

Rubia Laine de Paula Andrade^I
Beatriz Estuque Scatolin^{II}
Anneliese Domingues Wysocki^{II}
Aline Ale Beraldo^{II}
Aline Aparecida Monroe^I
Lúcia Marina Scatena^{III}
Tereza Cristina Scatena Villa^I

Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?

Tuberculosis diagnosis: primary health care or emergency medical services?

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a qualidade dos serviços de saúde de atenção básica e pronto atendimento quanto ao diagnóstico da tuberculose pulmonar.

MÉTODOS: Estudo transversal, com 90 profissionais de saúde da atenção básica e 68 de pronto atendimento de Ribeirão Preto, em 2009. Foi utilizado questionário estruturado com base em um instrumento de avaliação da atenção à tuberculose. Utilizaram-se os testes Qui-quadrado e exato de Fisher (ambos com nível de significância estatística de 5%) e a análise de correspondência múltipla para estimar associação entre serviço de saúde e as variáveis de estrutura e processo para o diagnóstico da tuberculose.

RESULTADOS: Atenção básica esteve associada à adequada provisão de insumos e recursos humanos, bem como com a solicitação de baciloscopia de escarro. O pronto atendimento associou-se à disponibilidade de equipamento de raio-X, sobrecarga de trabalho e rotatividade de recursos humanos, deficiências na quantidade de profissionais de saúde, disponibilidade de recipiente para coleta de escarro e solicitação baciloscópica de escarro. As ações de diagnóstico permaneceram centradas no médico em ambos os serviços.

CONCLUSÕES: Os serviços de pronto atendimento apresentaram fragilidades em sua estrutura para identificar os casos de tuberculose. Lacunas no processo foram identificadas em ambos os serviços de atenção básica e pronto atendimento. É necessária a qualificação dos serviços de saúde que constituem as principais portas de entrada ao sistema de saúde para atender as reformas setoriais que priorizam o diagnóstico oportuno e o controle da tuberculose.

DESCRITORES: Tuberculose. Serviços de Diagnóstico. Centros de Saúde. Serviços Médicos de Emergência. Serviços de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

^I Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{II} Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Social. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Rubia Laine de Paula Andrade
Av. dos Bandeirantes, 3900 Campus
Universitário – Bairro Monte Alegre
14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: rubia@eerp.usp.br

Recebido: 22/11/2012
Aprovado: 1/7/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess primary health care and emergency medical services performance for tuberculosis diagnosis.

METHODS: Cross-sectional study were conducted with 90 health professionals from primary health care and 68 from emergency medical services, in Ribeirão Preto, SP, Southeastern Brazil, in 2009. A structured questionnaire based on an instrument of tuberculosis care assessment was used. The association between health service and the variables of structure and process for tuberculosis diagnosis was assessed by Chi-square test, Fisher's exact test (both with 5% of statistical significance) and multiple correspondence analysis.

RESULTS: Primary health care was associated with the adequate provision of inputs and human resources, as well as with the sputum test request. Emergencial medical services were associated with the availability of X-ray equipment, work overload, human resources turnover, insufficient availability of health professionals, unavailability of sputum collection pots and do not request sputum test. In both services, tuberculosis diagnosis remained as a physician's responsibility.

CONCLUSIONS: Emergencial medical services presented weaknesses in its structure to identify tuberculosis suspects. Gaps on the process were identified in both primary health care and emergencial medical services. This situation highlights the need for qualification of health services that are the main gateway to health system to meet sector reforms that prioritize the timely diagnosis of tuberculosis and its control.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Diagnostic Services. Health Centers. Emergency Medical Services. Health Services. Health Services Evaluation.

INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços despendidos no Brasil para a atenção à tuberculose (TB), considerando a operacionalização da estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy Short-Course*)³ e a descentralização de suas ações para a atenção básica (AB), a identificação dos casos representa um dos aspectos técnicos que desafiam seu controle. O desempenho do País quanto à detecção de casos em 2011 foi de 91,0%.^a No entanto, cerca de 66,0% dos sintomáticos respiratórios estimados foram examinados com baciloscopia de escarro no Estado de São Paulo, em 2011, enquanto em Ribeirão Preto, SP esse percentual foi de 16,0%.^b

Apesar da disponibilidade de insumos e métodos diagnósticos no Brasil, muitos locais apresentavam dificuldades para a detecção oportuna dos casos de TB, seja por não valorizarem a tosse como um sinal clínico da doença, não priorizarem o método da baciloscopia

de escarro no diagnóstico, ou por deficiências no acesso às ações e serviços de saúde.^{2,8,14,15,16,18} Isso mostra a necessidade de qualificação dos serviços de saúde, principalmente daqueles que se configuram como porta de entrada do sistema para atender as reformas setoriais que priorizam o diagnóstico oportuno da doença como estratégia de controle.

