada ao SIAB é a sua utilização apenas por equipes de SF e que por este motivo, não produz um retrato fidedigno da AB no Brasil, embora seja um sistema de informações que ofereça muitas possibilidades de monitoramento, avaliação e pesquisa.

Outras alternativas institucionais para avaliação e monitoramento, porém de menor visibilidade no Brasil, são: a Avaliação para Melhoria da Qualidade

da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) e Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família (PROESF), que vincula a disponibilização de recursos financeiros ao cumprimento de metas pactuadas.

Embora a cultura da avaliação não esteja totalmente firmada no Brasil e os processos avaliativos e de monitoramento institucionais sejam muito incipientes, muitos autores nacionais incentivam a realização da avaliação como um instrumento fundamental para a gestão, ao passo que revelará se as atividades desenvolvidas são adequadas e compatíveis à realidade sanitária local e apenas com a incorporação sistemática dessas ações aos serviços, será possível causar impacto real sobre o nível de saúde da população<sup>37</sup>.

Para discutir sobre a avaliação da estrutura dos serviços de saúde, este estudo utilizou como referencial teórico e metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposta por Donabedian<sup>29</sup> e de Starfield<sup>9</sup>, que descreveu os componentes dos serviços de saúde de acordo com seu tipo.

Nesse sentido, o presente estudo avaliará os aspectos relacionados à estrutura organizacional dos serviços, à estrutura física, materiais e equipamentos necessários ao diagnóstico da TB disponíveis nas unidades de saúde, assim como a caracterização dos sujeitos da pesquisa.

#### 3. 1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura dos serviços que atuam como porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, na percepção dos profissionais de saúde.

# 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar o perfil dos profissionais de Atenção Básica e Pronto-Atendimento quanto a sexo e tempo de atuação na rede municipal de saúde;
- 2) Avaliar a estrutura das Unidades de Atenção Básica e Pronto-Atendimento para o diagnóstico da tuberculose em relação a: recursos humanos (disponibilidade de profissionais, percepção dos profissionais quanto a falta de conhecimento de seus pares sobre TB, rotatividade de recursos humanos e sobrecarga de trabalho), instalações e equipamentos (adequação do local para coleta de escarro, disponibilidade de pote, formulário para baciloscopia, geladeira, sala de raio-x), de organização dos serviços (horário de funcionamento da Unidade) e acesso (tempo de espera pelos usuários para atendimento);
- 3) Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação a estrutura dos serviços para o diagnóstico da tuberculose.

#### 4. 1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e exploratório, do tipo inquérito, de natureza quantitativa.

#### 4.2. Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades de Pronto Atendimento do município de São José do Rio Preto (SJRP), cidade localizada no interior do estado de São Paulo, com aproximadamente 419.632 habitantes, com uma densidade demográfica de 907,98 hab/km², eminentemente urbana³8 e que apresenta a atenção à saúde regionalizada e hierarquizada em 5 distritos sanitários.

Em conformidade com as políticas nacionais que norteiam a organização e fortalecimento do SUS, considerando as redes de atenção à saúde e a relevância da AB e, mais recentemente, a definição do PA como porta de entrada, optou-se por priorizar tais portas de entrada neste estudo. Entretanto, convém apontar que, no município de estudo, o hospital também pode representar uma porta de entrada para o diagnóstico da TB.

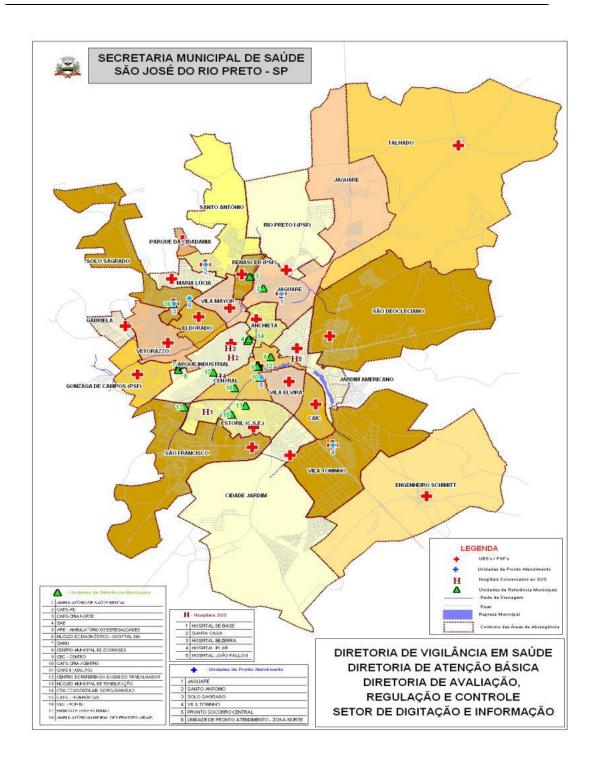
## 4.2.1. Descrição do sistema de saúde de São José do Rio Preto

De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde<sup>39</sup> no momento da coleta de dados, a rede municipal de saúde era composta por: 13 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Saúde Escola (CSE), 11 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), totalizando 24 equipes,

com cobertura de AB em torno de 20% do território. No início da coleta de dados, o município contava com apenas 9 UBSFs, pois 2 iniciaram suas atividades posterior ao início da coleta de dados e por este motivo não participaram da pesquisa (UBSF Jardim Gabriela e UBSF Caic Cristo Rei); com relação ao CSE, na presente pesquisa foi contabilizado como UBS. O município possuía também 5 Unidades de Pronto Atendimentos (UPA), que funcionam 24 horas.

Em relação ao nível secundário de atenção, o município conta com um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-60), e um Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE), um Hospital Dia; três CAPS infantil, dois CAPS Adulto, um Ambulatório de Saúde Mental, um Núcleo Municipal de Reabilitação e um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) sob gestão estadual. O nível terciário da atenção conta com cinco hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um Universitário (Hospital de Base), três privados e um hospital Psiquiátrico<sup>40</sup>.

**Figura 2**. Mapa de São José do Rio Preto com a distribuição das Unidades de Saúde e área de abrangência.



Fonte: São José do Rio Preto<sup>41</sup>.

## 4.2.2. Atenção à Tuberculose em São José do Rio Preto

Em São José do Rio Preto, a implantação do DOT ocorreu em 1998.

Inicialmente o TS era oferecido somente aos doentes co-infectados e

realizado em domicílio por um funcionário contratado pelo Programa DST/AIDS. Em 2003, a Secretaria Municipal ampliou o TS para todos os doentes TB, que passaram a ser tratados no Ambulatório de Referência.

Até o ano de 2004 as ações de controle da TB eram realizadas pela equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose, localizado nas dependências do Ambulatório de Especialidades - NGA-60. Para atender uma das premissas básicas da legislação em saúde, a descentralização, à partir deste ano iniciou-se o processo de trasferência de responsabilidade do TS para as UBSs e USFs e, posteriormente, as ações de diagnóstico e tratamento também foram gradativamente descentralizadas para as unidades de Atenção Básica.

Finalmente, em 2007, o município assinou o Pacto de Saúde pela Vida que propôs a efetivação da descentralização do diagnóstico e tratamento da doença. Atualmente, todas as unidades de AB realizam os exames de apoio diagnóstico à TB, consultas médicas e de enfermagem de controle, tratamento supervisionado, fornecimento de medicações e controle de comunicantes.

Em 2009, SJRP apresentou 104 casos de TB, 26% de co-infecção TB/HIV, taxa de detecção dos casos de 73,2%, taxa de cura de 37,5% dos casos (41,4% sem encerramento), 3,9% de taxa de óbito por TB e 31,2% de cobertura de tratamento supervisionado (TS). As principais portas de entrada no sistema municipal de saúde para o usuário suspeito de TB são as UPAs e as unidades de AB (UBS e UBSF). Esses serviços receberam treinamento para a identificação do suspeito de TB realizado pela equipe

do PCT e possuem insumos (formulário para pedido de baciloscopia, pote de escarro) disponíveis para a realização do diagnóstico da doença, podendo tal procedimento ser realizado em qualquer serviço de saúde do município<sup>41</sup>.

Os doentes diagnosticados em qualquer serviço de saúde são encaminhados às UBS e UBSF para que estas realizem a condução dos casos (consulta médica de rotina, tratamento supervisionado, busca e controle dos comunicantes), exceto os casos de nível de referência para a micro-região e município, pacientes co-infectados (também seguido no Serviço de Assistência Especializada – SAE), casos extrapulmonares complicados, intoxicações medicamentosas decorrentes do tratamento, micobactérias atípicas, pacientes multidrogas resistentes (MDR) e tratamento de doentes que recusam acompanhamento na Unidade da área de abrangência do seu domicilio, sendo estes estritamente acompanhados pelo PCT, que além da dimensão técnica também desenvolve a dimensão de gestão do programa, sendo responsável pela capacitação e assessoria técnica das Equipes da rede básica e alimenta o sistema de online informação sobre a TB (TB-WEB).

## 4.2.3. Observação de Campo dos Serviços de Saúde

Após término de realização das entrevistas em cada Unidade de Saúde, foi realizado um diário de campo, composto por Roteiro Estruturado para a Observação de campo dos Serviços de Saúde em que os dados foram coletados (Anexo I), assim como o Check List dos Serviços de

Saúde (Anexo II), constituído por dados de identificação dos SS (nome, tipo de Unidade, endereço e telefone) e também informações obre os insumos existentes na Unidade.

Para este check list considerou-se as seguintes variáveis:

- disponibilidade de pote para coleta de escarro;
- facilidade no acesso dos profissionais de saúde aos potes;
- disponibilidade de pedido de baciloscopia no SS;
- disponibilidade de geladeira para acondicionamento dos exames colhidos;
- existência de laboratório responsável por pegar diariamente as baciloscopias colhidas;
  - havendo laboratório, periodicidade de recolhimento dos exames;
  - existência de livro para registro dos SR na Unidade;
  - existência de rotina sistematizada para o atendimento dos SR;
- existência de profissional responsável pelas ações de controle da
   TB na Unidade.

A observação de campo foi realizada em Unidades de Pronto Atendimento que atendem 24 horas/dia, Unidades Básicas de Saúde que atendem das 7 às 17 horas ou das 7 às 22 horas e Unidades de Saúde da Família que atendem das 7 às 17 horas.

# 4.2.3.1 Observação de Campo na Unidade Básica de Saúde e Unidade Básica de Saúde da Família

A observação de campo foi realizada em sete Unidades Básicas de Saúde e sete Unidades Básicas de Saúde da Família.

Estas Unidades possuem uma rotina para atendimento do paciente com suspeita ou diagnóstico de TB, com agendamento diário, de maneira presencial ou por telefone para a demanda espontânea. Em casos suspeitos de TB não agendados, é feito acolhimento e avaliação de risco pelo profissional enfermeiro e quando caracterizada prioridade é encaminhado para atendimento médico em vagas eventuais destinadas a este fim. Realizam ações de busca ativa de casos de TB, principalmente durante as visitas domiciliares (VD), diagnóstico, consulta médica e acompanhamento de TS.

A equipe utiliza o Protocolo do Ministério da Saúde, sendo que o protocolo de enfermagem para atendimento da TB foi introduzido no segundo semestre de 2009. Os suspeitos e doentes de TB utilizam a mesma sala de espera e consultório que os outros usuários do serviço. Nenhuma Unidade possui sala específica para coleta de baciloscopia, que quando realizada na Unidade, geralmente ocorre na área externa. As solicitações de baciloscopia de escarro são disponibilizadas em quantidade suficiente, acessíveis aos profissionais e podem ser realizadas por médicos e enfermeiros, porém é de conhecimento de todos os profissionais que todos podem solicitar o exame.

O enfermeiro e/ou auxiliar de enfermagem anota o nome do usuário no livro dos SR e entrega dois potes para a coleta de escarro, orientando-o a como coletar as amostras: uma amostra que pode ser coletada no

estacionamento da Unidade ou assim que chegar a casa, no mesmo dia, e a segunda no dia seguinte, após acordar, devendo entregá-la de segunda a sexta-feira, até as 10 horas da manhã na própria Unidade.

O doente, após a coleta, entrega aos profissionais do serviço as amostras e estes encaminham ao laboratório de referência contratado pelo município (UNILAB), que passa diariamente até 12 horas para recolher as amostras, que são acondicionadas em isopor próprio com gelo. Nenhuma Unidade possui geladeira específica para este fim.

Os resultados dos exames são enviados diretamente ao serviço de saúde pelo laboratório e o doente recebe o resultado em consulta previamente agendada pelo serviço. Caso o resultado seja positivo, o ACS ou Auxiliar de enfermagem convocam no domicilio e/ou telefonam para o doente comparecer para consulta na unidade de saúde no dia seguinte. Toda a equipe se responsabiliza pelo doente de TB.