Dois tipos de serviços de saúde foram considerados como porta de entrada. Um deles, os de AB (Unidade Básica de Saúde e Unidades Saúde da Família), pautado na assistência com equipes generalistas, é o responsável pela situação de saúde da área de abrangência e por intervir concomitantemente sobre as condições agudas e crônicas. Extrapola a mera intervenção curativa individual e requer a aplicação de conhecimentos de várias áreas das ciências sociais e biológicas.

^a World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. Geneva; 2012. (WHO/HTM/TB/2012.6).

^b Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Divisão de Tuberculose. Sala de Situação de Tuberculose. São Paulo; 2012 [citado 2013 out 31]. Disponível em: <http://tuberculosesp.cealag.com.br/>

A AB dispõe de recursos de baixa densidade tecnológica e deve cumprir três funções: resolubilidade (solucionar mais de 85,0% dos problemas da população), comunicação (ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações entre os diferentes níveis de atenção) e responsabilização pelos microterritórios sanitários.^{12,c} A AB deve ser privilegiada como porta de entrada aos serviços de saúde e deve possuir modelo de atenção voltado à vigilância em saúde, composta por ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde,³ dentre elas a TB.

O outro serviço de saúde considerado como porta de entrada é o pronto atendimento (PA), o qual desempenha papel fundamental na atenção à demanda espontânea, uma vez que realiza atendimento 24 horas por dia e dispõe de recursos de média densidade tecnológica para atuar sob as condições agudas e a agudização das condições crônicas. Esse serviço tem como funções a identificação da gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência no menor tempo possível e a definição do adequado local de atendimento, podendo também atuar como tal.¹² O PA configura-se como porta de entrada preferencial dos usuários da rede pública de saúde de Ribeirão Preto.^{2,16}

Estudos^{2,9,10,16,20,d} apontam que os serviços de AB e de PA são os mais procurados ao início dos sintomas da TB. Pretende-se, portanto, contribuir com a produção de conhecimentos voltados para a avaliação dos serviços de saúde e com a formulação de políticas públicas que levem ao diagnóstico oportuno da doença em um sistema de saúde em rede.¹²

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos serviços de saúde porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado em Ribeirão Preto, SP, em 2009, com base no referencial de avaliação da qualidade dos serviços de saúde,^{5,21} considerando o diagnóstico da TB em dois tipos de serviços (AB e PA).

Ribeirão Preto, cuja população estimada em 2009 foi de 563.107 habitantes, apresentava atenção à saúde regionalizada e hierarquizada em cinco distritos sanitários com 41 serviços de AB (28 Unidades Básicas de Saúde e 13 Unidades Saúde da Família), cinco Unidades de PA, 14 hospitais e cinco ambulatórios com equipes do Programa de Controle da Tuberculose,^c considerados prioritários para o controle da doença.

A AB atende a demanda programada nas áreas de clínica geral, pediatria e ginecologia. O PA atende a demanda espontânea, realizando acolhimento pela equipe de enfermagem sem classificação de risco, antes da consulta médica. Na mesma estrutura física do PA são oferecidos atendimentos especializados nas diversas áreas médicas, incluindo radiologia em três dos cinco PA.

A população de estudo constituiu-se dos profissionais de saúde (médicos e equipe de enfermagem) que atuavam há no mínimo três meses na AB ou PA do município. Utilizou-se o critério de seleção de cinco a dez vezes mais observações que o número de variáveis contempladas no estudo⁷ para o cálculo da amostra, considerando a análise múltipla. Dezessete variáveis entraram nesse tipo de análise, prevendo-se amostra de 170 profissionais de saúde.

O processo de amostragem foi composto por partilha proporcional de acordo com a categoria profissional (34,1% médicos, 17,1% enfermeiros e 48,8% auxiliares/técnicos de enfermagem), em consonância com os dados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)^e para os serviços de AB e PA de Ribeirão Preto (373 médicos, 187 enfermeiros e 534 auxiliares/técnicos de enfermagem em 2008 após retirar as duplicidades); e amostragem por conveniência, na qual as unidades de saúde eram sorteadas e todos os profissionais eram entrevistados. Novo sorteio era realizado caso o serviço de saúde sorteado não completasse o número estabelecido para a amostra.

Concordaram em participar do estudo 158 profissionais de saúde: 49 médicos, 28 enfermeiros e 81 auxiliares/técnicos de enfermagem. Recusaram-se a participar nove médicos, um enfermeiro e dois auxiliares/técnicos de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada de julho a outubro de 2009 a partir de questionário estruturado para entrevista com profissionais de saúde elaborado com base em um instrumento que avalia a atenção à TB no Brasil.²³ O questionário foi composto por oito questões avaliativas do componente de estrutura e oito do processo, além de questões sobre o local de trabalho e tempo de atuação dos profissionais de saúde.

No componente estrutura, foram enfocados os elementos pessoal/recursos humanos (disponibilidade de profissionais de saúde, rotatividade, sobrecarga de trabalho e preparo para identificar um suspeito de TB) e instalações e equipamentos/recursos físicos (presença de formulário para solicitação de baciloscopia em

^c Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Plano de Gestão do Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP); 2009 (citado 2013 nov 21). Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/i16relatorio-gestao-09.pdf>

^d Mamede S. Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados. Fortaleza: Instituto Inovare; 2005.

^e Trata-se de Cadastro que visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, federal, estadual e municipal.

escarro, recipiente para coleta de escarro, geladeira para armazenamento do escarro e equipamento de raio-X).

No processo (oferta de atenção), enfocou-se o elemento reconhecimento do problema, a saber: solicitação de baciloscopia de escarro, encaminhamento pela equipe de enfermagem ao médico, solicitação médica de raio-X de tórax, encaminhamento médico do caso a outro serviço de saúde, qualidade do tempo destinado a atender cada usuário, dificuldade para preencher pedidos de exame, dificuldade para convencer o suspeito a colher escarro e sentir-se responsável pelo atraso no diagnóstico da TB.

Tal instrumentou passou pela avaliação de expertises sobre a temática de avaliação de serviços de saúde, bem como por um teste piloto com 15 profissionais (cinco médicos, cinco enfermeiros e cinco auxiliares/técnicos de enfermagem) de cada tipo de serviço.

A análise de correspondência múltipla foi utilizada para investigar a existência de associação entre a variável passiva (local de trabalho – AB ou PA) e as ativas (demais variáveis do estudo).

As variáveis que correspondiam apenas a profissionais específicos e cujas categorias apresentaram menores valores próprios foram desconsideradas da análise de correspondência múltipla, analisadas por meio de distribuição de frequência, teste Qui-quadrado para proporções e teste exato de Fisher (quando as frequências esperadas foram < 5). Adotou-se nível de 5% de significância estatística. Foram elas: preparo para identificar um suspeito de TB, encaminhamento pela equipe de enfermagem do suspeito de TB ao médico, solicitação médica de raio-X de tórax a um caso suspeito de TB, encaminhamento médico do caso

a outro serviço de saúde e dificuldade para preencher pedidos de exame.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Processo nº 0984/2008). As entrevistas foram realizadas mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em locais que resguardassem a privacidade dos informantes.

RESULTADOS

Dos 158 profissionais entrevistados, 90 (57,0%) trabalhavam na AB e apresentavam 11,5 (dp = 7,5) anos de trabalho em média (máximo de 32 anos, mínimo de 0,02 anos e mediana de 12,5 anos). O total de 68 (43,0%) profissionais trabalhava nas unidades de PA e apresentaram tempo médio de trabalho de 8,1 (dp = 8,1) anos (máximo de 30 anos, mínimo de 0,2 anos e mediana de cinco anos).