Algumas vezes os doentes de TB optam por não realizarem acompanhamento da doença nas unidades de saúde e assim esses casos são encaminhados para outras unidades de saúde da ABS ou ao Programa de Controle da TB (PCT).

# 4.2.3.2. Observação de Campo nas Unidades de Pronto Atendimento

A observação de campo foi realizada em três Unidades de Pronto Atendimento, que realizam ações de complexidade intermediária entre as UBS e as portas hospitalares de urgência.

Diferentemente das demais Unidades, nas UPASs não há nenhum funcionário que assume a responsabilidade de gerenciar as ações de diagnóstico da TB nas UPAs.

Todos os funcionários podem solicitar o exame de baciloscopia de escarro, que é disponível em quantidade suficiente. Após essa solicitação em duas vias, o usuário é encaminhado o ambulatório (UBS) a qual pertence à UPA.

Cabe ao auxiliar de enfermagem anotar o nome do usuário no livro dos SR, assim como a entrega dos potes para a coleta de escarro, orientando-o a como coletar as amostras: uma amostra assim que chegar em casa, e a segunda, no dia seguinte, após acordar. Os potes são acessíveis e disponíveis em quantidade suficiente. O escarro geralmente é coletado na residência do usuário, uma vez que não há sala específica para este fim.

O usuário deve entregar os potes com o escarro no outro dia na sala de coleta de sangue (laboratório) que funciona das 7:00 às 10:00 horas no mesmo prédio que o pronto atendimento, na parte do ambulatório (UBS). Em relação a geladeira, o mesmo se aplica em relação as UBSs e UBSFs.

O responsável pela análise do exame de escarro no município é o laboratório UNILAB. O funcionário deste laboratório passa na UBS recolhendo as amostras dos materiais biológicos diariamente.

## 4.3. População do estudo e amostra

A população do estudo foi composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuavam em UBS, UBSF e UPA no município de São José do Rio Preto em 2009.

Para cálculo da amostra, inicialmente realizou-se o levantamento do número de UBSs, UBSFs e UPAs existentes no município de acordo com os dados fornecidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde<sup>39</sup>. Em seguida levantou-se o número de profissionais que atuavam na rede básica e pública do município em 2009<sup>39</sup> sendo excluídos da amostra as duplicidades e aqueles que trabalham predominantemente em estabelecimentos hospitalares e clínicas particulares. A população do estudo foi composta por 571 profissionais de saúde distribuídos em nas UBS, UBSF e UPA, conforme apresentado no quadro 1.

**Quadro 1.** Distribuição dos profissionais de saúde por tipo de serviço no município de São José do Rio Preto- SP, 2009.

Tipo de SS	Médico	Enfermeiro	Auxiliares	Total(n)	Total (%)
UBS	118	27	108	253	44,3%
UPA	111	29	100	240	42%
UBSF	34	12	32	78	13,7%
TOTAL	263	68	240	571	100%

Fonte: CNES<sup>39</sup> e Secretária Municipal de Saúde de São José do Rio Preto<sup>40</sup>.

A amostra de profissionais de saúde entrevistados foi calculada assumindo variância média dos estratos  $Sd^2=1$  para as USF, valor

proposto na literatura por Almeida e Macinko  $^{36}$  e de  $^{Sd^2=1,2}$  para as UBS e PA e a diferença entre a média amostral simples dos estratos e a média da população ( $^{\beta=0,23}$ ) e probabilidade do erro tipo I igual a ( $^{Z_{\alpha}=1,96}$ ), temse a equação  $^{n=Sd^2}$   $^{2}$   $^{2}$   $^{2}$   $^{3}$  Assumindo 20% de perdas a amostra final calculada foi para 160 profissionais.

Com o objetivo de analisar grupos mais homogêneos (para comparação entre estratos) optou-se em entrevistar 54 profissionais de cada tipo de serviço de saúde. Realizou-se em seguida a proporção por categoria profissional que foi dividido pelo total de profissionais contabilizados no município. Assim, foram entrevistados 25 médicos, 7 enfermeiros e 22 auxiliares/técnicos em cada tipo de serviço, totalizando os 160 profissionais.

### 4.4. Coleta de Dados

A coleta dos dados ocorreu no período de Julho à Outubro de 2009 por meio de entrevista com os profissionais de cada tipo de serviço.

As Unidades de Saúde onde foram realizadas as entrevistas foram escolhidas aleatoriamente, por meio de sorteio, sendo esgotadas todas as possibilidades de entrevista em uma determinada Unidade, para posteriormente dirigir-se a outra. Tais possibilidades referiam-se a disponibilidade e aceite dos profissionais em responder ao questionário.

#### 4.4.1 Instrumento para coleta de dados

Para realização da entrevista, utilizou-se um questionário estruturado (anexo III), elaborado a partir do referencial da Atenção Primária em Saúde (APS), elencando as dimensões porta de entrada, acesso, elenco de serviços, coordenação, orientação à comunidade e enfoque na família<sup>9</sup>.

Os entrevistados responderam cada pergunta do questionário com respostas dicotômicas (Sim ou Não), abertas ou segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre 1 e 5, que permitiram registrar o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações. Em algumas questões, o valor zero foi atribuído para resposta não sei e o valor 99 para a opção não se aplica.

Foram criados indicadores de estrutura, sendo que para as perguntas com respostas dicotômicas considerou-se como indicador a proporção de ocorrência de cada item avaliado. Estes indicadores foram analisados individualmente e comparados entre diferentes unidades de saúde, a partir dos intervalos de confiança das proporções dos indicadores criados.

Para as questões com escala Likert de resposta (valores de 1 a 5), o indicador correspondeu ao valor médio de todas as respostas dos profissionais de saúde ao item avaliado. Neste caso, o resultado foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores: aos valores próximos de 1 e 2 foi estipulado a classificação não satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatório. Para as questões com leitura inversa da escala Likert de resposta (valores de 5 a 1), os valores obtidos

próximos de 1 e 2 foi estipulado a classificação satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, não satisfatório.

#### 4.4.2. Variáveis do estudo:

Para este estudo, de acordo com o referencial teórico e questionário adotado, considerou-se as seguintes variáveis:

- caracterização dos sujeitos: sexo e tempo de atuação no serviço;
- variáveis que permitiram identificar aspectos relacionados à estrutura dos serviços, descritos no quadro 2:

**Quadro 2.** Variáveis levantadas para identificar aspectos relacionados ao componente estrutura, da avaliação dos serviços de saúde:

### **CAPACIDADE**

=

# **ESTRUTURA**

**Pessoal:** rotatividade de recursos humanos, disponibilidade suficiente de profissionais no serviço de saúde, percepção dos profissionais quanto à falta de conhecimento da doença e à existência de sobrecarga de trabalho.

**Instalações e equipamentos:** adequação do local destinado para a coleta de escarro no serviço de saúde, disponibilidade suficiente de pote para coleta de escarro, geladeira para o acondicionamento de material biológico, formulário para pedido de baciloscopia e sala de raio-x na Unidade.

**Organização:** horário de funcionamento do serviço de saúde que o profissional trabalha.

**Acesso:** tempo em que os usuários levam para serem atendidos.

### 4.4.3. Procedimentos para coleta de dados

Dentre os procedimentos para coleta de dados destacaram-se: apresentação do entrevistador, esclarecimento sobre a pesquisa e entrevista propriamente dita.

Nesta etapa, verificou-se as seguintes dificuldades: tempo dos profissionais para realização da entrevista, fato que ocorreu entre todas as categorias profissionais; recusa por parte dos profissionais a participação na pesquisa, em especial dos profissionais médicos, e ainda, muitos "desabafos" relacionados a sobrecarga de trabalho e número excessivo de pacientes para atendimento, em especial pelos profissionais médicos.

#### 4.5. Análise dos dados

Os indicadores obtidos por meio da aplicação do questionário foram analisados individualmente e comparados entre os três tipos de serviço, utilizando a análise de variância (ANOVA), com o uso do teste F, e a comparação múltipla entre médias por meio da aplicação do teste de Tukey. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade.

# 4.6. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, conforme protocolo nº 1212/2009 e parecer nº042/2009 (Anexo IV), atendendo às recomendações contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde.

Cada entrevistado somente participou da pesquisa mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo V), sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

## 5.1. Perfil dos profissionais de saúde

Dos 160 entrevistados, 54 profissionais de saúde pertenciam às UBS, 54 às UPA e 52 profissionais às UBSF. Encontrou-se neste estudo uma predominância do sexo feminino entre os profissionais de saúde em todos os tipos de serviços (81,2% nas UBS; 84,6% nas UBSF e 63% na UPA).

A mediana de tempo de trabalho nos serviços municipais de saúde para os profissionais das UBS foi de 9 anos, variando de 1,4 a 28 anos. Para os profissionais das UBSF a mediana de tempo de trabalho nos serviços municipais de saúde foi de 6,5 anos (variação de 0,6 a 31 anos) e para os profissionais da UPA foi de 5 anos, variando de 0,08 a 30 anos.

## 5.2. Avaliação dos Indicadores de Estrutura

Na Tabela 1 são apresentados os resultados de média, desviopadrão e o valor do teste F para os 07 indicadores de estrutura de acordo com os 3 grupos de serviços de saúde. A Tabela 2 apresenta o resultado dos testes de comparação múltipla (teste de Tukey) entre os indicadores nos três grupos.

Os indicadores: horário de funcionamento, rotatividade de recursos humanos, disponibilidade de profissionais de saúde, percepção quanto à sobrecarga de trabalho e tempo de espera dos usuários para serem atendidos foram diferentes entre os três grupos de serviços de saúde (tabela 1).

Verificou-se que embora os três tipos de serviços tenham apresentado indicadores satisfatórios em relação ao horário de funcionamento, a UPA foi o serviço que teve o melhor indicador (tabela 1), se diferenciando das UBS e UBSF (tabela 2). A UPA também se diferenciou das UBS e UBSF (tabela 2) em relação ao indicador disponibilidade de profissionais de saúde, apresentando pior indicador (tabela 1).

As UBSF apresentaram melhor avaliação no tempo de espera dos usuários para serem atendidos (tabela 1), diferenciando-se das UBS e UPA (tabela 2). As UBSF também apresentaram uma menor rotatividade dos profissionais, apresentando avaliação satisfatória (Tabela 1) e se diferenciando da UPA (tabela 2), que foi avaliada como insatisfatório (tabela 1). Já em relação à percepção quanto à sobrecarga de trabalho, as UBSF apresentaram pior indicador (tabela 1), se diferenciando das UBS e UPA (tabela 2), que foram mais bem avaliadas.

Não se encontrou diferença estatística entre os grupos para *falta de conhecimento sobre TB pelos profissionais de saúde.* Verificou-se que nos três tipos de serviços quase nunca se observa essa falta de conhecimento sobre a TB, segundo a percepção dos entrevistados, sendo este indicador avaliado próximo de satisfatório (tabela 1).

Também não se encontrou diferença que fosse estatisticamente significante entre os grupos para o indicador *adequação do local para coleta de escarro*, cuja avaliação foi insatisfatória nos três grupos, visto que

muitos não possuíam um local apropriado para a coleta, resultando na opção de resposta "não se aplica" (tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores da estrutura dos serviços de saúde, segundo a média por tipo de serviço na percepção dos profissionais de saúde, São José do Rio Preto, 2009.

Indicadores		dade Bás de Saúde		,	nidade d Saúde da Família			lade Pro endimen		р
	n	média	dp	n	média	dp	n	média	dp	
Horário de funcionamento <sup>a</sup>	54	4,0	0,7	52	4,1	0,7	54	4,5	0,9	0,0056
Rotatividade de recursos humanos <sup>b</sup>	53*	2,8	1,1	49*	2,3	0,9	54	3,1	1,0	0,0009
Disponibilidade de profissionais de saúde <sup>b</sup>	53*	2,8	1,2	52	3,1	1,4	54	2,3	1,0	0,0030
Usuários demoram para serem atendidos <sup>c</sup>	50*	3,3	1,1	52	4,0	1,1	54	2,9	1,0	<0,0001
Falta de conhecimento sobre TB pelos profissionais de saúde <sup>b</sup>	53*	3,7	1,0	51*	3,7	1,1	54	3,6	1,1	0,8539
Percepção quanto à sobrecarga de trabalho <sup>b</sup>	53*	2,6	1,5	51*	3,5	1,5	54	2,6	1,4	0,0007
Adequação do local destinado para coleta de escarro <sup>a</sup>	38*	2,7	0,9	38*	2,3	1,1	15*	2,7	0,8	0,3947

Escalas de respostas:

Em negrito p<0,05 – diferença estatística

Tabela 2. Comparação dos indicadores de estrutura entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 – regular; 4 – bom; 5 – muito bom;

b 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 - às vezes; 4 - quase sempre; 5 - sempre.

<sup>° 1 -</sup> sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

<sup>\*</sup> Excluídos os profissionais que responderam não sei e não se aplica

de Pronto-Atendimento, segundo a percepção dos profissionais de saúde em São José do Rio Preto, 2009.