A aplicação da análise fatorial privilegiou as dimensões 1 e 2 com valores próprios de 0,224 e 0,189. A Figura indica a dimensão à qual cada variável pertence, conforme a maior contribuição absoluta (Cos^2). A dimensão 1 foi composta por variáveis relacionadas aos recursos físicos (estrutura) e solicitação de baciloscopia de escarro (processo) e explica 12,3% da variabilidade dos dados. As categorias relacionadas à maior disponibilidade de insumos para a solicitação de baciloscopia de escarro e melhor desempenho em relação à solicitação desse exame estiveram no lado positivo da dimensão 1, e a AB foi a mais associada a elas. As categorias relacionadas à disponibilidade de equipamento de raio-X de tórax e ao pior desempenho dos profissionais para solicitar baciloscopia de escarro

Tabela. Distribuição de frequência e testes Qui-quadrado/Exato de Fisher de variáveis relacionadas ao preparo dos profissionais de saúde e processo de atenção para o diagnóstico da tuberculose segundo os serviços de porta de entrada. Ribeirão Preto, SP, 2009.

Variável	Atenção básica		Pronto-atendimento		p
	Sim	Não	Sim	Não	
Preparo para identificar um suspeito de TB	66 73,3%	24 26,7%	47 69,1%	21 30,9%	0,5610 ^a
Encaminhamento pela equipe de enfermagem do suspeito de TB ao médico	47 74,6%	16 25,4%	32 69,6%	14 30,4%	0,5608 ^a
Solicitação médica de raio-X a um caso suspeito de TB	16 59,3%	11 40,7%	14 63,6%	8 36,4%	0,7544 ^b
Encaminhamento médico do caso a outro serviço de saúde	–	27 100%	6 27,3%	16 72,7%	0,0053 ^a
Dificuldade para preencher pedidos de exame	23 25,6%	67 74,4%	26 35,0%	39 65,0%	0,2193 ^a

Notas: Dados inválidos (não se aplica) não foram considerados para a realização do Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. TB: tuberculose

^a Qui-quadrado

^b Exato de Fischer

estiveram posicionadas no lado negativo da dimensão 1, e o PA foi o mais associado a elas.

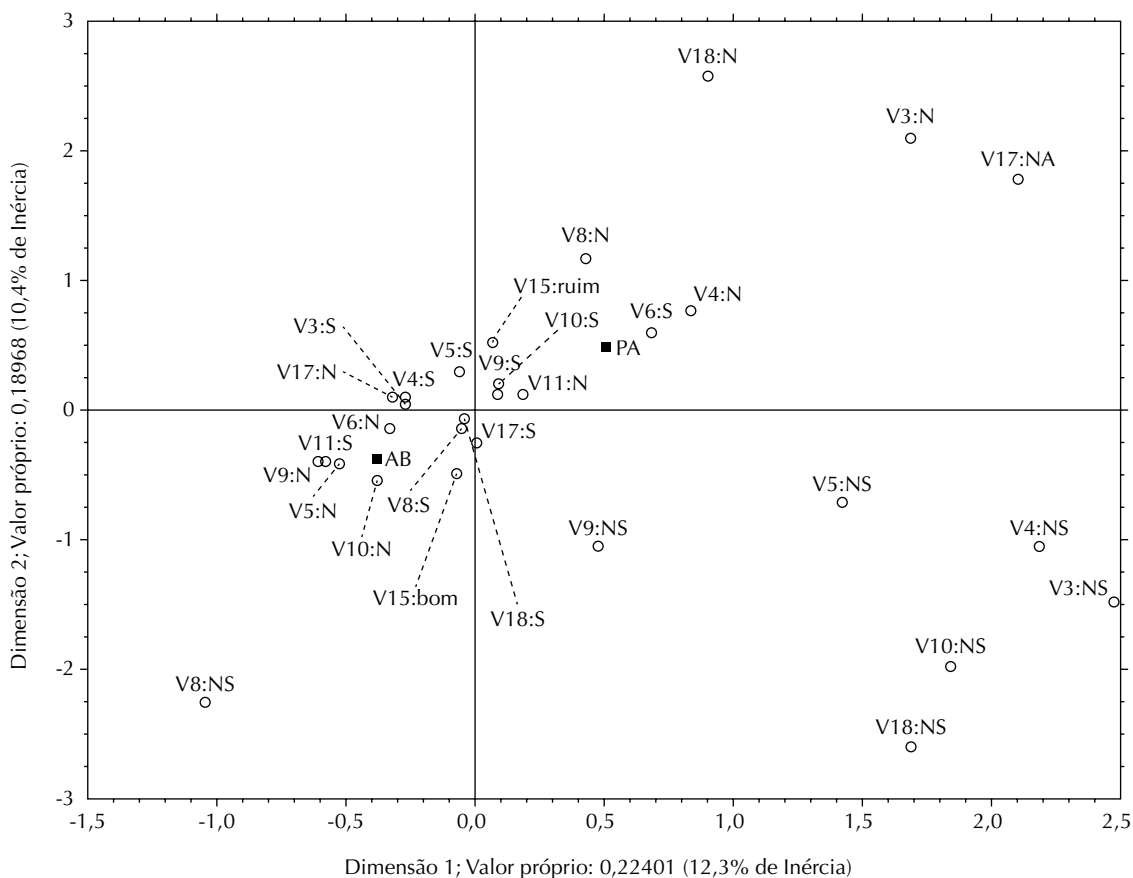
A dimensão 2 foi composta por variáveis relacionadas aos recursos humanos (estrutura) e percepção dos profissionais quanto à sua responsabilidade pelo atraso no diagnóstico da TB (processo) e explicou 10,4% da variabilidade dos dados. As categorias relacionadas às fragilidades na disponibilidade de recursos humanos e a não se sentir responsável pelo atraso no diagnóstico da TB estiveram no lado positivo da dimensão 2 e o PA foi o mais associado a tais categorias. As características opostas estiveram posicionadas no lado negativo da dimensão 2, e a AB foi a mais associada a elas (Figura).

A maior parte dos profissionais de saúde da AB e do PA referiu estar preparada para identificar um caso suspeito de TB e solicitar os pedidos de baciloscopia de escarro. Os profissionais da equipe de enfermagem da AB e do PA encaminhavam os casos suspeitos ao profissional médico, que solicitava o raio-X de tórax a mais de 50,0% dos casos em ambos os serviços. Houve associação entre os serviços de PA e o encaminhamento do caso suspeito a um serviço de saúde para continuidade da investigação por equipe especializada (Tabela).

DISCUSSÃO

A estrutura dos serviços de AB apresenta capacidade adequada para a solicitação de baciloscopia de escarro e realização do diagnóstico da TB, com disponibilidade de insumos (formulário, pote para coleta de escarro, geladeiras ou caixas térmicas) e recursos humanos, os quais relatam menor rotatividade e sobrecarga de trabalho. A estrutura das unidades de PA apresenta maior densidade tecnológica, e o raio-X é utilizado como principal opção para o diagnóstico da TB, sugerindo que a demanda é muitas vezes determinada pela oferta e disponibilidade de tal serviço.

O município estudado dispunha de ferramentas estruturais que são componentes em potencial para a continuidade e coordenação do cuidado, bem como para a formação de uma rede de atenção à saúde, como: presença de sistema de informação (Hygia-Web) que registra os atendimentos e exames realizados, o que permite conhecer a trajetória dos usuários dentro do sistema municipal de saúde; a adequada retaguarda laboratorial do município; e um sistema de transporte que permitia o deslocamento dos usuários entre unidades da rede de assistência à saúde que favoreça o acesso aos distintos pontos de atenção.



Legenda	Categoria de resposta	Cos ²		Dimensão
		Dimensão 1	Dimensão 2	
V3 – formulário para solicitação de baciloscopia	Sim (S)	0,610148	0,021531	1
	Não (N)	0,092821	0,144469	
	Não sabe (NS)	0,507429	0,178754	
V4 – pote para coleta de escarro	Sim (S)	0,494425	0,050872	1
	Não (N)	0,023054	0,019137	
	Não sabe (NS)	0,499758	0,114556	
V5 – geladeira para armazenamento do escarro	Sim (S)	0,006341	0,153696	1
	Não (N)	0,092730	0,058175	
	Não sabe (NS)	0,276177	0,067904	
V6 – equipamento de raio-X	Sim (S)	0,169958	0,128245	1
	Não (N)	0,271370	0,052590	
	Não sabe (NS)	0,150717	0,160657	
V8 – disponibilidade suficiente de profissionais de saúde	Sim (S)	0,016533	0,134343	2
	Não (N)	0,023191	0,176860	
	Não sabe (NS)	0,006846	0,032971	
V9 – rotatividade de recursos humanos	Sim (S)	0,034240	0,066630	2
	Não (N)	0,063228	0,029321	
	Não sabe (NS)	0,009151	0,043832	
V10 – sobrecarga de trabalho	Sim (S)	0,025977	0,130129	2
	Não (N)	0,047377	0,095745	
	Não sabe (NS)	0,043975	0,049270	
V11 – solicitação de baciloscopia a um caso suspeito de TB	Sim (S)	0,111005	0,048444	1
	Não (N)	0,111005	0,048444	
V15 – qualidade do tempo destinado a atender cada usuário	Bom	0,005309	0,256637	2
	Ruim	0,005309	0,256637	
V17 – dificuldade para convencer o suspeito a colher escarro	Sim (S)	0,000091	0,078571	1
	Não (N)	0,065252	0,006090	
	Não se aplica (NA)	0,267978	0,191132	
V18 – sentir-se responsável pelo atraso no diagnóstico da TB	Sim (S)	0,042175	0,116586	2
	Não (N)	0,026569	0,218034	
	Não sabe (NS)	0,018268	0,043174	