	Gruj	pos de compa	aração	
Indicadores	UBS x UBSF	UBS x UPA	UPA x UBSF	Conclusão
Horário de funcionamento <sup>a</sup>	0,9590	0,0083	0,0208	UBS = UBSF UBS ≠ UPA UBSF ≠ UPA
Rotatividade de RH <sup>b</sup>	0,0835	0,1961	0,0004	$UBS = UBSF$ $UBS = UPA$ $UBSF \neq UPA$
Disponibilidade de profissionais de saúde <sup>b</sup>	0,5508	0,0490	0,0021	$UBS = UBSF$ $UBS \neq UPA$ $UBSF \neq UPA$
Usuários demoram para serem atendidos <sup>c</sup>	0,0028	0,0832	<0,0001	$UBS \neq UBSF$ $UBS = UPA$ $UBSF \neq UPA$
Percepção quanto à sobrecarga de trabalho <sup>b</sup>	0,0020	0,9995	0,0021	$UBS \neq UBSF$ $UBS = UPA$ $UBSF \neq UPA$

Escalas de respostas:

Em negrito p<0,05 – diferença estatística

Legenda: UBS – Unidades Básicas de Saúde; UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família; UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

Em relação aos insumos e materiais disponíveis não se encontrou diferenças estatísticas entre os três tipos de serviços. De acordo com os profissionais entrevistados, 94,0 % das UBS possuem formulário para solicitar baciloscopia, 53,0 % pote de escarro e 96,0 % geladeira para armazenar material biológico. Dos profissionais entrevistados nas UBSF, 86,6% referiram a disponibilidade de formulário para solicitar baciloscopia, 53,8% de pote de escarro e 90,4% de geladeira. Já os profissionais entrevistados na UPA, 70,3% referiram disponibilidade de formulário para

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 – regular; 4 – bom; 5 – muito bom;

b 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 - às vezes; 4 - quase sempre; 5 - sempre.

<sup>&</sup>lt;sup>c</sup> 1 - sempre; 2 - quase sempre; 3 - às vezes; 4 - quase nunca; 5 - nunca.

solicitar baciloscopia, 75,9% de pote de escarro e geladeira. Nenhuma Unidade de Saúde possuía Raio-X, tabela 3.

Tabela 3 – Proporção e intervalo de confiança dos insumos e equipamentos disponíveis nos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose, segundo os profissionais de saúde, São José do Rio Preto, 2009.

Insumos e equipamentos para exames	Unidades Básicas de Saúde (n=54)		da	des Saúde Família n=52)	Pronto Atendimento (n=54)		
	%	IC	%	IC	%	IC	
Proporção de serviços com formulário para solicitar baciloscopia	94	(88-100)	87	(77-96)	70	(58-83)	
Proporção de serviços com pote de escarro	54	(40-67)	54	(40-67)	76	(65-87)	
Proporção de serviços com geladeira	96	(91-100)	90	(82-98)	76	(65-87)	
Proporção de serviços com raio-X	0	-	0	-	0	-	

# 5.3. Percepção dos profissionais de saúde sobre à existência de insumos e equipamentos para o diagnóstico da TB.

Após análise da Tabela 3, e comparando as respostas dos profissionais de saúde ao levantamento realizado no momento da coleta de dados referente a observação de campo dos SS, verificou-se que um número acentuado de profissionais desconhecia a disponibilidade de equipamentos e insumos no local de trabalho em que atuavam.

A disponibilidade de pote de escarro foi desconhecida pela maioria dos profissionais principalmente aqueles que trabalhavam nas UBSF e UPA (Tabela 4), já que 11% (17/160) dos profissionais entrevistados informaram *não saber* sobre existência e 6 % (9/160) informaram *não* haver em quantidade suficiente.

Os profissionais das UBS foram os que mais desconheciam a disponibilidade de geladeira para acondicionamento de material biológico (Tabela 5), entretanto, em todos os tipos de serviços, foram identificados profissionais que desconheciam tal equipamento, totalizando em 14% (23/160) os profissionais que não souberam responder a questão.

Os profissionais da UPA foram os que mais estavam cientes sobre formulário de pedido de baciloscopia nas unidades de saúde (Tabela 6), sendo que 8% (13/160) dos profissionais não souberam responder.

Em relação à disponibilidade de Raio-X, a resposta *não sei* foi dada apenas por profissional que atua na USF (Tabela 7).

Tabela 4: Percepção dos profissionais de saúde quanto a disponibilidade de pote para coleta de escarro, por serviço de saúde, São José do Rio Preto, 2009.

Serviço de Saúde	S	im	N	Vão	Não	Sei	Total	
	%	NA*	%	NA*	%	NA*	NA*	
UBS	38,06	51	0	0	17,65	3	54	
UBSF	33,58	45	0	0	41,18	7	52	
UPA	28,36	38	100	9	41,18	7	54	
Total	-	134	-	9	-	17	160	

\*NA: Número Absoluto

Dos profissionais que não souberam responder se na unidade onde trabalhavam havia disponível o pote para exame de escarro (17/160 = 11%), 41,2% trabalhavam em UBSF e UPA.

Tabela 5: Percepção dos profissionais de saúde quanto à disponibilidade de geladeira, por serviço de saúde, São José do Rio Preto, 2009.

Serviço de Saúde	S	im	Não		Não Sei		Total
	%	NA*	%	NA*	<b>%</b>	NA*	NA*
UBS	29,59	29	41,03	16	39,13	9	54
UBSF	28,57	28	41,03	16	34,78	8	52
UPA	41,84	41	17,95	7	26,09	6	54
Total	-	98	-	39	-	23	160

\*NA: Número Absoluto

Quanto à presença de geladeira, 61,2% (98/160) informaram disponibilidade, 24,4% (39/160) informaram não haver e 14,4% (23/160) não souberam responder, dos quais 39,1% (9/23) trabalhavam em UBS.

Tabela 6: Percepção dos profissionais de saúde quanto à disponibilidade de formulário de pedido de baciloscopia, por serviço de saúde, São José do Rio Preto, 2009.

Serviço de Saúde	S	im	N	ão	Não Sei		Total	
	%	NA*	%	NA*	<b>%</b>	NA*	NA*	
UBS	37,14	52	0	1	15,38	2	54	
UBSF	33,57	47	14,29	1	30,77	4	54	
UPA	29,29	41	85,71	6	53,85	7	54	
Total	-	140	-	7	-	13	160	

\*NA: Número Absoluto

Em relação ao formulário, 87,5% (140/160) dos profissionais referiram disponibilidade de tal insumo, e dos 8%(13/16) que não sabiam responder, 53,8% (7/13) trabalhavam nas UPA.

Tabela 7: Percepção dos profissionais de saúde quanto a disponibilidade de Sala de Raio-X, por serviço de saúde, São José do Rio Preto, 2009.

Serviço de Saúde	Sim		N	Não		Não Sei	
	<b>%</b>	NA*	<b>%</b>	NA*	%	NA*	NA*
UBS	50	1	33,76	53	0	0	54
UBSF	50	1	31,87	50	100	1	54
UPA	0	0	34,39	54	0	0	54
Total	-	2	-	157	-	1	160

\*NA: Número Absoluto

No que tange à disponibilidade de raio-x, profissionais de UBS e UBSF (2/160) informaram existir. Dos profissionais que não souberam responder se na unidade onde trabalhavam havia disponível o Raio-X (1/160 = 0,6%), 100% trabalhavam nas UBSF. Por se tratar de um equipamento que se encontra disponível somente nos hospitais, acreditase que possa ter havido algum equívoco de interpretação, seja por parte do entrevistado ou entrevistador, em relação à disponibilidade do equipamento.

## 6. DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos sujeitos, os resultados do estudo corroboram com outros achados da literatura (43-48), que evidenciam predomínio de profissionais de saúde do sexo feminino, com um acentuado intervalo entre os profissionais mais novos e mais antigos nos serviços.

Atualmente, a feminilização das profissões, em especial as da área da saúde, tem sido uma tendência em todo o território brasileiro (43,44) assim como a municipalização dos empregos, ambulatorização dos atendimentos, maior qualificação da equipe por meio de aumento da escolaridade, flexibilidade dos vínculos, entre outras<sup>45</sup>. Tais tendências se justificam basicamente, pela implantação do SUS, cujos princípios pregam a universalidade do acesso, o que exigiria uma ampliação e municipalização dos serviços de saúde (46,47) e conseqüente aumento da mão-de-obra; exigindo integralidade atenção, formação da uma de equipe multidisciplinar<sup>48</sup>, em época que a composição da equipe era restrita a atuação de médicos e auxiliares de enfermagem.

Em São José do Rio Preto a descentralização dos serviços de saúde ocorreu principalmente à partir do ano de 1998, quando o município assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde, municipalizando funcionários antigos, que possuíam vínculo com outros entes federativos e também iniciando processo de ampliação das contratações, para poder compor as novas Unidades Básicas de Saúde que surgiam<sup>49</sup>, o que justifica o perfil etário antagônico, composto por profissionais jovens e mais velhos, com pouco ou muito tempo de atuação no serviço público, dentro da

mesma equipe. Verifica-se que tal perfil tem retratado uma grande parcela dos serviços de saúde do Brasil, fato que reflete a juventude das equipes, e também a "senhoridade" das mesmas<sup>44</sup>.

Em relação ao horário de funcionamento das Unidades de Saúde, pode-se realizar uma análise mais fidedigna da avaliação positiva ora encontrada comparando-se tal resultado a outros estudos (49-51) que discutem sobre acessibilidade e porta de entrada para TB no município de SJRP, e ainda, avaliam a estrutura dos SS de acordo com a percepção dos doentes.

Para Starfield<sup>9</sup> os aspectos que se tornam obstáculos ou facilitam o acesso, podem ser avaliados a partir da análise da "porta de entrada" ao sistema de saúde, que pode atuar como estratégia fortalecedora, quando aperfeiçoa o uso dos recursos disponíveis, ordenando o fluxo das pessoas dentro do sistema e promovendo maior resolutividade aos problemas apresentados, ou ainda, podendo também ser utilizada como uma barreira para os serviços necessários, quando mal utilizada.

Em São José do Rio Preto o usuário suspeito de TB tem como porta de entrada no sistema municipal de saúde as UBSs, UBSFs ou UPAs, entretanto, estudo realizado por Monteiro e Gazetta<sup>50</sup> em um Hospital de Ensino do município detectou que a maioria (83,9%) dos casos de TB do município entre os anos de 1999 a 2004 foram notificados pelo hospital, fato confirmado posteriormente por estudo de Ponce<sup>51</sup>, que apontam para o insucesso da atenção básica no que diz respeito às medidas de vigilância, controle e prevenção da tuberculose, desqualificando a avaliação positiva

realizada pelos profissionais de saúde em relação ao item "horário de funcionamento".

Nesse mesmo sentido, pesquisa realizada por Vendramini<sup>49</sup> constata que no período entre 1998 a 1999, os serviços de saúde ambulatoriais, principalmente as UBS, faziam o diagnóstico da TB no município, sendo que à partir do ano 2000, observou-se uma inversão nos resultados, passando os Hospitais a diagnosticarem maior parte das descobertas da doença, mesmo com o considerável avanço em termos de aumento da estrutura física, principalmente dos serviços de Atenção Básica.

O que se observa atualmente, além das restrições quanto ao horário de funcionamento, é que a organização do serviço em relação ao agendamento, com sistema de marcação de consultas inadequado à realidade do usuário e indefinição dos critérios de urgência para encaixe que levam a demora atendimento, assim como a desorganização do sistema "referência — contra-referência" e o grande número de filas encontrados na AB, também estão dificultando o acesso do usuário (23, 24, 52)

Por tais motivos, mesmo com todas as orientações para descentralização, verifica-se que a rede básica não tem conseguido se tornar a "porta de entrada" do sistema de saúde, conforme também constatado em estudo sobre a utilização dos SS na cidade de Pelotas - RS, que relata sobre a preferência histórica por parte dos usuários a prontos-socorros e hospitais, em detrimento de uma atenção fragmentada, mas resolutiva aos olhos dos usuários<sup>23</sup>, uma vez que a agilidade na obtenção

de consulta atrai os usuários pela possibilidade de resposta mais rápida às suas necessidades<sup>24</sup>.

Em relação ao tempo em que os usuários levam para serem atendidos, obteve-se uma avaliação positiva, que não corresponde aos resultados de outros estudos, em que os sujeitos entrevistados foram os doentes.

Considera-se, que para avaliar efetivamente a acessibilidade do usuário, é necessário verificar o tempo real que leva para ser atendido, desde o instante em que surge sua decisão de procurar o serviço de saúde ao atendimento propriamente dito<sup>37</sup>.