Variável Passiva (tipo de serviço de saúde): AB: atenção básica; PA: pronto atendimento. TB: tuberculose

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

Apesar disso, a falta de estruturação do trabalho em rede, bem como a subutilização dos registros (manuais e informatizados) e dos protocolos de atenção para a classificação de risco nos serviços de porta de entrada, acarretam sobrecarga de atendimentos no PA e duplicidade das ações nas distintas organizações do sistema de saúde.

Importantes fragilidades foram identificadas na gestão de recursos humanos no PA: número de profissionais insuficientes para atender a demanda; o fato de que

alguns profissionais não consideram a solicitação de baciloscopia de escarro como sua atribuição; e a não inclusão dos profissionais em cursos de capacitação/educação em TB, uma vez que o município destina a maior parte desses cursos aos profissionais da AB.

É imprescindível a elaboração de estratégias de capacitação no PA que considerem a sobrecarga de trabalho e a rotatividade de profissionais encontradas neste estudo. Alternativas simples como realizar reuniões

periódicas que cumprem papel na educação permanente dos trabalhadores deveriam fazer parte do cotidiano das equipes.¹⁷ O momento educacional deveria ser valorizado como parte da carga horária contratada¹² e superar os processos tradicionais de ensino, caracterizados por intervenções pontuais desvinculadas das práticas profissionais.¹¹

Apesar de os profissionais da AB relatarem sentir-se preparados para identificar um caso suspeito de TB e solicitar baciloscopia de escarro, essas potencialidades não resultam em transformação de atitude dos profissionais de saúde, na prática, quanto à incorporação de responsabilidades. A AB conseguiu diagnosticar 15,3% dos casos de TB pulmonar bacilífera esperados em 2009.^f

Essa situação é reconhecida em parte pelos profissionais da AB, que identificam sua atuação relacionada ao atraso no diagnóstico da TB. A organização da atenção na AB ocorre principalmente por demanda programada por meio de agendamento a grupos prioritários da área adscrita. Isso acarreta reduzido número de consultas eventuais para absorção da demanda espontânea e o suspeito, que apresenta a queixa respiratória mal definida, é encaminhado pela AB ao PA ou outros serviços.

O desempenho insatisfatório da AB pode estar relacionado à baixa incorporação do conhecimento à prática diária dos profissionais. Isso resulta em baixa suspeição e não incorporação da busca de casos de TB na rotina de trabalho em sua área de abrangência e baixa resolutividade para diagnosticar os casos, o que aumenta o tempo decorrido para o diagnóstico do agravo.

Essas hipóteses para o baixo desempenho da AB foram levantadas no estudo de Monroe,¹³ no Estado de São Paulo, que mencionou a inabilidade dos profissionais da AB em abordar a problemática da TB, considerando-a como competência de serviços especializados. Outro estudo¹⁶ identificou os serviços de atenção secundária e terciária como responsáveis por grande parte dos diagnósticos de Ribeirão Preto.

A programação de consultas médicas de rotina e eventuais na AB é feita em consonância com diretrizes gerenciais do município, que nem sempre são compatíveis com as necessidades da população. Isso gera alta demanda ao PA, que possui maior flexibilidade na agenda e garantia de atendimento.

Muitos doentes de TB podem passar pelo PA, visto o grande número de atendimentos realizados nesses serviços em 2009. No entanto, o número de casos de TB pulmonar bacilífera diagnosticados pelo PA correspondeu a 8,2% do esperado.^f Esse serviço deveria estar preparado para reconhecer os suspeitos com maior disponibilidade para

a escuta e identificação de queixas, bem como para disponibilizar a primeira baciloscopia de escarro.

A sobrecarga de trabalho encontrada no PA leva a um processo de atenção não resolutivo, principalmente quanto ao atendimento de condições crônicas, como a TB, ocasionado por debilidades na implementação das políticas de saúde relacionadas à ordenação do acesso dos usuários nos serviços da rede assistencial, e à baixa resolubilidade e qualidade dos serviços de AB, aliadas à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população. Nesse sentido, o desenvolvimento de estratégias de avaliação de risco nas unidades de PA com encaminhamento para atendimento na AB dos pacientes de baixo risco facilitaria sua conformação como porta de entrada dos sistemas de saúde e desafogaria as unidades de emergência. Enquanto sua articulação com a rede de AB não for estabelecida, haverá a permanência de um modelo competitivo entre os dois locais, fragilizando a AB enquanto um serviço de procura regular.⁶

De acordo com Almeida et al¹ (2010), nenhuma das instâncias do sistema de saúde dispõe da totalidade de recursos necessários ao atendimento das demandas de saúde da população. Torna-se fundamental o fortalecimento de mecanismos de referência e contra-referência, bem como de integração e cooperação entre os serviços de saúde. O trabalho em rede é um dos componentes para a prestação do cuidado abrangente, contínuo, resolutivo e distinto da concepção focalizada e seletiva ainda dominante, em que predominam ações e serviços de baixa qualidade dirigidos a populações pobres e vulneráveis.

Conceber tal lógica de trabalho implicaria reconhecer que as necessidades de saúde deveriam orientar o financiamento e os recursos essenciais ao bom desempenho do sistema, coerente com o propósito de melhoria das condições de vida e de saúde da população.²² Todos os locais onde a assistência é prestada possuem sua relevância e há que se negociarem missões/objetivos comuns e atribuições específicas a todos os componentes que constituem a rede de atenção à saúde: atenção primária à saúde, pontos de atenção secundária e terciária e os sistemas de apoio e os sistemas logísticos.

Além dos aspectos específicos em relação à oferta de atenção na AB e PA, similaridades foram evidenciadas na assistência prestada. Os manuais para o controle da TB recomendam o reconhecimento dos casos de TB por meio da busca ativa e solicitação/orientação da coleta de escarro. Contudo, verificou-se que a equipe de enfermagem assumiu essas ações em poucos serviços, permanecendo o diagnóstico centrado na figura do médico e na utilização de recursos de maior densidade tecnológica (raio-X).

^f Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília (DF); 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

O controle da TB requer a garantia de acesso aos serviços de saúde e a disponibilidade de RH capacitados. Seu processo de trabalho inclui a incorporação de conhecimentos para organizar a oferta e prestação do cuidado desde a suspeita até o manejo clínico do caso.

A produção do cuidado requer habilidades para a integração dos saberes clínico e epidemiológico e que extrapolem os desafios a serem enfrentados pelo sistema de saúde do município, quais sejam: o fortalecimento da AB como porta de entrada para o sistema de saúde e sua atuação como centro de comunicação da rede de atenção, realizando o acompanhamento dos casos de TB e integrando os serviços normalmente ofertados de forma fragmentada.

É preciso avançar no compromisso de garantir a efetiva consolidação da atenção primária como resposta à crise dos sistemas de saúde contemporâneos.¹² Para isso é preciso expandir a cobertura da Estratégia Saúde da Família,⁸ que se manteve em aproximadamente 12,0% nas últimas três gestões do município, e construir um novo significado para unidades de PA, implantadas devido ao forte apelo eleitoral, dada a aparente resolutividade para as filas de espera na área da saúde.⁶ Tudo isso requer a superação das políticas indutoras que competem entre si pela expansão e fortalecimento da AB, mediante a constituição das redes de atenção à saúde e pela construção de novas unidades de PA.

Os integrantes das equipes de saúde devem assimilar uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, com resgate de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e das relações entre os membros da equipe^{4,19} e entre os próprios serviços de saúde. Tudo isso de forma a constituir um trabalho interdisciplinar e em rede.