Em relação a TB, para avaliação do tempo que o usuário leva para ser atendido, deve-se também considerar o tempo que o doente leva para buscar o primeiro atendimento, em função da não suspeição da doença (53,54). Sobre o atraso da suspeita, a literatura esclarece que também está relacionado à organização dos sistemas de saúde, podendo ser menor se os cuidados são prestados gratuitamente e são facilmente acessíveis<sup>55</sup>.

Em estudos anteriores realizados no município, foi relatado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por usuários <sup>(49,50)</sup>. Nesse mesmo sentido, estudo de Scatena et al.<sup>56</sup> apontou que participantes de uma pesquisa realizada em 5 municípios distintos do Brasil, que precisaram procurar o serviço de saúde três a cinco vezes ou mais e que nunca conseguiram consulta em 24 horas para descobrir a doença, pertenciam ao município de São José do Rio Preto, em comparação a

outros municípios do estados de São Paulo, e também dos estados do Rio de Janeiro, Bahia e Paraíba, indicando provável falha no acesso.

Estudo realizado em São José do Rio Preto no ano de 2009 evidenciou que o principal serviço de saúde procurado pelo doente após a percepção do início dos sintomas é a Unidade de Pronto-Atendimento<sup>57</sup>. A agilidade na obtenção de consulta conseguida no mesmo dia, como apontado no estudo de Marques e Lima<sup>24</sup> pode estar relacionada à maior procura dos usuários pelos serviços de PA, a fim de obter respostas mais rápida às suas necessidades.

Da análise dos quatro estudos <sup>(49, 50, 56, 57)</sup>, verifica-se uma discordância entre a visão de profissionais de saúde e usuários, quanto ao tempo que esperam para atendimento, sendo possível concluir que provavelmente, a avaliação favorável atribuída por profissionais de saúde em relação a esta variável, não seja condizente com a realidade percebida pelos usuários.

Contudo, observa-se que a dificuldade no acesso do paciente e consequente demora para efetivação do diagnóstico da TB, não é uma exclusividade do município e foi constatado em diferentes regiões no Brasil (3,58) e também em diversas regiões do mundo (59,60). Además, essa "dificuldade" no acesso também não é fato restrito a TB, e pode se explicar, dentre outros motivos, pela atual incoerência dos sistemas fragmentados de saúde, que mesmo com predomínio de doenças crônicas, são voltados, principalmente, para o tratamento das condições agudas e agudizações das condições crônicas<sup>61</sup>.

Dentre as razões que levam as pessoas a procurarem por serviços de saúde, destacam-se a busca por atendimentos preventivos, motivos administrativos, doenças agudas, acompanhamento de doenças crônicas e crônicas agudizadas <sup>(62,63)</sup>, entretanto, estudo recente sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil aponta para uma maior procura dos SS pelos usuários nos momentos de doença, em detrimento das atividades preventivas<sup>64</sup>.

A situação epidemiológica da população brasileira, não diferente da situação ora apresentada, aponta para a tripla carga de doenças, que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de doenças agudas, alto índice de doenças crônicas e também o forte crescimento das causas externas <sup>(61,65)</sup>. Logo, para uma melhor inserção do usuário nesse sistema, constata-se a necessidade iminente não só de uma atenção sistemática e planejada, como também do atendimento à demanda espontânea, principalmente nas unidades ambulatoriais e de pronto-atendimento<sup>65</sup>.

Sobre rotatividade de RH, os resultados obtidos neste trabalho corroboram com inúmeros outros estudos que apontam para uma acentuada rotatividade de profissionais de saúde em instituições públicas (66-69), fato que dificulta a continuidade e a integralidade do cuidado, além do desempenho e qualificação dos profissionais (70,71).

De acordo com estudo realizado pela OMS para a melhoria do desempenho de sistemas de saúde (72,73) recursos humanos são considerados um dos três principais instrumentos para a efetivação de um

sistema de saúde, além de recursos financeiros (capital físico) e recursos de consumo (equipamentos, materiais médico-hospitalares, etc).

Zurn et al.<sup>74</sup> ao avaliar a gestão de recursos humanos em um contexto global, encontrou como causas para alta rotatividade de profissionais de saúde nos países em desenvolvimento, a má remuneração, baixa motivação e alta insatisfação em relação ao trabalho.

No Brasil, muito tem se discutido em relação às inúmeras modalidades de contratação de recursos humanos dentro do mesmo serviço de saúde e diferentes salários para o exercício da mesma função, que parecem estar colaborando para tal feito.

Em estudo realizado por Vendramini<sup>49</sup> sobre a implantação do Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto, relatouse que um dos problemas relacionados à efetivação da atenção básica no município estava relacionado às diferenças salariais para o exercício da mesma função, formas diferentes de contrato de trabalho e carga horária, resultando em dificuldades de integração das equipes de saúde.

Nesse mesmo sentido, em estudo realizado por Gil<sup>75</sup> sobre a formação de recursos humanos para a saúde, verificou-se que 47,0% de alunos em curso de especialização que trabalhavam em serviços públicos, tinham contratos temporários, por prestação de serviços e cargos comissionados, em contraposição a 26,4% que estavam no regime estatutário e 21,6% no regime celetista, dados reforçados pelos encontrados no estudo do MS sobre a implementação da Saúde da Família

no Brasil, onde é possível constatar que tais situações ocorrem em diferentes regiões do país<sup>44</sup>.

Não diferente de outros municípios brasileiros, São José do Rio Preto possui sob sua gestão unidades de saúde com profissionais em diferentes modalidades de contratação, sendo as mais comuns a contratação direta, com vínculo estatutário nas UBS, e contratação indireta, por meio de intermediação por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos<sup>39</sup> nas UBSF e UPA, embora possa co-existir profissionais com diferentes formas de contratação na mesma unidade.

Inúmeros fatores corroboram com essa situação, tais como a Lei Complementar nº101 de 04 de Maio de 2000<sup>76</sup>, popularmente conhecida por Lei de Responsabilidade Fiscal, que basicamente define os percentuais máximos em relação à receita corrente líquida para gastos com pessoal nas três esferas de gestão, e também o próprio histórico de efetivação do SUS colaborou com os diferentes vínculos profissionais dentro da mesma esfera de governabilidade <sup>77</sup>.

Embora todas essas situações colaborem para a não fixação de alguns profissionais e também para o descontentamento de muitos outros, atualmente, algumas alternativas legais podem priorizar a qualidade e melhoria dos serviços de saúde para o paciente, associada a melhores condições de trabalho para o profissional de saúde, como por exemplo, nas modalidades de contrato de gestão em que se prioriza a gestão por metas quanti e qualitativas, avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde<sup>78</sup>, assim como garantias de promoção e progressão salarial por

desempenho e direitos trabalhistas assegurados aos profissionais de saúde.

A realização de contratos com instituições para co-gestão das ações e serviços de saúde e consequente fornecimento de mão-de-obra está se configurando como a resposta formal ao atendimento da necessidade crescente de recursos humanos para área da saúde, não apenas no Brasil, mas também nos demais países que possuem sistemas universais de saúde, também objetivando maior eficiência dos gastos públicos <sup>74</sup>.

No Canadá, por exemplo, um dos países que possuem sistema de saúde universal, financiado por fundos públicos, os médicos de família que atuam no Care Assistance Delivery (CAD), não são empregados do governo, mas contratados sob a forma de prestação de serviço público<sup>79</sup>. Também no sistema de saúde britânico, o National Health Service (NHS), os General Practitioner (GP), médicos de atenção primária que são considerados prestadores de serviço, deixaram de receber apenas por captação, para à partir de uma reforma ocorrida na década de 1990, passarem a receber conforme a eficácia do tratamento instituído, por meio de monitoramento do desempenho<sup>80</sup>.

No Brasil, ações semelhantes são propostas com o advento das Organizações Sociais de Saúde (OSS), concebidas no decorrer da Reforma da Administração Pública no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso<sup>81</sup>, cujos objetivos eram diminuir o "déficit" público, aumentar a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, ampliar a participação da cidadania na gestão da coisa pública e

aumentar a eficácia e efetividade, por mecanismos de controle de resultados<sup>82</sup>.

Atualmente, embora alvo de muitas críticas, as avaliações em torno das OSS tem sido altamente positivas 82, culminando com hospitais mais produtivos, de melhor qualidade assistencial e mais baratos (83,84). Estudos indicam que os bons resultados dependem da adequada escolha do parceiro com experiência gerencial<sup>85</sup>, que faça integração com as demais Unidades da rede pública saúde de seja fortemente acompanhamento/fiscalizado tanto pelo poder público como pelo controle social<sup>81</sup>, e principalmente, que seja antecedido pela prévia elaboração do Contrato de Gestão, que deve possuir metas claras e de fácil quantificação (85,86)

Em relação à disponibilidade de profissionais no serviço de saúde, os resultados deste trabalho condizem os resultados encontrados em outros estudos, que apontam para a debilidade qualitativa de recursos humanos<sup>21</sup>, sendo que às Unidades de Pronto Atendimento foi atribuído o pior indicador, resultado compatível ao constatado no município de Ribeirão Preto, onde se observou que os Pronto-Atendimentos apresentavam maior rotatividade de profissionais e menor quantidade de recursos humanos disponíveis em relação às UBSs, e também, maior sobrecarga de trabalho<sup>69</sup>. Já em relação à sobrecarga de trabalho, as USF contraditoriamente apresentaram pior indicador, se diferenciando das UBS e PA, que foram mais bem avaliadas.

Convém destacar a correlação entre disponibilidade de profissionais e sobrecarga de trabalho, conforme constatado no estudo de Andrade<sup>69</sup>, sendo que a ausência de funcionários certamente poderia levar a sobrecarga de trabalho e a contradição estaria nas UBSF apresentarem maior disponibilidade de recursos humanos e mesmo assim, maior sobrecarga.

Entretanto, a sobrecarga de trabalho na saúde pode não estar ligada apenas a quantidade, mas também à ausência de treinamento e falta de RH qualificado, ausência de políticas que avaliem o desempenho profissional, falta de motivação e adequada supervisão (21, 87,88), ou seja, fatores que sinalizam o déficit da gestão local dos processos de trabalho.

A complexidade de funções na atenção básica está relacionada ao fato de ser geral, isto é, não restrita a faixas etárias ou problemas de saúde específicos, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde e tendo a função organizar e racionalizar o uso dos demais recursos <sup>(9,89)</sup>. Nesse sentido, pode-se concluir que a "sobrecarga" a que se referem os entrevistados, seja a sobrecarga de funções que pode ocorrer pela designação de múltiplas atividades sem o adequado preparo e perfil profissional <sup>(21,70)</sup>.

De acordo com Zurn et al.<sup>74</sup> países em desenvolvimento enfrentam como problema o parco investimento na formação de profissionais de saúde. Atualmente, este assunto tem sido pauta de muitas discussões, além de ser causa motivadora de dificuldades no controle da TB em todo mundo, como demonstram estudos realizados no Brasil <sup>(90,91)</sup> e também na

África do Sul, onde foi constatado, além da falta de conhecimento sobre manejo da TB pelos profissionais de saúde, também constatou-se a falta de planejamento e de treinamento em serviço<sup>92</sup>.

Em relação à falta de conhecimento sobre a TB, nos três tipos de serviços avaliados "quase nunca" se observa falta de conhecimento sobre a doença, assim como no município de Ribeirão Preto-SP, em estudo onde profissionais de saúde foram igualmente abordados sobre o conhecimento em relação a TB<sup>69</sup>. Entretanto, outros estudos <sup>(93,94)</sup> realizados no município, demonstraram o contrário.

Estudo realizado em São José do Rio Preto no ano de 2003 que avaliava o conhecimento de profissionais de constatou, principalmente entre os médicos e enfermeiros que trabalham em UBS, o desconhecimento de conceitos básicos como: definição da fonte de infecção, diferença na transmissão entre adultos e crianças e definição da baciloscopia como método diagnóstico prioritário<sup>93</sup>, indicando provável falha na capacitação dos profissionais.

Corroborando com essa situação, pesquisa realizada por Santos et al. 94 em municípios do interior paulista, dentre eles São José do Rio Preto, identificou-se que profissionais de saúde não eram adequadamente capacitados em relação ao Programa de TB e também que haviam dificuldades em deslocá-los do ambiente de trabalho para serem capacitados, em função de outras prioridades locais. Contudo, tal "despreparo dos profissionais" em relação a TB não é exclusividade do

município de estudo, tendo sido relatado em diversos trabalhos como uma das causas relacionadas à demora no diagnóstico da doença (95-97).

Para Starfield<sup>9</sup> os médicos de atenção primária estão mais próximos do ambiente do paciente e, por este motivo, em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde. Nesse sentido, estendendo-se a reflexão acima aos demais profissionais que atuam na atenção primária, é possível concluir que todos deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, todavia, as práticas profissionais atuais, guiadas pelo modelo flexineriano, não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas<sup>75</sup>.

Estudo realizado por Gil<sup>75</sup> relata que o perfil dos profissionais formados não é adequado à atuação na perspectiva da atenção integral à saúde. Logo, não caberia neste trabalho, deixar de discorrer sobre a importância da efetivação de políticas voltadas a formação de profissionais para atuarem em serviços públicos de saúde, inclusive porque tal fato é contemplado na legislação vigente, em especial na Lei Orgânica da Saúde, que prevê como atribuição do SUS, a "ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde" <sup>98</sup>.

Convém destacar que inúmeros estudos destacam a preocupação com a formação de recursos humanos para a Atenção Básica, cujas alternativas para resolução do impasse vão muito além das possibilidades do setor saúde, sendo premente para tanto, a discussão intersetorial <sup>(99, 100)</sup>, priorizando não somente a formação de profissionais com perfil

generalista durante a graduação, mas também a ampliação das vagas em residências e cursos de pós-graduação voltados para a atenção primária, além de compartilhar essa "responsabilidade" com área da educação. Outro fato a ser destacado, é a importância da qualificação dos profissionais que atuam no pronto-atendimento, tendo em vista a grande importância deste serviço na configuração das Redes de Atenção à Saúde (25)

Partindo-se da premissa que o processo de formação na área da saúde ainda possui lacunas e que a sua readequação, mesmo que priorizada politicamente não se efetivaria em um curto período de tempo, a solução mais viável ao problema, seria a criação de espaços de discussão in loco, com supervisões contínuas, para identificar as falhas, dificuldades no processo e aprimoramento das habilidades adquiridas<sup>21</sup>. Discussões de casos circunscritos a realidade da equipe de saúde, com apoio de profissionais especializados podem ajudar na capacitação continua dos profissionais já inseridos no sistema.

No que tange à estrutura física, materiais e equipamentos necessários ao diagnóstico da TB, este estudo buscou analisar a adequação do local destinado para a coleta de escarro no serviço de saúde, existência de formulário para pedido de baciloscopia, de geladeira para o acondicionamento de material biológico, de pote para coleta de escarro e também de sala de Raios-X.

A baciloscopia direta do escarro é método diagnóstico fundamental para diagnóstico da TB porque permite descobrir as fontes mais

importantes de infecção: os casos bacilíferos <sup>(101,102)</sup>. De acordo com o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose<sup>103</sup>, esse exame permite detectar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade, sendo recomendado a coleta de duas amostras de escarro: uma no momento da consulta, quando o profissional de saúde faz a solicitação do exame ao usuário, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial; e a segunda, na manhã do dia seguinte ao despertar, que tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

Os resultados do estudo apontaram para a inexistência de local adequado a coleta do material biológico nas Unidades de Saúde, sendo que esta coleta era realizada nos domicílios.

Estudo realizado em Vitória (ES) para avaliar a contaminação em culturas de amostras matinais de escarro coletadas em domicílio e amostras coletadas sob supervisão após orientação e educação dos pacientes identificou que a taxa de contaminação foi aproximadamente 3 vezes maior nas amostras coletadas em domicílio do que naquelas coletadas sob supervisão 104.

Outra opção relatada pelos profissionais para coleta de escarro foi a utilização de área improvisada dentro da Unidade, como banheiro, sala de procedimentos ou até mesmo, áreas externas como jardins, corredores e fundos; locais onde quase sempre havia grande rotatividade de outros usuários e também profissionais de saúde. Entretanto, a análise da literatura mostra que esta situação não é exclusiva do município, sendo

inclusive, recomendação do MS, a realização da coleta em local aberto, preferencialmente ao ar livre (103,105).

A inexistência de local apropriado para coleta e demais situações deslocamento que exijam do usuário а outra Unidade realização/entrega do exame como constatado em estudo realizado em município de médio porte no Rio Grande do Sul<sup>106</sup> fazem aumentar o tempo para diagnóstico e consequentemente, demora para instituição do tratamento da TB. Esses fatos corroboram com o esquema do impacto do problema, como proposto por RUFFINO-NETTO<sup>13</sup>, onde o número de pacientes que concluem as etapas: diagnóstico, tratamento e cura da TB é infinitamente inferior ao número real de doentes.

Neste contexto, a detecção depende, dentre outros elementos, da procura do paciente sintomático respiratório pelo serviço de saúde, de rápida suspeição pelo serviço, e da solicitação de baciloscopia de escarro para o diagnóstico (55,107).

Sobre a existência de formulário para pedido de baciloscopia, os profissionais de Unidades Básicas de Saúde foram os que mais informaram possuir formulário em quantidade adequada, seguidos dos profissionais de Unidades de Saúde da Família e Pronto-Atendimento. Na prática, todas as Unidades possuíam formulário em quantidade suficiente, fato que pôde ser comprovado durante a coleta de dados.

Cabe destacar, que um número significativo de profissionais do PA tenham relatado não haver impressos em quantidade suficiente. Outra

opção de resposta foi "não saber" responder, como ocorreu principalmente em Unidades de Saúde da Família e Pronto-Atendimentos.

Os dados encontrados no presente trabalho remetem à reflexão sobre o "real" conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos aspectos organizacionais das Unidades de Saúde que atuam, uma vez que parte dos entrevistados não sabia ou afirmavam não haver insumos na unidade de saúde que trabalhavam, fato que não condizia com a realidade.

Curiosamente, a análise da mediana do tempo de trabalho nestes dois tipos de serviços de saúde foi inferior a UBS, onde a quase totalidade dos profissionais tiveram respostas assertivas.

Evidencia-se assim, o desconhecimento de parte dos profissionais a respeito dos insumos necessários ao diagnóstico da TB. Monroe et al.<sup>21</sup> atribui a dificuldade na incorporação das ações da TB pelos profissionais de saúde à ausência planejamento, suporte técnico e envolvimento dos profissionais que, diante de tantas outras atividades, não se sentem responsáveis pela doença.

No que se refere à existência de pote para coleta de escarro, verificou-se que em todos os serviços analisados, parte dos profissionais desconheciam ou informavam não haver o material em quantidade suficiente, principalmente nas Unidades Básicas e de Saúde da Família. Contudo, o que se verificou in loco foi o contrário do informado, uma vez que todas as Unidades apresentavam o insumo supracitado, divergindo de estudos realizados em diferentes regiões do país, que identificaram a falta de potes relatados pelos profissionais entrevistados (108, 109).

Embora a previsão de materiais e a disponibilidade dos mesmos sejam fundamentais para o desencadeamento do processo de trabalho, a existência por si só dos recursos necessários não garante que o trabalho seja conduzido de maneira efetiva<sup>108</sup>, sendo que outros fatores podem ser determinantes no processo de detecção da TB.

Estudo que analisou a qualidade das amostras de escarro para diagnóstico de TB identificou que a apreensão da população usuária a respeito da forma de colher as amostras e aversão dos profissionais de saúde no momento da coleta podem ser fatores limitante ao processo<sup>110</sup>. Fatores como repulsa dos pacientes, dificuldades em relação à coleta do exame e ausência de escarro também foram fatores limitantes, de acordo com estudo realizado em serviço de saúde do município de São Paulo<sup>111</sup>.

Assim, mesmo que aparentando simplicidade, a realização do exame de escarro requer, fundamentalmente, uma adequada abordagem e compreensão do processo. É essencial que seja estabelecida comunicação efetiva entre profissional de saúde e usuário 108.

No que tange à existência de geladeira para o acondicionamento de material biológico, foi possível constatar que embora a grande maioria dos profissionais tenha afirmado existir geladeira para acondicionamento de material nas suas Unidades, o que se verificou no momento da coleta de dados foi o inverso do informado, visto que não havia uma geladeira própria para o acondicionamento deste material em nenhuma das Unidades pesquisadas e a geladeira em questão tratava-se da mesma onde era acondicionado o sangue e outros materiais.

Constatou-se também que o material biológico (escarro) usualmente é trazido pelo paciente à Unidade no período matutino e acondicionado em isopor.

De acordo com as normas para coleta e acondicionamento de escarro, recomenda-se que o material seja armazenado sob refrigeração, em geladeira comum ou isopor com gelo reciclável, até o momento de ser transportado (103,105). Posteriormente, o motorista que geralmente passa pela manhã em todas as Unidades, recolhe o material e o leva para examinar no laboratório de referência. Para conservação e transporte da baciloscopia, as amostras clínicas devem ser preferencialmente, enviadas e processadas no laboratório imediatamente após a coleta (103). Entretanto, para aquelas amostras coletadas fora da unidade, a recomendação é para que o serviço de saúde receba o material em qualquer hora de seu período de funcionamento e conservá-la, se possível, sob refrigeração até o seu processamento (103). Como no município de estudo o transporte do material e encaminhamento ao laboratório usualmente ocorrem no mesmo dia, considera-se adequado o fluxo adotado.

No que se refere à existência de sala de Raios-X grande maioria dos entrevistados relataram inexistência do equipamento, ao contrário do observado no município de Ribeirão Preto-SP, onde as Unidades de Pronto Atendimento possuíam o equipamento<sup>69</sup>.

Outro resultado interessante, diz respeito à pequena parte dos entrevistados em UBSs e USFs, que relataram "não saber". Na prática, verificou-se que nenhuma Unidade de Saúde possuía este equipamento

A evolução da tuberculose é acompanhada de anormalidades radiográficas na maioria dos casos, motivo pelo qual a radiografia do tórax é importante auxiliar no diagnóstico<sup>103</sup>.

O município estudado possui 5 Pronto-Atendimentos, que receberam a recente denominação de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas, em alusão a uma nova política de saúde, voltada para a reestruturação da Rede de Urgências, em concordância com a Portaria Nº 1020, de 13 de Maio de 2009<sup>112</sup>, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências. Assim, segundo esta Portaria, a UPA é estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas e a Rede Hospitalar, podendo ser classificada em três diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade instalada - área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos. Ainda de acordo com a referida Portaria, independente da classificação (porte I, II ou III), todas as Unidades de Pronto Atendimento devem contar com um setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico que contenha uma sala de exames de radiologia geral, ou seja, um equipamento de Raio-X<sup>112</sup>.

Ante o exposto, verifica-se que nenhuma das UPAs possuem a infraestrutura adequada e legalmente necessária, de acordo com a legislação vigente. Ainda sobre o fato, é importante dizer que concomitante a nova nomenclatura, um recurso financeiro novo para implantação e custeio foi diponibilizado aos municípios que aderissem à nova política, que até o presente, não se converteu em melhorias estruturais.

Ocorre que atualmente, as unidades de AB e o PA podem solicitar todos os exames, mas somente a baciloscopia é realizada na unidade. Os outros exames são realizados em serviços de referencia sendo necessário o agendamento e o encaminhamento do suspeito. O exame de raio-x dos doentes da AB e PAs são realizados no hospital Santa Casa ou lelar, que são hospitais conveniados ao SUS, referencia para a realização de tal procedimento. Embora os usuários tenham prioridade para a realização do raio-x quando identificados como suspeitos de TB pelos profissionais que os atenderam, é fato que a situação descrita não é a mais adequada. O exame radiológico somente é realizado em equipamentos de saúde de alta complexidade, o que honera demasiadamente o custo SUS do paciente, que poderia perfeitamente ter seu o atendimento integral (diagnóstico e acompanhamento) em serviço de saúde de menor complexidade. Como resultado, grande parte dos diagnósticos de TB em São José do Rio Preto, por volta de 45,5%, é realizado pelos hospitais<sup>51</sup>, principalmente o hospital de ensino (Hospital de Base), corroborando com a ineficiência (pior custobenefício) do sistema de saúde.

## 7. CONCLUSÃO

Dentre os entrevistados, obteve-se uma predominância de profissionais do sexo feminino em todos os tipos de serviço (81,2% nas UBS; 84,6% nas USF e 63% no PA). A mediana de tempo de trabalho nos serviços municipais de saúde para os profissionais das UBS foi de 9 anos, 6,5 anos para os profissionais das USF e para os profissionais do PA foi de 5 anos.

Todos os serviços de saúde apresentaram desempenho satisfatório em relação ao horário de funcionamento dos serviços, sendo que a UPA foi o serviço que teve o melhor desempenho. Todavia, considerando-se que a maioria das UBSs e USFs funcionam de segunda a sexta-feira das 7 às 17 horas, apenas a UPA, que funciona 24 horas, é, completamente acessível em relação ao horário de funcionamento.

As USF apresentaram uma menor rotatividade de recursos humanos, em relação às UBS e PA, o que demonstrou um desempenho satisfatório das USF, se diferenciando do PA, cujo desempenho foi avaliado como insatisfatório.

Já em relação à percepção quanto à sobrecarga de trabalho, as USF apresentaram pior desempenho. Considera-se que a sobrecarga a que se referem os profissionais possa estar relacionada à sobrecarga de funções e múltiplas atividades sem o adequado preparo e perfil profissional.

As UPAS obtiveram pior desempenho em relação à disponibilidade suficiente de profissionais no serviço de saúde em relação às UBS e UBSF, que apresentaram a melhor avaliação.

Os profissionais de saúde entrevistados não consideram que o tempo de atendimento é demasiadamente elevado para o usuário; as USF apresentaram melhor desempenho neste item e a UPA foi onde os profissionais relataram haver maior tempo de espera para atendimento. Contudo, considerando-se a análise desta variável sob a ótica do usuário/doente conforme se verificou em outros estudos, conclui-se que há uma séria discordância entre a visão de profissionais de saúde e usuários quanto ao tempo que esperam para atendimento.

Não se encontrou diferença estatística entre os grupos para falta de conhecimento sobre TB pelos profissionais de saúde, sendo este indicador avaliado com próximo de satisfatório. Entretanto, estudos anteriores realizados no município identificaram não só a falta de capacitação dos profissionais, como também as dificuldades para realizar essa capacitação, em função de outras prioridades assumidas pelos serviços.

Obteve-se um desempenho insatisfatório em todos os SS quanto ao local para coleta do material biológico (escarro), que ocorre na área externa da Unidade ou no domicílio do paciente. Todavia, há orientação do MS para utilização de áreas externas para coleta.

Sobre a disponibilidade de pote para coleta de escarro, nas UBS, 53,7% disseram ter pote, 53,8% nas USFs e, 75,9% na UPA, embora todos possuíssem o insumo em quantidade suficiente.

Em relação ao formulário para pedido de baciloscopia, 94,4% dos profissionais de UBSs informou possuir formulário em quantidade

adequada, 86,6% nas USFs e 70,3% no PA. Na prática, todas as Unidades possuíam formulário em quantidade suficiente.

Identificou-se que a maioria dos profissionais afirmou existir geladeira para acondicionamento de material biológico nas suas Unidades, entretanto, não havia uma geladeira específica para o acondicionamento deste material. Contudo, a inexistência deste equipamento não prejudicava a qualidade da amostra de escarro, que usualmente era trazido pelo paciente no período matutino e acondicionado em isopor, até a chegada do motorista, que diariamente transportava o material até o laboratório de referência.

Nenhum dos três tipos de serviços de saúde possuem Raio-X, que só é presente nos Hospitais, mesmo sendo um equipamento de fundamental importância para o diagnóstico da TB e legalmente previsto nas UPAs.

Assim, da análise destes dados, verifica-se que de maneira geral, as USF e UBS possuem melhor estrutura para diagnóstico da TB, por possuírem profissionais com maior tempo de trabalho nos serviços, menor rotatividade de recursos humanos, disponibilidade de funcionários, materiais (pote de escarro e formulário para solicitação de baciloscopia), além de fluxo adequado para transporte do material ao laboratório de referência. Entretanto, mesmo apresentando melhor estrutura que o Pronto-Atendimento, estudos apontam que não são a porta de entrada preferencial do usuário, que na iminência dos sintomas, procura a UPA, melhor avaliada em relação ao horário de funcionamento. Por outro lado,

mesmo sendo a porta de entrada preferencial do usuário, a UPA não é a Unidade responsável pelo diagnóstico da doença, que no município, acontece majoritariamente nos Hospitais. Assim, acredita-se que a dificuldade em diagnosticar TB esteja mais voltada ao desempenho (processo) dos serviços de saúde, visto que, de maneira geral, as Unidades de Saúde apresentavam boas condições de estrutura.

Nesse sentido, este estudo conclui que mesmo havendo necessidade de melhor avaliação dos nós críticos organizacionais (estrutura) que poderiam contribuir com a análise dos indicadores de saúde (resultados) das Unidades em relação ao diagnóstico da TB por meio de estudos futuros, é fato concreto que a Atenção Básica tenha muito a melhorar para se tornar não só a porta de entrada preferencial do usuário, mas também a responsável de fato pelo cuidado. Aspectos relacionados à capacitação dos profissionais de saúde e melhoria do acesso, não só em relação ao horário de funcionamento, mas também em relação ao tempo que o usuário leva para ser atendido, são prementes. Já no Pronto Atendimento, outras mais tornam-se urgentes, como a fixação de profissionais, já que a rotatividade de recursos humanos é fator que compromete o andamento de qualquer serviço de saúde, e também, em relação a estrutura física, dada a ausência de equipamento básico para realização de diagnóstico, como a sala de raio-x.

Espera-se que este estudo tenha proporcionado, dentro das suas limitações, um retrato fidedigno da estrutura dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB, e que os dados obtidos possam fornecer subsídios para

a tarefa futura de melhorar a qualidade dos serviços e, consequentemente, de acesso a efetiva prevenção, cura e reabilitação em relação a doença.

## 8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

De antemão, cabe esclarecer que não seria possível realizar uma análise fidedigna da estrutura, sem para tanto, concomitantemente a coleta de dados, realizar a observação direta da prática, com anotações em diário de campo, conforme sugerido por Donabedian (1978), pois este estudo concluiu que a resposta dos profissionais de saúde aos questionamentos feitos, nem sempre condizia com a realidade dos fatos.

Em relação aos resultados, a ausência de dados para calcular a produtividade das Unidades de Saúde foi um fator limitante do estudo, mas que poderia ser contemplado em estudos futuros não somente para análise quantitativa dos procedimentos realizados, mas também para submissão dos resultados à análise da "sobrecarga de trabalho" informada pelos profissionais de saúde, que juntamente com a escassez de recursos humanos tem sido alvo de discussão em muitos artigos. Será que os profissionais de saúde estão realmente sobrecarregados? A que sobrecarga se referem?

Isto posto, cabe esclarecer também que não é possível avaliar a qualidade de um serviço de saúde sem avaliar a percepção de todos os atores envolvidos no processo, ou seja, profissionais, usuários e gestores. Embora a revisão de literatura já tivesse apontado tal necessidade, este estudo foi concebido para analisar a percepção dos profissionais de saúde e, posteriormente, remetê-la a estudos futuros, que possam envolver a avaliação de outros atores, também protagonistas do processo de cuidar em saúde. Felizmente, o GEO TB já havia realizado diversas pesquisas

sobre a percepção do doente/usuário, fato que colaborou demasiadamente para a análise e discussão deste trabalho. Contudo, haja vista a carência de estudos relacionados à percepção de gestores, conclui-se que a realização de tal estudo, é premente.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Rufinno-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v.35, n.1, p. 51-58, 2002.
- 2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report, 2010. Geneve, 2010.
- Cavalcanti ZR, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Ximenes R, Montarroyos U, Verçoca MKA. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. Jornal Brasileiro Pneumologia, v. 32, n.6, p.535-43, 2006.
- 4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26/01/2011. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF, 2001.
- 7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27/02/2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002.
- Villa TCS, Rufinno-Netto A. (org.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

- 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada— Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- 11. Barreira D, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. Rev Saúde Pública. v.41(Supl. 1), p. 4-8, 2007.
- 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, DF, 2004.
- 13. Ruffino-Netto A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. Jornal de Pneumologia, Porto Alegre, v. 26, n. 4, p. 159-62, 2000.
- 14. Gonzáles RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. Rev Lat Am Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 95-100, 2008a.
- 15. Gonzáles RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. Revista Escola Enfermagem USP, v.42, n.4, p. 628-634, 2008b.
- 16. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silvia SED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. Revista Escola Enfermagem USP, v. 44, n.2, p. 383-7, 2010.
- 17. Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? Bol. Pneumol. Sanit. [online]. vol.12, n.1, pp. 27-38, 2004.

- 18. Sá LD, Oliveira AAV, Souza KMJ, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. Rev enferm UFPE on line. July/Sept; v. 4, n.3, p.178-86, 2010.
- 19. Bossert T, Larranaga R, Meir FR. Decentralization of health systems in Latin America. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 8(1-2), p. 84-92, 2000.
- 20. Frienden TR, Driver CR. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. Int J Tuberc Lung Dis, 83(1-3), p.82-85, 2003.
- 21. Monroe AA, Gonzáles RIC, Palha PF, Sassaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-67, 2008.
- 22. Cecilio, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-78, jul./set., 1997.
- 23. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1929-38, 2009.
- 24. Marques GQ, Lima MAD. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v.15, n.1, p.13-19, jan./fev. 2007.
- 25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Decreto nº 7.508, de 28/07/2011. Brasília, 2011.
- 26. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, v.44, p. 166–206, 1996.

- 27. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrsio FA, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.
- 28. Donabedian A, Wheeler HRC, Wysze-Wianski L. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. Med. Care, v. 20, n.10, p.1975-92, 1982.
- 29. Donabedian A. The Quality of Medical Care. Science 200, 1978.
- 30. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.
- 31. Tanaka OU, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.
- 32. Øvretveit J. La qualità nel Servizio Sanitário. Napoli: EdiSES, 1996.
- 33. Righi AW, Schmidt AS, Venturini JC. Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: uma avaliação da Estratégia de Saúde da Família. Revista Produção Online, v.10, n.3, p. 649-669, set., 2010.
- 34. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v.7, p.113-118, 2000.
- 35. Plantz MC, Greenway MT & Hendricks M 1997. Outcomes measurements: showing results in the nonprofit sectot. New Directions for Evaluation 75 Fall: 15-30. Apud Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 341-353. ISSN 1413-8123.
- 36. Almeida C, 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: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10).
- 37. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana, J. P. (Org). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS, 1997.
- 38. Datasus. Ministério da Saúde. Informações de saúde, 2009. [Acessado em set. 2009]. Disponível em: <a href="www.datasus.gov.br">www.datasus.gov.br</a>.
- 39. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Informações de saúde, 2009. [Acessado em mai. 2009]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/.
- 40. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Controle de Tuberculose ARE/VE. Situação da Tuberculose em São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, 2009.
- 41. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Controle de Tuberculose ARE/VE. Situação da Tuberculose em São José do Rio Preto. São José do Rio Preto; 2011.
- 42. Bolfarine H, Bussad WO. Elementos de Amostragem. Editora Edgard Blucher, 1ª ed. 2005. 290p.
- 43. Girard SN, Carvalho C L. Mercado de Trabalho e regulação das Profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; p. 221-56, 2002.
- 44. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria

- Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna].

   2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 45. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL. Trabalho aprovado para ser apresentado na Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na Mesa de Discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda no dia 10 de junho de 2010, Hotel Sheraton Rio de Janeiro.
- 46. Paim, JS. A Reforma Sanitária e a municipalização. Saúde Soc. v.1, n.2, p. 29-47, 1992.
- 47. Arretche M, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. Ciência e Saúde Coletiva. v. 7, n.3, p. 455-479, 2002.
- 48. Ferreira JM, Mishima SM. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.12, n.2, Ribeirão Preto, Mar./Abril 2004.
- 49. Vendramini SHF. O Programa de controle da tuberculose em São José do Rio Preto-SP: do contexto epidemiológico à dimensão social- 2005.
  2005. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- 50. Monteiro PC, Gazetta CE. Aspectos epidemiológicos, clínicos e operacionais do controle da tuberculose em um Hospital Escola 1999 a 2004. Arq Ciênc Saúde, v.14, n. 2, p.99-106, abri./jun., 2007.
- 51. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLPA, Vendramini SHF, Santos, MLSG, et al. Tempo do diagnóstico da tuberculose no primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto-SP. In: Villa TCS, Ruffino-Netto A. Diagnóstico da tuberculose: avaliação dos

- serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil. 1. ed. -- Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2011.
- 52. Zerbini E, Chirico MC, Salvadores B, Amigot B, Estrada S, Algorry G. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. Int J Tuberc Lung Dis., v.12, n.1, p.63-68, 2008.
- 53. Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal, Hong Kong, v.13, n.3, p.221-27, 2007.
- 54. Schneider D, Mcnabb SJ, Safaryan M, Davidyantes V, Niazyan L, Orbelyans. Reasons for Delay in Seeking Care for Tuberculosis, Republic of Armenia, 2006–2007. <a href="Interdiscip Perspect Infect Dis.">Interdiscip Perspect Infect Dis.</a>, 2010:412624. Disponível em: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20508810">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20508810</a>. Acesso em: 11 set. 2011.
- 55. Van Der Werf MJ, Chechulin Y, Yegorova OB, Marcinuk T, Stopolyanskiy A, Voloschuk V, et al. Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. Int J Tuberc Lung Dis, Paris, v.10, n.4, p.390–95, 2006.
- 56. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Revista Saúde Publica, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.
- 57. Wysocki AD. Tuberculose: tempo decorrido entre o inicio dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde em São José do Rio Preto. SP, 2009. [Dissertação] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

- 58. Selig L, Belo M, Cunha AJLA, Teixeira EG, Brito R, Luna A L, et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. J Bras Pneumol. v. 30 n.4 p.335-42, 2004.
- 59. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. BMC Public Health, London, v.8, n.15, 2008.
- 60. Sreeramareddy CT, Panduru KV, Menten J, Ende JVD. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. BMC Infect. Dis. v.9, p.91-101, 2009.
- 61. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, V.15, N.5, p.2297-2305, 2010.
- 62. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. Revista Saúde Pública, v. 31, n. 4, p. 360-9, 1997.
- 63. Capilheira, M.F.; Santos, I.S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Revista Saúde Pública, v.40, n.3, p 436-43, 2006.
- 64. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 65. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- 66. Anselmi ML, Duarte G.G.; Angerami ELS. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. Rev. Latino-am Enfermagem . v. 9, n.4. p.13-8, jul. 2001.
- 67. Borrelli FRG. A rotatividade dos Profissionais de saúde na zona Rural de Sergipe: Um problema a ser Enfrentado. [Dissertação] -

- Departamento de Planejamento e Gestão, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.
- 68. Scalco S V, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Cad. Saúde Pública, v.26, n.3, p. 603-614, 2010.
- 69. Andrade RLPA, Wysocki AD, Ponce MAZ; Scatolin BE, Ruffino-Netto A, Monroe AA, et al. Desempenho dos profissionais de saúde para o diagnóstico da tuberculose, Ribeirão Preto 2009. In: Villa TCS, Ruffino-Netto A. Diagnóstico da tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil. 1. ed. -- Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2011.
- 70. Pieratoni CR, Varella TC, Franco T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Observatório de Recursos Humanos no Brasil, Estudos e Análises. [S. I.: s. n.], 2004. (Série B Textos Básicos de Saúde, v.2).
- 71. Pieratoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho *e* da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.685-704, 2008.
- 72. World Health Organization (WHO): World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneve. 2000.
- 73. World Health Organization (WHO). World Health Report 2003. Shaping the Future. Geneve, 2003.
- 74. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. Human Resources for Health 2004, 2:13. Disponível em: <a href="http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13">http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13</a>. Acesso em: 07 set. 2011.

- 75. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Caderno Saúde Pública, v.21, p.490-8, 2005.
- 76. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar nº101, de 04/05/2000. Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasília, DF, 2000.
- 77. Varella TC, Pieratoni CR. Mercado de trabalho: Revendo Conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque. Phisys Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.13: p. 521-544, 2008.
- 78. Modesto, P. Contrato de gestão no interior da organização administrativa como contrato de autonomia. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado, n. 23, set/out/nov 2010, Salvador, Bahia.
- 79. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Sorian MA, Leduc M. The importance of human resources management in health care: a global context. Human Resources for Health, v.4, n.20, 2006. Disponível em: <a href="http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20">http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20</a>. Acesso em: 07 set. 2011.
- 80. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.16, n.1, p.7-17, jan-abr, 2007.
- 81. Tanaka OU, Melo C. Inovação e Gestão A Organização Social no Setor Saúde. 1. ed. São Paulo: ANNABLUME, 2003. v. 1. 76 p.
- 82. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Organizações Sociais como alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde. Brasília, Nota Técnica de 22 de agosto de 2006. Disponível em: <a href="https://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf">www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf</a>. Acesso em: 07 set. 2011.
- 83. Tibério AA, Souza EM, Sarti FM. Considerações sobre Avaliação de Estabelecimentos de Saúde sob Gestão de OSS: o caso do Hospital

- Geral do Grajaú. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.19, n.3, p.557-568, 2010.
- 84. Ibañes N, Bittar OJNV, Sá ENC Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.2, p. 391-404, 2001.
- 85. Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, Sanches Filho A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1642-1650, nov-dez, 2004.
- 86. Carneiro Júnior N, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. Revista Saúde Pública, v. 40, n.5, p.914-20, 2006.
- 87. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação à partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, V.18, p.191-202, 2002.
- 88. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana/OMS, ago. 2005. Disponível em: <a href="http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper 10-ago-05-por.pdf">http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper 10-ago-05-por.pdf</a>. Acesso em: 23 set. 2011.
- 89. Macinko J, Starfield B, Shy L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Serv Res.; v.38, n.8, p.831-65, 2003.
- 90. Sá LD, Oliveira, AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa, TCS, Collet N. Cuidado ao Doente de tuberculose na estratégia saúde da família:

- percepções de enfermeira. Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)., 2011. (No Prelo).
- 91. Natal S, Santos, EM, Hartz ZMA, Patroclo MA, Cruz M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: Estudo de casos na Amazônia Legal. Bol. Pneumol. Sanit. v. 12, n. 2, p. 91-109, 2004.
- 92. 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. Tubercle and Lung Disease, v. 76, n.5, p.441-449, 1995.
- 93. Meirelles EB. Capacitacion en diagnostico precoce de tuberculosis en los profissionales de las equipes de salud en São José do Rio Preto. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Médica) Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Escuela Nacional de Salud Publica de Havana, Havana, 2003.
- 94. Santos MLSG, Villa TCS, Vendramini SHF, Gonzáles, RIC, Palha PF, Santos NSGM, Gazetta CE, Ponce MAZ. Gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.19, n.1, p. 64-9, 2010.
- 95. Wang W, Jiang Q, Abdulla ASM, Xu B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delay in diagnosis. Eur J Public Health, Stockholm, v.17, n.5, p.419–23, 2007.
- 96. Chang C, Esterman A. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross-sectional study. Rural and Remote Health, v.7, p.667 (Online), 2007.
- 97. Wahyuni CU, Budion, Rahariyani LD, Sulistyowati M, Rachmawati T, Djuwari et al. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia. BMC Health Services Research, v.7; p.135, 2007.

- 98. Brasil. Presidência da República. Lei nº8080, de 19/09/1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF, 1990.
- 99. Campos FE, Aguiar RAT. Atenção Básica e reforma curricular. In: Negri B, Faria R, Viana ALD organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002, p.33-90.
- 100. Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões de saúde frente às mudanças do modelo assistencial: contribuições para além dos pólos de capacitação em saúde da família. Ensaio: avaliação de Políticas Públicas na Educação. v.10, n. 34, p.43-54, 2002.
- 101. Morrone N. Diagnóstico da tuberculose em sintomáticos respiratórios. Comentários a respeito das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Ministério da Saúde. J. bras. pneumol. v.31, n.4, São Paulo July/Aug. 2005.
- 102. Ferreira AAA, Queiroz. KCS, Torres, KP, Ferreira MAF, Accioly H, Alves MSCF. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. Revista brasileira epidemiologia, v.8, n.2, São Paulo, Jun. 2005.
- 103. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2011.
- 104. Maciel ELN, Prado TN, Peres RL, Palaci M, Johnson JL, Dietze R Associação entre coleta de escarro guiada e taxas de contaminação de culturas para o diagnóstico de TB pulmonar. J. bras. pneumol., vol.35, n.5, pp. 460-463, 2009.
- 105. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia Sanitária. Sociedade Brasileira de

- Pneumologia e Tisiologia. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. Rio de Janeiro, 2002.
- 106. Gonzáles RIC, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Rodrigues KMR, Kroning CS. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. Revista de Enfermagem e Saúde, v. 1, p. 24-32, 2011.
- 107. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2010.
- 108. Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Monroe AA, Gonzáles RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.09, p.106-118, 2007.
- 109. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LDS, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS et al. Family focus and community orientation in tuberculosis control. Revista Brasileira de Epidemiologia (Impresso). , v.14, p.207 216, 2011.
- 110. Mazzaia MC. Conhecimento, atitudes e práticas do pessoal de enfermagem visando à qualidade de amostras de escarro para baciloscopia no diagnóstico da tuberculose pulmonar. 2000. [dissertação] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 111. Campinas LLSL. Conhecimentos e opiniões de usuários sobre o valor do exame de escarro, de um serviço de saúde do município de São Pulo visando qualidade das amostras para o diagnóstico da tuberculose pulmonar pelo método bacteriológico. 1999. [Dissertação] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

112. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Portaria MS/GM nº 1.020, de 13/05/2009. Brasília, 2009.

#### 9. ANEXOS

Anexo I – ROTEIRO ESTRUTURADO PARA A OBSERVAÇÃO DE CAMPO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM QUE OS DADOS FORAM COLETADOS.

SERVIÇO DE SAUDI	=:				
ΤΙΡΟ DE SERVIÇO:	(	) UBS			
	(	) USF			
	(	) PA			
	(	) Equipe especializada o	do PCT		
		(	)	outro.	Especificar

## DATA DA OBSERVAÇÃO:

- 1. Horário de funcionamento do serviço de saúde:
- 2. Composição da equipe:
- 3. Localização do serviço de saúde: Localização no município, áreas de risco geográfico (montanhas, rios) e social (áreas de tráfego, ruas sem asfaltos, esgoto a céu aberto) na área de atuação do serviço, pontos de ônibus próximos do serviço, numero de linha de transportes disponíveis.
- 4. O serviço de saúde possui área de abrangência definida? Se sim, qual o número de pessoas atendidas? Nas USF, levantar também o número de famílias atendidas na área de abrangência.
- 5. Quem pode ser atendido neste serviço de saúde? É necessário algum documento (RG, cartão SUS, comprovante de residência, encaminhamentos) para ser atendido?

- 6. O serviço de saúde trabalha com agendamento de consultas? Se sim, de que forma são marcadas as consultas? Existe algum dia especifico?
- 7. Qual a conduta do serviço quando o usuário chega procurando por atendimento e não há mais consultas disponíveis?
- 8. Quais os tipos de atendimentos são realizados no serviço de saúde (emergência, consulta agendada por especialidades, assistência social, programas implantados, vacina...)?
- 9. Qual o fluxo do usuário dentro do serviço de saúde desde a sua chegada?
  Quem recepciona o usuário? Existe triagem? Existe acolhimento? Quem faz a triagem e/ou acolhimento?
- 10.O serviço de saúde realiza o planejamento das ações de acordo com o diagnóstico situacional de sua área de abrangência?
- 11. Como ocorre a demanda (espontânea, programada ou referenciada) de sintomáticos respiratórios para este serviço?
- 12. Como ocorre o fluxo de atendimento para o usuário suspeito de TB dentro do serviço de saúde?
- 13. Há protocolo de TB no serviço de saúde? Se sim, quando são usados?
  Qual (is) profissional (is) utiliza?
- 14. Há um local específico (sala de espera, consultório) para o atendimento do usuário com suspeita de TB?
- 15. Quais os exames solicitados pelo serviço para o usuário suspeito de TB?
- 16. Todos os exames solicitados são realizados no próprio serviço? Se não, quais os exame não realizados no serviço e quais os locais onde são feitos?

- 17. A baciloscopia é solicitada a todo suspeito de TB? Se não, quais os critérios adotados?
- 18. Quais os profissionais que podem solicitar a baciloscopia? Quantas amostras são solicitadas por usuário?
- 19. Após a solicitação do exame, qual fluxo o usuário suspeito de TB pulmonar precisa seguir até a entrega do material? Alguma coleta é feita do momento da suspeição diagnóstica?
- 20. No serviço há um local específico para realizar a coleta de escarro?
- 21. Onde o doente entrega o material coletado? Há dia e horário específico para a entrega?
- 22. Como o serviço de saúde é informado sobre os resultados dos exames de baciloscopia (telefone, sistema de informação, cartas...)? Em quanto tempo o resultado chega até o serviço?
- 23. Como é realizada a busca do usuário com diagnóstico de TB para inicio do tratamento? Quais profissionais participam dessa busca?
- 24. Depois que o resultado chega até o serviço, em quanto tempo se inicia o tratamento?
- 25. Depois do diagnóstico, qual o tempo entre as consultas?
- 26. Qual a média de consultas agendadas durante o tratamento?
- 27. O doente é agendado com o mesmo profissional?
- 28. Há dia(s) e horário(s) específicos para o atendimento dos doentes de TB em tratamento?
- 29. Por quais tipos de consulta os doente em tratamento passa? Consulta médica? Consulta de Enfermagem?

- 30. Neste serviço de saúde são realizadas pré e pós consultas para a TB? Se sim, qual profissional realiza e o que é feito em cada uma?
- 31.Os atendimentos dos doentes são registrados? Em que tipo de registro (prontuários, ficha de atendimento)? Quem realiza?
- 32. Que tipos de registros para a TB há no serviço de saúde? Quem faz as anotações?
- 33. Como é feita a notificação de casos neste serviço de saúde? Qual é o fluxo de informação? Qual o profissional realiza a notificação dos casos?
- 34. No serviço há grupos específicos para os doentes de TB? Há grupos (usuários) que abordem a temática da TB?
- 35. Existe um treinamento interno/educação permanente sobre a TB neste serviço para os profissionais?
- 36. Há um profissional de referência para a TB neste serviço?
- 37.Qual(is) profissional(is) realizam o TS? Quantas vezes na semana é realizado?
- 38. Onde é realizado o TS: domicilio ou serviço?

Se no serviço de saúde, há um local especifico? Se no domicilio, o serviço possui viatura própria para realização do TS?

- 39. São realizadas visitas domiciliares para os doentes de TB além do TS? Se sim, quando são feitas? Quem as realiza?
- 40. Há medicamentos suficientes? Há estoque de tuberculostático no serviço?
- 41. No ultimo ano, faltou medicamento neste serviço?
- 42. Como é feito a aquisição de materiais e medicamentos? Quem faz?
- 43. Como é feito a dispensação dos medicamentos para os doentes?

- 44. Com ocorre a busca por faltosos neste serviço? Quem realiza?
- 45. Como é feito o acompanhamento dos contatos neste serviço? Há o registro?
- 46. Neste serviço são realizadas busca de sintomáticos respiratórios? Se sim, quando elas ocorrem? Quem realiza? Faz parte da rotina?

# Anexo II - CHECK LIST DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Município: _				
Responsável	pela coleta de dados:			
Data da cole	ta de dados:/			
INFORMA	ÇÕES SOBRE UNIDADE			
1.	Nome do Serviço de Saúde			
2.		Unida	ade	1 🗆
	Tipo de Unidade	Básic		
		saúde (UBS		
			ide de	2 🗆
		Saúde		$2 \square$
		Famíl	lia	
		(USF)	)	
		Pront		3 □
		o (PA	liment	
3.	Endereço:		<u> </u>	
4.	Telefone:			
INFORMA	ÇÕES SOBRE OS INSUMOS EXISTENTES N	A UNIDADE	1	
5.	Há pote para coleta de escarro no Serviço?		1 □ Si	m 2 □ Não
6.	Os potes para coleta de escarro são de fácil ao profissionais do serviço?	cesso para os	1 □ Si	m 2 □ Não
7.	Há formulário para pedido de baciloscopia de Serviço?	Há formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço? 1 □ Sim 2 □ Não		
8.	Há geladeira no Serviço para acondicionamer exames de escarro colhidos?	nto dos	1 □ Si	m 2 □ Não
9.	Existe algum laboratório responsável por peg Baciloscopias diariamente?	ar as	1 □ Si	m 2 □ Não
10.	Se sim, qual o horário que o Laboratório pass	a?		
11.	Há livro de Registro dos Sintomáticos respira	tórios?	1 □ Si	m 2 □ Não
12.	Há na Unidade uma rotina sistematizada para atendimento dos usuários sintomáticos respira		1 □ Si	m 2 □ Não
13.	Há um profissional que responde pelas ações	Há um profissional que responde pelas ações de controle 1 □ Sim 2 □ Não		

da TB?

### Anexo III - QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

# RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

### II. Profissionais De Saúde

A. INFORMAÇÕES GERAIS.								
6.	Iniciais o	do Profissional:		7.	Sexo	1 ☐ Feminino	2   Masculino	
8.	Formaçã	ăo Profissional	1 ☐ Médico	Especialidade:	ı	1		
			2 □ Enfermeir	•				
			3 □ Técnico/A	uxiliar de Enferma	gem			
9.	Função/	cargo que exerce na Unidade de Saúde:		<u> </u>	<u> </u>			
10.		de anos que trabalha na função na rede	básica do munio	cípio: anos				
11.		. (a) julga sua remuneração:	odolod do mame	•	1- □ hoa 3	B-□ regular 2- □ ru	im 1- □ muito ruim	
	0 (a) 01	. (a) Julga saa romanoragao.		5- 🗆 muito boa	4- 🗆 boa 3	- regulai 2- lu	iiii 1- 🗆 maito faim	
12.	Para o (	a) Sr.(a) como é trabalhar neste local/ Un	idade de saúde'	? 5-□ muito bom	4-□ bom	3-□ regular 2-□	ruim 1-□ muito ruim	
B. PC	ORTA DE	ENTRADA						
13.		opinião, qual o primeiro local que o usuár	io procura				- □ Hospital 4-□ farmácia 5- □	
	quando	apresenta algum problema de saúde?		-	Locais religiosos/casa de curandeiros (benzedeiras) 6- □ outros. Especificar:			
14.	Com que	e freqüência o usuário procura o serviço o	le saúde mais			a 3-□ às vezes 4	- □ quase sempre 5- □ sempre	
	próximo	(posto de saúde ou PSF) de sua casa qu ta algum problema de saúde?		0 - □ não sabe	1		— 4	
15.		e frequência os usuários que são atendid	os no serviço	1- □ nunca 2-□	guase nunca	a 3-□ às vezes 4	- □ quase sempre 5- □ sempre	
				0 - □ não sabe	1		- 4	
16.		que leva o usuário a procurar por um serviço	le saúde quando	começa a sentir-se do	oente é:			
	16.a.	Incentivo dos familiares/ Amigos	1-□ Nunca	2-□ Quase nunca	3-□ Às vez	es 4-□ Quase sem	pre 5-□ Sempre 0-□ não sabe	
	16.b.	Gravidade dos sintomas	1-□ Nunca	2-□ Quase nunca	3-□ Às vez	es 4-□ Quase sem		
	16.c.	Amizade com os profissionais de saúde	1-□ Nunca	2-□ Quase nunca	3-□ Às vez		<u>'                                    </u>	
	16.d.	Confiança nos profissionais de saúde	1-□ Nunca	2-  Quase nunca	3-□ Às vez			
47	16.e.	Outros	1- Nunca	2-□ Quase nunca	3-□ Às vez		pre 5-□ Sempre 0-□ não sabe	
17.	l i	(a) Sr.(a) considera a qualidade do atend	1		_	-	- D	
	17.a.	Recepção (secretária, escriturária)	1-□ Muito ru				□ Bom 5–□ Muito bom	
	17.b.	Acolhimento (enfermagem)	1-□ Muito ru	ıim 2–□ Ru	ım 3–	□ Regular 4–	□ Bom 5–□ Muito bom	
	1	O DIAGNÓSTICO						
18.	18. Com que freqüência os usuários tem dificuldade para se deslocarem até o serviço de saúde que o (a) Sr.(a) trabalha?			1- □ nunca 2- 0 - □ não sabe	-□ quase nu	nca 3-□ às vezes	4- □ quase sempre 5- □ sempre	
19.	, , ,			1- □ sempre 0 - □ não sabe	2-□ quase s	empre 3-□ às vezes	4-□ quase nunca 5-□ nunca	
20. Com que freqüência os usuários tem que pagar pelo transporte			1- □ sempre 0 - □ não sabe	2-□ quase s	empre 3-□ às vezes	4-□ quase nunca 5-□ nunca		
	trabalha		(-)(-)	U - Li ilau sabe				
21. Com que freqüência os usuários perdem turno de trabalho e/ ou			1- □ sempre	2-□ quase s	empre 3-□ às vezes	4-□ quase nunca 5-□ nunca		
			0 - □ não sabe					
22.		onsidera horário de funcionamento do ser o(a) Sr.(a) trabalha para o atendimento d		1-□ Muito ruim	2- □ Ruir	n 3- □ Regular	4- □ Bom 5- □ Muito bom	
23.	Como co	onsidera o tempo que o (a) Sr.(a) destina uário?	para atender	1-□ Muito ruim	2- □ Ruir	m 3- □ Regular	4- □ Bom 5- □ Muito bom	

24.		ue freqüência o serviço de saúde que o (a) Sr.(a) trabalha nta rotatividade de recursos humanos?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe	
25.	Os usuários deste serviço de saúde conhecem os profissionais que atuam aqui?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe	
26.	Há disponibilidade de profissionais de saúde suficiente (médicos, equipe de enfermagem) neste serviço para atender os usuários que o procura?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe	
27.		o os usuários procuram por consulta médica neste serviço am mais de 60 minutos para serem atendidos?	1- □ sempre 2-□ quase sempre 3-□ às vezes 4-□ quase nunca 5 -□ nunca 0 - □ não sabe	
28.		ue freqüência, durante os atendimentos que o(a) Sr(a) , suas perguntas são pautadas em sinais e sintomas?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre	
29.	9. Com que freqüência durante os atendimentos o (a) Sr(a) conversa com os usuários sobre outros problemas de saúde?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre	
30.	Quando	o o usuário chega ao serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) tra	abalha com tosse, febre e perda de peso, qual a conduta adotada pelo(a) Sr.(a)?	
D. A	cesso a	ao diagnóstico da TB		
31.		ue frequência o serviço de saúde em que trabalha recebe os com suspeita de TB?	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe	
32.	Se um	usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem:		
	32.a	Pote para coleta de escarro disponível?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe	
	32.b	Geladeira para acondicionamento de material biológico?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe	
	32.c	Formulário de pedido para baciloscopia de escarro?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe	
	32.d	Sala de RX?	1-□ sim 2-□ não 0 - □ não sabe	
33.	B. O (a) Sr.(a) solicita algum exame quando o usuário chega ao serviço de saúde apresentando tosse, febre ou perda de peso?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre	
34.	Em sua opinião, os profissionais do serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha estão preparados para identificar usuários com suspeita de TB?		1-□ sim 2-□ não 0-□ não sabe	
35.	Quando o usuário suspeito de TB precisa de um exame de escarro este serviço solicita?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0 - □ não sabe	
36.	Quando o usuário é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais de onde o (a) Sr.(a) trabalha fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica/ não encaminha	
37.				
	37.a	Falta de conhecimento sobre a doença pelos profissionais de saúde	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe	
	37.b	Dificuldade dos profissionais de saúde de falar sobre a TB com o paciente	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe	
	37.c	Convencer o paciente a colher escarro	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe	
	37.d	Dificuldade para preencher os impressos (pedido de exame)	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe	
	37.e	Sobrecarga de trabalho	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 0-□ não sabe	
38.	Em sua serviço	a opinião, o local destinado para coleta de escarro neste é:	1- □ muito ruim 2-□ ruim 3-□ regular 4- □ bom 5- □ muito bom 99-□ não se aplica 0-□ não sabe	
39.	9. Em sua opinião, com que freqüência os fatores que levam ao atraso no diagnóstico da tuberculose estão relacionados ao:			
	39.a.	Próprio doente	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5-□ sempre	

	1		
		D 40	
		Por quê?	
	39.b. Profissional de saúde		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre
		Por quê?	
	39.c.	Organização do serviço de saúde	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre
		Por quê?	
40.	Com que frequência o(a) Sr.(a) tem acesso à informações sobre TB?		1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5-□ sempre Especificar (livros, manuais, internet)
			Como o Sr.(a) se atualiza?
SÓ P	ARA MÉ	DICOS	
41.	Quando	o foi a sua última forma de atualização específica para:	
	41.a	Atualização clínica da TB?	1-□ no último ano 2-□ 1 a 2 anos 3-□ 3 a 4 anos 4-□ 5 anos ou mais 5-□ não fez
	41.b	Atualização em relação aos exames para diagnóstico da TB (Rx, baciloscopia, cultura, etc)?	1-□ no último ano 2-□ 1 a 2 anos 3-□ 3 a 4 anos 4-□ 5 anos ou mais 5-□ não fez
42.	O (a) S	r.(a) se sente confiante em realizar o diagnóstico da TB?	1-□ sim 2-□ não
SÓ P	ARA EN	FERMEIROS E AUXILIARES/ TÉCNICOS EM ENFERMAG	EM
43.	Quando foi seu último treinamento relacionado à TB?		1-□ no último ano 2-□ 1 a 2 anos 3-□ 3 a 4 anos 4-□ 5 anos ou mais 5-□ não fez
44.	As açõ	es a seguir são realizadas pela equipe de enfermagem d	o serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha:
	44. a.	Busca ativa de sintomáticos respiratórios (BASR) (procura de caso suspeito) no serviço de saúde:	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica 0-□ não sabe
	44. b.	Visitas domiciliares na sua área de abrangência para a entrega de pote para coleta de escarro	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica 0-□ não sabe
	44. c.	Educação em saúde desenvolvida em igrejas, associações de bairro e outras para a entrega de pote de escarro	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica 0-□ não sabe
	44. d.	Orientações relacionadas a TB na comunidade	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica 0-□ não sabe
	44. e.	Trabalhos educativos sobre TB no serviço de saúde em que trabalha durante o ano	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica 0-□ não sabe
	44. f.	Participação de membros da comunidade para discutir sobre a TB no serviço de saúde em que trabalha	1- □ nunca 2-□ quase nunca 3-□ às vezes 4- □ quase sempre 5- □ sempre 99-□ não se aplica 0-□ não sabe
45.	O(a) Sr.(a) se sente confiante para identificar um usuário suspeito de TB?		1-□ sim 2-□ não

## Anexo IV - APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA



## FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94 (Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n. ° 465/2008

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo nº 7081/2008 sob a responsabilidade de Silvia Helena Figueiredo Vendramini, com o título "Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil" está de acordo com a resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 15 de dezembro de 2008.

Prof.ª Maria Angélica B. T. Lemos Coordenadora do CEP/FAMERP em exercício Anexo V- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),
Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre "Atraso no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil". Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição:
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
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
Prof <sup>a</sup> Dr <sup>a</sup> 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