A incorporação de mecanismos que favoreçam a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, por meio de diretrizes clínicas, geraria um excedente cooperativo entre os atores sociais. Isso colaboraria para que todos os locais de atendimento explorassem seus potenciais de atuação em consonância com a densidade tecnológica disponível e a complexidade dos casos, o que aumentaria a eficiência e efetividade dos serviços para o diagnóstico da TB.

A avaliação do desempenho do PA e da AB no diagnóstico da TB possibilitou avaliar diversos aspectos do sistema de saúde de Ribeirão Preto, vislumbrando a necessidade da organização do trabalho interdisciplinar e em rede.

A análise do processo envolveu apenas o aspecto da atenção ofertada, ficando uma lacuna em relação à avaliação da atenção recebida (percepção dos usuários), e isso foi uma limitação do estudo.

Em conclusão, os serviços de PA apresentam fragilidades na estrutura para identificar os casos de TB. Além disso, fragilidades relacionadas ao processo tanto na AB quanto no PA implicam o resgate de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e das relações entre os membros da equipe e entre os próprios serviços de saúde, o que requer a incorporação de mecanismos de gestão dos componentes das redes de atenção à saúde para que todos os locais de atendimento explorem seus potenciais de atuação no diagnóstico da TB em consonância com a densidade tecnológica disponível e a complexidade dos casos.

É necessária a qualificação dos serviços de saúde que se constituem como as principais portas de entrada ao sistema de saúde para atender as reformas setoriais que priorizam o controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHL, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):286-98. DOI:10.1590/S0102-311X2010000200008
2. Beraldo AA, Arakawa T, Pinto ESG, Andrade RLP, Wysocki AD, Silva Sobrinho RA, et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(11):3079-86. DOI:10.1590/S1413-81232012001100024
3. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(3):401-12. DOI:10.1590/S1413-81232002000300002
4. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8. DOI:10.1590/S0034-71672009000100017
5. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care*. 1996;8(4):401-7. DOI:10.1093/intqhc/8.4.401
6. Giovanella L, Mendonça MHM, Moraes SME, Almeida PF, Fausto MCR, Andrade CLT, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saude Debate*. 2010;34(85):248-64.
7. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman; 2005.
8. Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2007;13(3):221-7.
9. Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski AL, Trajman A. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no Estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2011;37(4):512-20. DOI:10.1590/S1806-37132011000400014
10. Maciel EL, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14(11):1403-10.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
12. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7. DOI:10.1590/S0080-62342008000200008
13. Motta MCS, Villa TCS, Golub J, Kritski AL, Ruffino-Netto A, Silva DF, et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009;13(9):1137-41.
14. Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Monroe AA, Gonzales RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente comunitário de saúde. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2013 out 22]:106-18. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a08.pdf
15. Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;45(4):898-904. DOI:10.1590/S0080-62342011000400015
16. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.547-573.
17. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):603-14. DOI:10.1590/S0102-311X2010000300017
18. 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. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):389-97. DOI:10.1590/S0034-891020090005000022
19. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(3):523-35. DOI:10.1590/S1413-81232002000300010
20. Silva Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(6):461-8. DOI:10.1590/S1020-49892012000600003
21. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
22. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(3):711-24. DOI:10.1590/S1413-81232004000300021
23. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):610-2. DOI:10.1590/S1806-37132009000600014

DESTAQUES

O presente estudo tem como foco as micropolíticas no controle da tuberculose, uma vez que pretende avaliar os serviços que atuam como porta de entrada do sistema de saúde para o diagnóstico da tuberculose pulmonar em Ribeirão Preto.

Identificou-se associação entre os serviços de atenção básica e a adequada revisão de insumos e recursos humanos, bem como maior solicitação de baciloscopia. Os serviços de pronto atendimento mostram associação com maior solicitação de raio-x e encaminhamento do suspeito a outro serviço. Em ambos os serviços, as ações de diagnóstico permanecem centradas no médico. Dessa forma, os serviços de atenção básica e pronto atendimento apresentam estrutura adequada para a identificação do suspeito de tuberculose; no entanto, o desempenho é dependente das diferentes formas de organização.

Pretende-se que, com o fortalecimento dos serviços da atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde e como centros articuladores da rede de atenção, eles possam realizar o acompanhamento dos casos de tuberculose e integrar os serviços que hoje são ofertados de forma fragmentada, resultando em maior eficiência e efetividade dos serviços para o controle da tuberculose.

Prof^ª. Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica