

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem



Dissertação

**Avaliação da estrutura e do processo de atenção à pessoa com tuberculose
em unidade de Pronto Socorro**

Jéssica Oliveira Tomberg

Pelotas, 2013

JÉSSICA OLIVEIRA TOMBERG

**Avaliação da estrutura e do processo de atenção à pessoa com tuberculose
em unidade de Pronto Socorro**

Projeto de Dissertação apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roxana Isabel Cardozo Gonzales.

Pelotas, 2013

FICHA CATALOGRAFICA

Folha de Aprovação

Autor: Jéssica Oliveira Tomberg

Título: Avaliação da estrutura e do processo de atenção à pessoa com tuberculose em unidade de Pronto Socorro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde

Aprovado em _____

Banca examinadora:

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales
(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Drª. Sabrina da Silva de Souza
(Titular)
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof. Dr. Pedro Eduardo Almeida da
Silva
(Titular)
Universidade Federal do Rio Grande

Profª. Drª. Maria Elena Echevarría
Guanilo
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Profª. Drª. Celmira Lange
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

Aos meus pais, *João* e *Lurdes*, e ao meu irmão *Yuri*, alicerces fortalecedores da minha vida. Obrigada pelo amor, dedicação, carinho e compreensão. Obrigada por participarem de todos os momentos vividos, pelo apoio e conselhos. Ainda, agradeço em especial os meus pais pela educação dedicada e por constituírem uma família sólida e unida. Essa família torna sonhos realidade!

Ao meu amor, amigo, confidente e companheiro, *Sérgio*, por fazer parte dessa família. Obrigada por dividir comigo os momentos de insegurança, incertezas, tristezas e alegrias. A sua confiança, cumplicidade, paciência, o seu carinho e amor são fundamentais para eu conseguir percorrer o meu caminho. Você é uma pessoa muito especial. Te amo amor!

Àquela que orienta essa trajetória, *Roxana*. Obrigada pelo acolhimento no mundo acadêmico, carinho e dedicação nos ensinamentos. És um exemplo de profissional competente, ético e comprometido, além de ser uma pessoa admirável.

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa *GEATB-FEN/UFPEL*, com os quais uma amizade foi construída, e assim muitos momentos desse caminho foram mais divertidos. Em especial à *Duda, Jenifer e Lillian* indispensáveis na construção deste trabalho.

Aos *amigos e familiares* por terem compartilhado comigo os momentos importantes da minha vida. Obrigada!

Agradeço à *equipe de profissionais do Pronto Socorro* por me acolher como enfermeira, sempre me incentivando e apoiando para a conclusão do curso de mestrado. Obrigada por participarem dessa pesquisa.

Aos *professores do Programa de Pós-Graduação da Enfermagem*,
pelos ensinamentos acadêmicos e experiências disponibilizadas. À *CAPES* pela
bolsa de mestrado.

Aos membros da banca, *Dr^a. Sabrina Silva de Souza, Prof. Dr. Pedro
Eduardo Almeida da Silva, Prof^a Dr^a Maria Elena Echevarría,
Prof^a Dr^a Celmira Lange*, pela disponibilidade em avaliar esta pesquisa e
pelas contribuições. Essas são essenciais para qualificação desse estudo.

À *todos* que direta ou indiretamente estiveram envolvidos para que eu
concluísse o curso de mestrado. Muito obrigada!

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein

Resumo

TOMBERG, Jéssica Oliveira. **Avaliação da estrutura e do processo de atenção à pessoa com tuberculose em unidade de Pronto Socorro.** 2013. 83fls. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

A tuberculose (TB) é considerada um problema de saúde pública. Os elevados indicadores da doença possuem relações com a ineficácia do processo de descentralização das ações de controle para a atenção primária, no que se refere ao acesso dos usuários. Além disso, fragilidades nos aspectos organizacionais das unidades básicas de saúde direcionam parcela da população para atendimento em unidades de urgência e emergência, dentre elas as unidades de Pronto Socorro (PS). Desse modo, essas unidades necessitam estar preparadas para uma atenção direcionada e qualificada aos usuários com sintomas respiratórios da TB. Assim, objetivou-se avaliar a estrutura e o processo de atenção do Pronto Socorro de Pelotas (RS) ao sintomático respiratório para o diagnóstico da TB. Para a avaliação da unidade de PS foram utilizados elementos da estrutura (recursos físicos, instalações, equipamentos e humanos) e do processo (conduta dos profissionais de saúde) propostos por Donabedian (1980). O estudo tem caráter quantitativo de corte transversal, realizado com 115 profissionais de saúde (enfermeiros, médico, técnico/auxiliares de enfermagem) que atuam no Pronto Socorro do município de Pelotas como generalistas de maio a julho de 2013. As variáveis de interesse compõem um instrumento proposto para avaliar a atenção primária para a temática da TB. Para a análise dos dados foram utilizadas as variáveis de estrutura. As variáveis referentes aos recursos físicos, instalações e equipamentos foram avaliadas descritivamente. No que tange as variáveis da organização dos recursos humanos, foram analisadas pela Análise de Correspondência Múltipla (ACM) estratificados por categoria profissional. Observou-se o relato da presença de máscara, recipiente para coleta de escarro, formulário de solicitação de baciloscopia. Foram negados a presença de geladeira e local adequado para coleta de escarro. Na ACM verificou-se que os enfermeiros associaram-se com: atualização na área da TB pelo município/instituição, a falta de conhecimento sobre a TB, sobrecarga de trabalho, dificuldade de falar sobre a TB, convencer o usuário a colher o escarro e preenchimento dos impressos pelos profissionais de saúde. A categoria médico se associou com: a atualização clínica e dos exames de diagnóstico da TB, segurança para diagnosticar a doença, conhecimento e preparo dos profissionais de saúde para lidar com a TB, facilidade no convencimento de coletar escarro e preenchimento dos impressos pelos profissionais de saúde. Os técnicos/auxiliares de enfermagem associaram-se com as seguintes variáveis: desatualização clínica e de exames para o diagnóstico da TB, não saber se a sobrecarga de trabalho influencia nas ações de diagnóstico da doença, não saber e negar que o município/instituição disponibilizam de atualização para a TB. Conclui-se que, embora a unidade de Pronto Socorro tenha apresentado fragilidades na estrutura, essa possui os elementos essenciais para o desenvolvimento das ações para o diagnóstico da TB.

Descritores: Tuberculose. Avaliação em saúde. Serviço hospitalar de emergência.

Abstract

TOMBERG, Jéssica Oliveira. **Evaluation of the structure and process of attention to the person with tuberculosis in the emergency unit 2013.** 83fls. Dissertation (Masters) – Post-Graduation Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2013.

The tuberculosis (TB) is a health public problem. The high indicators of TB are relating with the process of decentralization of control to the primary health care, with regard to the access of users. Moreover, weaknesses in the organizational aspects of primary health care directs a portion of the population to care in urgency and emergency units, among which the emergency department (ED). Thereby, this unit needs to be prepared for a direct attention and qualified to users with symptoms of TB. So, the aim of evaluate the structure and process for attention offered by ED Pelotas (RS) to respiratory symptoms for the diagnosis of tuberculosis. For evaluate of the ED were used elements of structure (physical resources, facilities, equipment and human) and the process (conduct of health professionals) proposed by Donabedian (1980). This study a quantitative, cross-sectional, done with 115 health professionals (nurses, doctors, nursing assistances and nursing technicians) working in ED Pelotas in the months of May - July 2013. The variables of interest compose an instrument proposed to evaluate the health primary care to the theme of TB. For data analysis used the structure variables. The variables related to physical resources, facilities and equipment were evaluated descriptively. As regards the variables of human resources organization were analyzed by Multiple Correspondence Analysis (MCA) stratified by professional category. Observed reports of presence mask, of health professionals to deal with TB, facility to convince the user to collect sputum and filling in the forms by health professionals. The Nursing auxiliaries and Nursing technicians be associated: outdated clinical and diagnostic tests for TB, unknown if the work overload influences the actions of diagnosis of TB, unknown and deny that the municipality/institution provides update about TB. Although the Emergency Unit had shown flaws in structure, this has the essential elements for the development of actions for the diagnosis of TB.

Descriptors: Tuberculosis. Health Evaluation. Emergency Service, Hospital.

Sumário

I Projeto de Pesquisa	10
II Relatório de Campo	52
III Artigo Científico	57
Apêndices.....	75
Anexos	80

I PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem



Dissertação

**Avaliação da estrutura e do processo de atenção à pessoa com tuberculose
em unidade de Pronto Socorro**

Jéssica Oliveira Tomberg

Pelotas, 2012

JÉSSICA OLIVEIRA TOMBERG

**Avaliação da estrutura e do processo de atenção à pessoa com tuberculose
em unidade de Pronto Socorro**

Projeto de Dissertação apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roxana Isabel Cardozo Gonzales.

Pelotas, 2012

Banca de Exame de Qualificação

Prof^a. Dr^a. Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Prof. Dr. Pedro Eduardo Almeida da Silva

Dr^a. Rubia Laine de Paula Andrade

Prof^a. Dr^a. Maria Elena Echevarría Guanilo

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange

Lista de Figuras

Figura 1. Organização das Redes de Atenção à Saúde	33
Figura 2. Rede de atenção à tuberculose.	35
Figura 3. Quadro de variáveis relacionadas à estrutura da unidade de Pronto Socorro para atenção a tuberculose.	40
Figura 4. Quadro de variáveis relacionadas ao processo de atenção as pessoas com tuberculose na unidade de Pronto Socorro.	41
Figura 5. Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.	45
Figura 6. Recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do projeto	46

Lista de abreviaturas e siglas

ACM	Análise de Correspondência Múltipla
APS	Atenção Primária à Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
FN-SUS	Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde
GEATB	Grupo de Estudos de Avaliação em Tuberculose
GM	Gabinete do Ministro
HUSFP	Hospital São Francisco de Paula
MS	Ministério da Saúde
NOASS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PA	Pronto Atendimento
PS	Pronto Socorro
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SP	São Paulo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
AIDS	<i>Acquired Immuno deficiency Syndrome</i>
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DOTS	Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração

TB	Tuberculose
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HIV	<i>Human immuno deficiency virus</i>

Sumário

1 Introdução	18
1.1 Justificativa.....	21
2 Revisão de Literatura	23
2.1 Determinantes para a utilização das unidades de urgência e emergência: unidades de Pronto Socorro.....	23
2.2 Características da atenção à tuberculose em unidade de Pronto Socorro.....	26
3 Objetivos	29
3.1 Objetivo Geral	29
3.2 Objetivos Específicos	29
4 Hipóteses	30
5 Marco Teórico	31
5.1 Formação de Redes de Atenção para a Reorganização do Sistema de Saúde..	31
6 Metodologia.....	36
6.1 Delineamento do estudo.....	36
6.2 Cenário de pesquisa	37
6.3 População de estudo.....	38
6.4 Instrumento de coleta de dados	38
6.5 Operacionalização da coleta de dados	39
6.6 Variáveis do estudo.....	39
6.7 Análise dos dados	43
6.8 Aspectos éticos	43
6.9 Divulgação dos resultados	44
7 Cronograma	45
8 Orçamento.....	46
9 Referências	47

1 Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa com repercussão mundial. Em 1993 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de emergência de saúde pública para a TB, nesse período os números de casos novos da doença eram de 7 a 8 milhões e o número de mortes entre 1,3 a 1,6 milhões por ano (WHO, 2011).

No ano de 2009 foram notificados 9,4 milhões de casos novos no mundo, além de 1,7 milhões de mortes causadas pela doença (WHO, 2010). Em 2012 foram registrados 8,6 milhões de casos novos e 1,3 milhões de mortes (WHO, 2013). Atualmente a carga mundial de indivíduos com TB concentra-se em 22 países, sendo esses considerados prioritários para o desenvolvimento de ações para o controle da doença (WHO, 2011, WHO, 2013). O Brasil está incluído dentre esses países (BRASIL, 2011a).

Em 2012 no país foram confirmados aproximadamente 80 mil casos novos, sendo considerada a 3ª doença infecciosa em número de óbitos e a 1ª causa de morte em pessoas com HIV/AIDS (WHO, 2013; BRASIL, 2011a). No mesmo ano, o estado Rio Grande do Sul (RS) notificou 4.793 casos novos (BRASIL, 2011b).

Atualmente 15 municípios do estado do RS são considerados prioritários para o desenvolvimento das ações de controle da doença, entre esses se encontra a cidade de Pelotas (BRASIL, 2011b) que no ano de 2011 registrou 169 casos novos de TB (BRASIL, 2012). Diante dessa realidade observa-se que a complexidade do enfrentamento à TB reside principalmente na capacidade dos serviços de saúde em implementarem de forma efetiva as ações de detecção e diagnóstico precoce com início do tratamento imediato (HIJJAR et al., 2007).

Na literatura evidencia-se que a TB geralmente, afeta adultos (homens) em idade produtiva, entre 15 e 59 anos de idade. A ocorrência da doença mantém estreita relação com os fatores de vulnerabilidade da população, dentre eles, a condição social (pobreza, baixa escolaridade), os hábitos comportamentais (etilismos, tabagismo e drogadição), as populações específicas (indígenas, moradores de rua, população carcerária) e a presença de comorbidades (HIV/AIDS

e diabetes) (WHO, 2011; CALIARI; FIGUEIREDO, 2012; HINO et al., 2011a; HINO et al., 2011b; SEISCENTO et al., 2009).

Para reduzir o impacto da doença na população, diversas estratégias vêm sendo implementadas no país. Em 1998 foi implantada a Estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) (BRASIL, 2004a), com o objetivo de atingir 85% de cura da TB, 70% de detecção dos casos e reduzir o abandono do tratamento para 5% (WHO, 2005). Essas metas são operacionalizadas mediante o compromisso político, sendo garantidas com a detecção dos casos a partir da realização de exames (radiografia de tórax e baciloscopia de escarro), do tratamento de curta duração, do fornecimento de medicação na rede de serviços, com o uso de um sistema de informações que permita o acompanhamento dos casos e o monitoramento pelos profissionais de saúde (WHO, 1999).

No ano de 2001, o contexto político foi favorável com o processo de descentralização por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOASS) (BRASIL, 2001), a qual atribui responsabilidades de gestão de saúde aos estados e aos municípios. Portanto os municípios começam a se organizar de forma ampliar o atendimento da população em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em 2004 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) horizontalizou as ações de controle da TB no intuito de buscar sinergismo destas, através da ampliação das ações de detecção e tratamento de casos para o enfrentamento da doença, na qual, tais ações passam a ser responsabilidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2004a).

O PNCT recomenda que as unidades de APS desenvolvam ações que as caracterizem como a principal porta de entrada do usuário para o diagnóstico e tratamento da doença. Para isso, a busca ativa do sintomático respiratório (SR) na comunidade e o tratamento dos casos, utilizando as visitas domiciliares e o Tratamento Diretamente Observado (um dos elementos do DOTS) são estratégias que garantem essas ações (BRASIL, 2011c).

No entanto, apesar da APS ser o cenário prioritário para o desenvolvimento das ações de controle da TB, estas são atribuídas aos demais serviços, nos diferentes pontos de atenção (primário, secundário e terciário). O decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, estabelece que os serviços de APS tenham a função de ser o ponto de atenção organizador da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011d). As unidades de Pronto Atendimento (PA), dentre elas as unidades de Pronto Socorro

(PS) são consideradas também como portas de entrada, uma vez que estas compõem o conjunto de unidades de urgência e emergência (BRASIL, 2011d). O Ministério da Saúde (MS) reconhece que essas unidades acolhem demanda de pessoas com sintomas respiratórios de TB em quadros agudos ou não, como evidenciado em estudos (BRASIL, 2011c; OLIVEIRA et al., 2011; ANDRADE, 2012).

Em pesquisa realizada no município de Pelotas (RS) foi identificado que a porta de entrada ao doente de TB foi principalmente os serviços de APS, contudo, esses não apresentavam resolutividade em relação ao diagnóstico quando comparado a serviços de PA, esses por sua vez demonstraram facilidade no acesso ao diagnóstico precoce (RODRIGUES, 2010).

Nesse sentido, a demanda de pessoas com TB nas unidades de PS exige a articulação e a estruturação de uma rede de atenção à TB, assegurando a interação dos serviços para o desenvolvimento de ações integradas para o combate à TB, utilizando-se do sistema de referência e contra referência (BRASIL, 2011c).

Unidades de PS devem estar adequadas quanto à estrutura e aos aspectos processuais para garantir correta conduta de identificação do SR, mediante um processo de classificação de risco, visando diminuir a espera pelo atendimento, assegurar o diagnóstico precoce, iniciar o tratamento de forma oportuna e reduzir o risco de transmissão do bacilo da doença, além de desenvolver ações de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2011c).

Para assegurar uma assistência integral ao doente de TB, as ações de saúde devem ser planejadas previamente e vinculadas à gestão da atenção. Sendo elas questões relacionadas a registro de informações, criação de vínculos, fluxos adequados para o SR, normatização das ações, responsabilização dos atores envolvidos na atenção, valorização do contexto social, preparo do doente para receber o diagnóstico de TB, detecção precoce dos casos, construção de projetos terapêuticos singulares e o preparo dos profissionais de saúde (BARRÊTO et al., 2012).

Cabe ressaltar que a qualificação dos profissionais de saúde em relação a aspectos relacionados à atenção as pessoas com TB são essenciais, uma vez que, esta garante as atividades de vigilância epidemiológica, avaliação e controle da doença, de modo a ampliar a capacidade de diagnóstico, promover a cura, intensificar a busca do SR e dos contatos dos doentes (BRASIL, 2004a).

Garantir agilidade no processo de diagnóstico e no início do tratamento, independente do ponto de atenção à saúde, é primordial para o impacto positivo no controle da doença. É impreterível que todos os serviços estejam preparados para desempenhar as ações de controle da TB com qualidade garantindo o atendimento adequado às pessoas com sintomas da doença. Esta prerrogativa se fundamenta nas evidências de que as pessoas com TB ainda enfrentam diversas barreiras no processo de busca pelo atendimento para diagnóstico na APS (OLIVEIRA et al., 2011; SCATENA et al., 2009; ARAKAWA et al., 2011; ARCÊNCIO et al., 2011).

Frente ao exposto, o presente estudo torna-se relevante, uma vez que, pretende avaliar a estrutura e o processo de atenção do PS de Pelotas (RS) para o diagnóstico da TB. Esse estudo, visa auxiliar na identificação da estrutura existente e forma de atendimento às pessoas com sintomas respiratórios da TB que procuram esses serviços, bem como, na implementação de estratégias para melhor atenção e integração dos serviços no sistema de saúde.

1.1 Justificativa

Fragilidades relacionadas ao acesso dos usuários às ações de controle da TB desenvolvidas pelos serviços de APS comprometem a efetivação das políticas de saúde (ARCÊNCIO et al., 2011). Essa realidade resulta no aumento da busca por atendimento da população em outros serviços de saúde, dentre eles as unidades de PA, mais especificadamente os PS.

Estudo realizado em Ribeirão Preto no estado de São Paulo (SP) identificou que uma percentagem significativa (34%) dos doentes de TB procurou atendimento em unidade de PA e hospitais gerais quando iniciaram os sintomas, além disso, a maioria (73%) recebeu o diagnóstico nesses serviços (OLIVEIRA et al., 2011). Estudo realizado no mesmo município, em 2009, evidenciou que a percepção dos profissionais de saúde quanto aos serviços de APS e de PA é de que ambos apresentam o desenvolvimento das ações para o diagnóstico da TB satisfatórios (ANDRADE, 2012).

No entanto, em pesquisa realizada no município de Campina Grande, Paraíba (PB), constatou-se que 61,7% dos usuários ao sentirem sintomas respiratórios da TB procuraram os serviços de saúde dos pontos de atenção secundário e terciário para o primeiro atendimento, e ainda 86,6% dos usuários

tiveram o diagnóstico nesses serviços (SILVA, 2011). Para Brito et al. (2003) a população que procura por atendimento em serviços de PA são usuários com a doença em estágio avançado, evidenciando as fragilidades na detecção precoce dos casos da TB pela APS.

Nessa perspectiva, todos os serviços de saúde devem estar qualificados para o desenvolvimento das ações em consonância com as condições de saúde dos usuários que o buscam (MENDES, 2011). Para Bittencourt e Hortale (2007) a qualidade dos serviços de saúde se reflete na satisfação das necessidades e expectativas dos usuários, e de suas famílias, por meio da resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde com redução dos riscos e humanização das relações.

Para tanto, Bodstein (2002) ressalta que primeiramente o sistema de saúde necessita reorganizar o fluxo da rede de serviços, assim, deve ocorrer à avaliação do contexto de descentralização da política de saúde, desse modo é possível identificar as transformações necessárias.

Nesse contexto, as unidades de PS devem articular-se de acordo com as características de sua demanda espontânea com a finalidade de identificar o perfil de seus usuários e qualificar as ações de busca e diagnóstico da TB. Devem desenvolver ações que estabeleçam vínculos com os demais serviços da rede para garantir a integralidade e resolutividade do atendimento a esses usuários. Ainda, contribuir na qualificação do fluxo de atendimento à pessoa com TB na rede de atenção à saúde de forma a assegurar a continuidade da atenção.

Diante do exposto, considera-se fundamental a avaliação da unidade de PS de Pelotas (RS) visando analisar os aspectos estruturais e processuais na atenção à TB. Nesse sentido elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: **Qual a estrutura e o processo de atenção do Pronto Socorro de Pelotas (RS) aos sintomáticos respiratórios para o diagnóstico de tuberculose?**

2 Revisão de Literatura

A revisão de literatura apresentará peculiaridades relacionadas aos determinantes para a utilização das unidades de urgência e emergência, por usuários em condições de saúde sem caráter aguda. Posteriormente será abordada a atenção à TB nessas unidades.

2.1 Determinantes para a utilização das unidades de urgência e emergência: unidades de Pronto Socorro.

As unidades de urgência e emergência inserem-se no sistema de saúde como importante componente para garantir a integralidade assistencial às urgências da população. Considerando a necessidade de estruturar a atenção às urgências, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi implantada em território nacional, sendo regulamentada pela Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Está instituídos os serviços de urgência e emergência como sendo compostos pelas unidades pré-hospitalar fixa (UBS, unidades saúde da família, equipe de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia e unidade não hospitalar de atendimento às urgências), pré-hospitalar móvel (Serviços de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU), serviços de salvamento e resgate), hospitalar (PS e unidades hospitalares), pós-hospitalar (modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral) (BRASIL, 2003a). No que se refere às unidades de PS, essas se caracterizam por possuir funcionamento ininterrupto, organizados para garantir o PA das pessoas em condições agudas à saúde, com risco de vida e o acolhimento dos usuários que procuram o serviço (BRASIL, 2006a).

No entanto, evidencia-se a frequente procura para o atendimento nas unidades de urgência e emergência, dentre elas as unidades de PS, de pessoa sem caráter agudo à saúde. Conforme as observações de O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) a demanda espontânea desses serviços sem caráter de urgência são caracterizadas em decorrência das barreiras encontradas nos serviços com relação ao acesso às especialidades médicas e as densidades tecnológicas.

Dentre outros fatores, a pouca abrangência da APS à comunidade repercute na procura frequente dessas unidades para resolutividade dos problemas de saúde (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Frente a essa realidade, unidades de PS tornam-se a porta de entrada para o usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses superlotados por essa demanda espontânea que busca soluções para o sofrimento em saúde, acarretando a demora do atendimento e enormes filas de espera, além de sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde (BRASIL, 2006a).

Desse modo, acredita-se que a assistência nesse setor é fragilizada ao passo que usuários com situações de saúde sensíveis a APS recebem atendimento imediatista não abrangendo a integralidade da atenção (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Há divergência no conceito de urgência e emergência quanto à finalidade do atendimento dos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários. Os profissionais que atendem nas unidades de PS sustentam uma concepção do atendimento focando as condições agudas à saúde, não considerando o indivíduo, a família, a comunidade em seu contexto socioeconômico, cultural e inserido em uma rede de saúde, já os usuários procuram o atendimento por alterações que consideram importantes (GARLET et al., 2009). Na atenção à TB essa situação acarreta em implicações negativas, uma vez que, a TB é influenciada por fatores sociais, assim a desconsideração desses determinantes por parte dos profissionais de saúde pode contribuir para o aumento da transmissão do bacilo da doença.

A percepção dos usuários com relação aos cuidados de saúde está vinculada à busca por atendimento imediatista, sendo a consulta médica e a terapia medicamentosa valorizadas por esses usuários (SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010). Esse fato é comprovado nos resultados da pesquisa realizada por Carret, Fassa e Domingues (2009) a qual se identificou que 70% dos usuários que aguardavam atendimento em uma unidade de PS consideraram que a sua situação de saúde era grave, ainda quando questionados sobre o motivo da procura pelo serviço, estas acreditavam que o serviço possui recursos para resolver o problema de saúde devido à facilidade do acesso aos exames e medicações de alívio de sintomas.

O Conselho Federal de Medicina com a resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995 define que urgência é “ocorrência imprevista de agravo à saúde com

ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência como “uma constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995, p.3666).

Em pesquisa realizada na cidade de Pelotas (RS), em 2007, identificou-se que parcela significativa da população procurou atendimento em unidade de PS sem apresentar situações agudas a saúde. A justificativa para a procura por esse serviço pela população com menos de 50 anos estava relacionada à redução do tempo de funcionamento e recusa do atendimento nas UBS. Já na população com idade maior de 50 anos a procura pelo atendimento estava associado à ausência do acometimento de doenças crônicas e falta de apoio social (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2007).

Fatores associados à procura pelas unidades de PS estão relacionados aos aspectos que refletem a fragilidades da APS, tais como: dificuldade do acesso, dificuldade de agendamento de consultas médicas, tempo de espera para realizar consulta médica e o turno de funcionamento. A solução para a diminuição da procura por essa demanda reside na recepção ampliada, de qualidade e humanizada na APS com a finalidade de abranger o atendimento em saúde à população que não tem acesso, ainda proporcionar ações de educação em saúde (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

Além disso, para atender essa demanda reprimida na rede de serviços o MS, desde 2004, vem implementando nas unidades de PS o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, o qual visa reorganizar a fila de espera, fortalecer o sistema de referência e contra referência, e assim, direcionar os usuários na rede de atenção (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, a reorganização da fila de espera possibilita agilidade no atendimento para os usuários em estado grave, bem como facilita as ações educativas no sentido de caracterizar o serviço de urgência e emergência e da rede básica de saúde (SHIROMA; PIRES, 2011). Esta forma de organização contribui com a rápida identificação do SR da TB nesse processo.

Para potencializar o enfrentamento da superlotação das unidades de PS o MS estabeleceu que a atenção às urgências deva acontecer em todos os pontos de atenção do SUS, e desse modo desconcentrar a procura espontânea como porta de

entrada exclusivamente nos PS, assim reduzindo a superlotação e garantindo integralidade da assistência (BRASIL, 2011d).

Nessa conjuntura, ações necessitam ser desenvolvidas em todos os pontos de atenção do sistema de serviços de saúde, no sentido de integrar esses serviços, por meio da referência e contra referência visando garantir a integralidade e resolutividade da atenção à saúde em todos os níveis de atenção procurados pela pessoa com SR.

2.2 Características da atenção à tuberculose em unidade de Pronto Socorro

A procura por unidades de PS por usuários com necessidades de saúde sem caráter de urgência é frequente. Destarte há reflexos na forma como esta organizada a rede de saúde acarretando a necessidade de adequações nos serviços para proporcionar o acesso e a integralidade de atenção aos usuários do SUS. Nessa demanda espontânea, incluem-se os usuários com sintomas respiratórios da TB. Estudo desenvolvido no PS de Pelotas identificou que a queixa de tosse e febre estavam entre as cinco queixas mais frequentes dos atendimentos desse serviço (TOMBERG, 2010).

Frente a essa situação, o MS recomenda o desenvolvimento de ações de biossegurança nessas unidades. Para isso, aconselha-se que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) gerencie essas ações, estabelecendo responsabilidades a todos os profissionais, favorecendo o controle na unidade. As medidas de biossegurança são divididas em: individuais (uso de máscara) administrativas (agilidade na detecção de casos, correto fluxo na unidade, estabelecer protocolos para o isolamento respiratório e evitar permanência ou internação desnecessária) e de controle ambiental (adaptação do mobiliário e espaços ventilados e adequação do local para coleta de escarro) (BRASIL, 2011c).

Assim, é essencial a realização de um processo de classificação de risco visando identificar o SR para TB e diminuir a espera pelo atendimento, garantir o diagnóstico precoce, iniciar o tratamento de forma oportuna e reduzir o risco de transmissão do bacilo da doença (BRASIL, 2011c; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2005).

Além disso, o atendimento nos serviços de urgência e emergência deve estabelecer um fluxo especial para realização de exames dos SR para TB, assim como correta condução clínica, laboratorial e de vigilância dos casos de TB, sendo

essa estabelecida pelo setor administrativo por meio de protocolos. O isolamento respiratório dos usuários suspeitos de TB pulmonar é previsto e deve atender exigências de um protocolo pré-definido pela instituição (BRASIL, 2011c).

Segundo Solari et al. (2008) nas unidades de urgência e emergência, dentre elas as unidades de PS, o processo de isolamento respiratório ocorre lentamente, aumentando o risco de contágio da doença, no momento que o usuário com TB transita nos diversos espaços físicos da unidade de saúde. A implantação desses protocolos nesse setor facilita a decisão do isolamento, além de proporcionar benefícios no controle da TB e econômicos para a instituição (SOLARI et al., 2011). Ainda, é preconizado evitar internações prolongadas e desnecessárias, para evitar o contágio entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2011c). A internação hospitalar é indicada em casos graves da doença, ou alta probabilidade de abandono devido às condições socioeconômicas e culturais (BRASIL, 2006b).

De acordo com Assunção, Seabra e Figueiredo (2009), apesar de ser estimulado o tratamento ambulatorial para TB desde 1950, ainda há internações hospitalares prolongadas, isso está atrelado à difícil adesão ao tratamento, à falta de conhecimento dos usuários, ao estigma, ao medo de transmissão do bacilo da doença aos familiares e à falta de apoio familiar com relação à doença.

Outro elemento que é valorizado para evitar a transmissão do bacilo da TB é a adequação de local para coleta de escarro, sendo esse essencial no processo de atenção ao SR de TB. Este deve ser uma área externa ao serviço, com ventilação, respeitando as medidas de biossegurança, além disso, a utilização de máscaras é indicada aos profissionais de saúde e usuários em investigação de TB ou confirmação. Essa deve ser utilizada pelos profissionais em todos os momentos que entram em contato com o usuário. Ainda, é recomendada a utilização de máscara pelo usuário quando o serviço não possuir estrutura física adequada, na espera pelo atendimento e em casos de transferências (BRASIL, 2011c).

Segundo Escombe et al. (2010) medidas administrativas para a adequação das estrutura dos serviços de emergência são prioridade para evitar o contágio dos profissionais. Nesse contexto, as unidades de urgência e emergência, dentre elas as unidades de PS, constituem-se em importantes serviços de saúde para o diagnóstico da TB, visto a alta procura por atendimento de pessoas com sintomas respiratórios da doença. Portanto, considera-se relevante o desenvolvimento das ações voltadas para o atendimento ao SR, na medida em que estas estejam

articuladas à rede de atenção a saúde visando à continuidade e resolutividade da assistência a esses usuários.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a estrutura e o processo de atenção do Pronto Socorro de Pelotas ao sintomático respiratório para o diagnóstico de tuberculose.

3.2 Objetivos Específicos

Investigar a estrutura em relação à disponibilidade de recursos humanos e materiais e o preparo e qualificação dos profissionais de saúde para lidar com a tuberculose.

Analisar as ações realizadas pelo profissional de saúde na atenção ao sintomático respiratório (avaliação clínica, solicitação de exames, encaminhamentos e internação).

4 Hipóteses

A unidade de PS não apresenta estrutura adequada para o atendimento às pessoas com sintomas de TB.

Os profissionais de saúde realizam avaliação clínica, solicitação de exame, encaminhamentos e internação para a investigação de TB.

5 Marco Teórico

5.1 Formação de Redes de Atenção para a Reorganização do Sistema de Saúde.

O SUS permanece em constante transformação almejando o alcance dos princípios e diretrizes que o norteiam. As ações preconizadas pelas políticas de saúde focalizam-se na construção do saber para minimizar os agravos à saúde e a desigualdade da acessibilidade aos serviços (STARFIELD, 2002).

A saúde pública no contexto do SUS está organizada em um conjunto de ações e serviços para promover a cobertura total da saúde à comunidade. Nessa direção, o sistema tem demonstrado inúmeros avanços, a partir da qualidade de seus programas, de resultados frente às estruturas existentes, do processo de produção de serviços, dos resultados sanitários e da opinião da população (BRASIL, 2006c).

No entanto, na atualidade o sistema de saúde vivencia uma crise contemporânea por apresentar uma organização da atenção, de forma fragmentada, com sequencia hierárquica conforme sua densidade tecnológica, por níveis de atenção (primária, secundária e terciária), o qual não demonstrou desempenho satisfatório para o enfrentamento da situação de saúde no país. Está caracterizada pela tripla carga da saúde (doenças infecciosas não superadas, causas externas e hegemonia das condições crônicas) (MENDES, 2011).

Sistemas fragmentados favorecem as fragilidades da atenção à saúde, ao passo que fortalecem a hegemonia médica curativista, impossibilitam a continuidade do cuidado e a acessibilidade aos serviços, devido à falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção (MENDES, 2011). A interação entre os níveis de atenção ocorre através do sistema de referência e contra referência, esse se apresenta ineficiente, não havendo comunicação entre os profissionais de saúde e não ocorre o acompanhamento da situação de saúde dos usuários (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Vale destacar que o conceito de referência é à ação de encaminhar o usuário para um nível de atenção com maior densidade tecnológica enquanto a contra referência é o oposto (BRASIL, 2003b).

Cabe salientar que os níveis de atenção são divididos em: atenção primária, caracterizada com serviços próximos à comunidade, possuindo um processo de trabalho com ênfase nas ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. No nível secundário residem os serviços de atendimento às especialidades médicas. Já o nível terciário é composto por serviços hospitalares de alta densidade tecnológica (MENDES, 2011). As unidades de urgência e emergência, dentre elas as unidades de PS, conformam os diferentes níveis de atenção.

A fragmentação favorece a busca por assistência nas unidades de PS, as quais possuem um acesso facilitado para a população, independente da condição de saúde do usuário se aguda ou crônica, tornando-se porta de entrada do usuário no SUS. Nessa demanda, incluem-se as pessoas usuárias com sintomas respiratórios de TB que por barreiras encontradas na APS para a detecção da doença procuram por outros níveis de atenção (SCATENA et al., 2009; RODRIGUES, 2010; OLIVEIRA et al., 2011; ARAKAWA et al., 2011; ARCÊNCIO et al., 2011; ANDRADE, 2012; SILVA, 2011).

Nessa conjuntura, visando minimizar essas fragilidades Mendes (2011) defende a reestruturação dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo o autor, o primeiro relato da necessidade de transformação dos sistemas de saúde em RAS foi em 1920 por meio do “Relatório Dawson”. Nesse relatório, foi considerado que as barreiras do acesso da população aos serviços de saúde poderiam ser superadas se o sistema fosse reorganizado. Esse, por sua vez, reconhecia a necessidade da integração das ações curativas e preventivas, para isso sugeriu-se organizar os serviços de saúde em centros primários de saúde e os centros secundários de saúde (DAWSON, 1964).

Para Mendes (2011) as RAS são organizações poliárquicas que visam organizar as ações dos serviços de saúde, promover a integração entre os serviços, caracterizando a atenção como contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de estimular o vínculo entre profissional/usuário e o trabalho em equipe multidisciplinar. Ainda contribui para desenvolvimento dos serviços de saúde com relação ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Nessa perspectiva, as RAS são organizadas centralizando suas ações na APS.

Em 2008, o MS ciente das fragilidades do modelo de atenção à saúde brasileira, lança uma proposta metodológica para a implantação das RAS (BRASIL, 2008) no SUS. Contudo, só em 2010 as RAS foram definidas em território nacional conforme Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelecem-se diretrizes para a sua organização no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). O conceito da Rede proposto pelo MS constitui-se de cinco dimensões conforme ilustrado abaixo na figura 1:



Figura 1. Organização das Redes de Atenção à Saúde

Fonte: Ministério da Saúde. <http://portal.saude.gov.br>.

Esse novo modelo de atenção possibilita a intercomunicação entre todos os pontos de atenção garantindo a qualidade da assistência. Para superar a ineficiência do sistema de referência e contra referência nas RAS há os sistemas logísticos os quais se baseiam na tecnologia de informações, assegurando a comunicação entre todos os pontos de atenção. Esses configuram-se como um importante sistema operacional nos serviços de saúde para nortear as ações dos profissionais visando à integralidade e resolutividade dos mesmos. Esse sistema permite o usuário transitar nos pontos de atenção em conformidade à sua necessidade de saúde (MENDES, 2011).

No contexto das unidades de PS, os sistemas logísticos é ferramenta auxiliadora na redução da demanda espontânea, sendo utilizadas para orientar o usuário que procura essas unidades sem apresentarem situação agudas à saúde, para outras portas de entrada, ou seja, para outros serviços que proporcionariam integralidade da atenção.

A implantação das RAS é um processo complexo. Nesse sentido, o MS definiu três redes temáticas prioritárias: a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha) e a Rede de Atenção Psicossocial com ênfase no enfrentamento do crack e outras drogas (BRASIL, 2011e).

A RUE é composta por diferentes pontos de atenção complexos do SUS adaptados a partir de estruturas e ações para o atendimento às urgências e emergências, sendo articulados com a finalidade de manter um atendimento qualificado e ágil, o acesso humanizado e a integralidade da atenção às urgências. Nessa nova perspectiva é preconizado que os quadros agudos devem ser atendidos em todos os pontos de atenção do SUS e posteriormente referenciados para o ponto de atenção que aporta a necessidade de cada usuário (BRASIL, 2011e, BRASIL, 2013).

Para o atendimento às urgências e emergências, sugere-se a destinação de um espaço nas UBS destinado a observação de pessoas usuárias nestas condições. Com relação ao SAMU recomenda-se a ampliação da cobertura dos municípios através do processo de regionalização. Um aspecto fundamental no contexto da RUE é a criação da Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS) que busca minimizar a iniquidade proporcionando assistência às emergências a comunidade vulnerável a de difícil acesso. Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e similares (serviços de urgência em funcionamento 24 horas) subsidiam a integralidade às urgências (BRASIL, 2011e, BRASIL, 2013).

Essas adequações necessárias para o sistema de saúde também abrangem a atenção a TB, favorecendo a detecção dos sintomáticos respiratórios, diagnóstico da doença e início do tratamento, ao passo que a integração dos diferentes pontos de atenção contemplará a estrutura de referência e contra referência da atenção ao doente de TB, e desse modo, focalizará as ações de controle da doença APS.

Na atenção a TB o sistema de referência e contra referência constitui-se em um alicerce para o combate à doença por meio da interação entre os pontos de atenção. Destaca-se que a atenção à TB, apesar de ser considerada uma condição crônica sensível à APS está contemplada em todos os pontos de atenção de acordo com a necessidade do usuário, conforme demonstra a figura 2 a seguir:

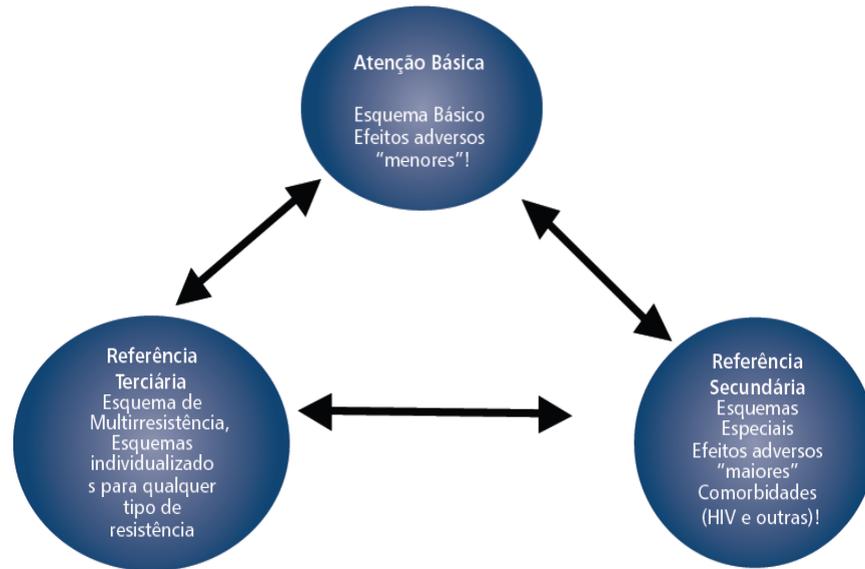


Figura 2. Rede de atenção à tuberculose.

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2011.

Portanto, a integração entre os pontos de atenção favorece a assistência ao SR da TB. Essa tem o potencial de qualificar a atenção a partir das necessidades dos individuais e coletivas dos usuários. Nesse sentido, a rede de atenção à tuberculose somada à nova organização do sistema de saúde com as RAS vem contribuir para a efetivação das ações de controle da doença.

6 Metodologia

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal que foi desenvolvido por meio da aplicação de questionário específico aos profissionais de saúde, para analisar a estrutura e o processo da atenção às pessoas com sintomas de TB no PS de Pelotas caracterizado como serviço de urgência e emergência.

Nesta proposta de pesquisa foi utilizado como referencial metodológico os elementos de estrutura e processo propostos por Donabedian (1980) para a avaliação da qualidade médica.

Segundo Donabedian (1980) a avaliação em saúde é uma atividade complexa e os elementos da estrutura e do processo se interligam, estando predisposto um a influenciar o outro. Entende-se por avaliação a emissão de um juízo de valor capaz de fornecer informações sobre as condições de saúde, por meio de dispositivo cientificamente válido, visando possuir subsídios teóricos para a elaboração de planos estratégicos para o aprimoramento ou transformação, sendo possível o envolvimento de diferentes atores sociais (CHAMPAGNE et al., 2011).

Donabedian caracteriza como estrutura os instrumentos e recursos que dispõe e dos lugares físicos e organizacionais onde trabalham. Incluem os recursos humanos, físicos e financeiros necessários para proporcionar atenção à saúde. Abrange o número, distribuição, e qualificação dos profissionais de saúde, assim como o número dos equipamentos, tamanho das instalações, disposição geográfica dos hospitais e outras instalações, características da população (demográficas, sociais, econômicas e de localização), horário de atenção ao usuário para consulta médica e tratamento, maneira como é financiado e prestação de serviços (DONABEDIAN, 1980).

O processo é conceituado a partir da conduta desenvolvida entre os profissionais de saúde e os usuários. Inclui-se os atributos da continuidade, coordenação, trabalho em equipe, sequência apropriada da assistência e forma de atendimento dos profissionais de saúde (DONABEDIAN, 1980). No presente estudo os aspectos que foram utilizados referentes à estrutura referem-se à disponibilidade

de recursos físicos, instalações e equipamentos e organização dos recursos humanos para a atenção à TB. Já os itens relacionados ao processo inserem-se os aspectos gerais sobre a procura e atendimento dos usuários e a conduta do profissional de saúde frente ao usuário com TB (avaliação clínica, realização de exames, encaminhamentos e outras condutas para investigar TB).

6.2 Cenário de pesquisa

O estudo foi realizado no município de Pelotas (RS), considerado como prioritário para o desenvolvimento das ações de controle da TB. É Considerada como uma cidade de grande porte do Estado, sendo a terceira cidade mais populosa com 328.275 habitantes (PELOTAS, 2007; IBGE, 2010).

A rede hospitalar do município de Pelotas é constituída por dois Hospitais Universitários e três Hospitais Filantrópicos que prestam serviços ao SUS. Ademais, apresenta 66 clínicas especializadas, 469 consultórios isolados, 36 clínicas de apoio ao diagnóstico e um centro público de especialidades (BRASIL, 2012). Além disso, possui uma Unidade Básica de Atenção Imediata (UBAI) e um PS. A rede primária à saúde constitui-se por 51 UBS, e 34 equipes de saúde da família, implantadas em 17 unidades básicas (PELOTAS, 2007).

O PS de Pelotas está instalado junto a um hospital filantrópico, o Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), desde maio de 2001. Atualmente tem uma gestão tripartite da Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Trata-se de um serviço com atendimento 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana. É a única instituição do SUS que atende usuários da cidade e arredores em casos de urgência e emergência (PRONTO SOCORRO DE PELOTAS, 2010).

A equipe profissional é formada por 18 Médicos clínicos gerais; 02 médicos intensivistas; 08 Cirurgiões gerais; 16 Pediatras; 04 Neurocirurgiões; 04 Cirurgiões vasculares; 02 Cirurgiões torácicos; 11 Enfermeiros; 11 Auxiliares e 75 Técnicos de Enfermagem; 04 condutores da Unidade de Terapia Intensiva Móvel; 05 porteiros (serviço terceirizado); 07 recepcionistas; 01 assistente social; 06 colaboradores de higienização e 06 técnicos administrativos (PRONTO SOCORRO DE PELOTAS, 2010).

As ações desenvolvidas para a atenção aos usuários que procuram atendimento ao PS de Pelotas com sintomas passíveis de TB constituem-se em ações de detecção e início do tratamento da doença. A unidade de saúde conta com dois quartos de internação destinados ao atendimento do SR de TB. As ações de notificação, coleta de escarro e encaminhamento da amostra ao Laboratório Municipal, bem como obtenção do resultado do exame são coordenadas pela CCIH dessa unidade.

6.3 População de estudo

Serão convidados a participar do estudo os profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) que atuam no atendimento ao usuário do PS Pelotas (RS) como generalistas. Serão excluídos os profissionais de saúde que no momento da coleta dos dados estiverem em qualquer tipo de licença ou férias e que estiverem em período de experiência (3 meses).

6.4 Instrumento de coleta de dados

Utilizar-se-á um questionário estruturado para a análise da estrutura e processo de atenção às pessoas com TB no PS de Pelotas. O referido instrumento foi elaborado utilizando alguns elementos do questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), o qual é um instrumento do tipo questionário, proposto por Starfield e Macinko, na Universidade de John Ropkins (STARFIELD, 2002). Esse instrumento foi proposto e validado em português para o uso na APS por Macinko, Almeida e Oliveira (2003) e foi adaptado para a temática da TB pelo Grupo de Estudos Operacionais em TB da Universidade de SP/USP (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

Na presente pesquisa foi utilizado o instrumento adaptada para a temática da TB, para isso realizou-se um recorte, totalizando 4 blocos de perguntas: A. Informações gerais, compreendendo dados referentes ao entrevistado; B. Acesso ao Serviço de Saúde, referente ao serviço de saúde onde o entrevistado trabalha; C. Acesso ao Diagnóstico da TB, com questões específicas sobre o atendimento e diagnóstico da doença; D. Qualificação dos profissionais, respectivo aos colegas de trabalho e ao entrevistado. O referido instrumento contém perguntas abertas e fechadas com padrões de resposta em escala Likert e dicotômicas (Apêndice I).

Destaca-se a inclusão de outros elementos relacionados especificamente ao processo (encaminhamentos) das unidades de PS, considerados relevantes para o alcance dos objetivos do presente estudo.

6.5 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados ocorrerá somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e será desenvolvida no período de maio a julho de 2013 pela autora da pesquisa. A aplicação dos questionários será realizada no local de atuação dos profissionais, sendo reservado um espaço privativo, mediante ao prévio agendamento via telefone, visando à disponibilidade dos mesmos. Anteriormente ao início da aplicação do questionário será realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II) pelos entrevistados. A coleta de dados só iniciará após a aceitação de participação e assinatura do TCLE pelo profissional de saúde, sendo esse em duas vias, uma via permanece com o entrevistado e a outra com o entrevistador. A numeração dos questionários ocorrerá de acordo com o horário de entrevista, preenchido pelo entrevistador.

O controle da qualidade será realizado por meio da supervisão da orientadora da pesquisa, conferindo a qualidade dos registros (clareza e completude) nos instrumentos de coleta de dados. Em caso de preenchimento inadequado (questão em branco ou rasura) será realizada a replicação das questões. Além disso, realizar-se-á a verificação dos dados por pulos sistematizados dos questionários.

Ao final da coleta de dados será realizada a digitação em planilha do *Microsoft Excel/Office^R 2007* e posteriormente transportados para análise no *Software Estatístico Statistica/STATASOFT^R 9.0*.

6.6 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram organizadas de acordo com o elemento a ser investigado (estrutura e processo). Foram consideradas outras variáveis com a finalidade de caracterizar a população em estudo, tais como: sexo, formação profissional, qualificação, função e número de anos que trabalha na instituição.

A Figura 3 apresenta as variáveis de estrutura, estratificado pelos seguintes elementos: disponibilidade de recursos humanos, preparo dos profissionais para lidar com a TB e qualificação dos profissionais de saúde em TB.

Elemento	Variáveis	Questão	Definição	Tipo
Estrutura	Disponibilidade de Recursos Humanos e Materiais			
	Disponibilidade suficiente de profissionais de saúde	6	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Mascara para uso do profissional e usuário	10.a	Sim, Não	Dicotômica
	Geladeira para material biológico	10.b	Sim, Não	Dicotômica
	Formulário de pedido de baciloscopia	10.c	Sim, Não	Dicotômica
	Pote de coleta de escarro disponível	10.d	Sim, Não	Dicotômica
	Local para coleta de escarro	11	Sim, Não	Dicotômica
	Local adequado para coleta de escarro	11.a	Muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom	Likert
	Preparo dos profissionais de saúde para lidar com TB			
	Preparo para identificar o usuário com TB	14	Sim, Não	Dicotômica
	Falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre TB	15.a	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Segurança para identificar o usuário com TB	19	Sim, Não	Dicotômica
	Segurança para realizar o diagnóstico da TB ¹	20	Sim, Não	Dicotômica
	Dificuldade dos profissionais em falar sobre TB com usuários	15.b	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Convencer o usuário a coletar escarro	15.c	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Dificuldade para preencher impressos	15.d	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
Sobrecarga de trabalho	15.e	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert	

Figura 3. Quadro de variáveis relacionadas à estrutura da unidade de Pronto Socorro para atenção a TB. Continua.

¹Questão destinada somente ao profissional médico.

Elemento	Variáveis	Questão	Definição	Tipo
	Qualificação dos profissionais de saúde em TB			
Estrutura	Busca de informações/atualização sobre a TB	16	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Fonte de informações sobre TB	16		Aberta
	Atualização sobre a TB disponibilizado pelo Município	17	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Atualização clínica da TB	18.a	No último ano, 1 a 2 anos, 3 a 4 anos, 5 anos ou mais	Nominal
	Atualização com relação aos exames de diagnóstico da TB	18.b	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert

Figura 3. Quadro de variáveis relacionadas à estrutura da unidade de Pronto Socorro para atenção a TB. Continuação.

A seguir a Figura 4 apresenta as variáveis relacionadas ao processo de atenção. Compondo os elementos: aspectos gerais da procura e atendimento dos usuários, conduta frente ao usuário com sintomas respiratórios da TB.

Elementos	Variável	Questão	Definição	Tipo
	Aspectos Gerais sobre a procura e atendimento dos usuários			
Processo	Frequência de procura pela unidade de PS por usuários com sintomas de TB	9	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Atendimento baseado na investigação de sinais e sintomas	7	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
	Interação com os Usuários	8	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert

Figura 4. Quadro de variáveis relacionadas ao processo de atenção as pessoas com TB na unidade de Pronto Socorro. Continua

Elementos	Variável	Questão	Definição	Tipo
	Conduta frente ao usuário com sintomas da TB			
Processo	Avaliação clínica (investigação sinais e sintomas da TB)	12.a	Sim, Não	Dicotômica
	Realização de exames	12.b	Sim, Não	Dicotômica
	Solicitação de Raio X para investigação de TB	12.b.1 - a	Sim, Não	Dicotômica
	Solicitação de baciloscopia para investigação de TB	12.b.1 - b	Sim, Não	Dicotômica
	Solicitação de outros exames para investigação de TB	12.b.1 - c	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento	12.c	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento para realização de Raio X para investigação de TB	12.c.1 - a	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento para a realização de baciloscopia para investigação de TB	12.c.1 - b	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento para realização de outros exames para investigação de TB	12.c.1 - c	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento para outras unidades de saúde para investigação de TB	12.c.2	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento para ambulatório para investigação de TB	12.c.2 - a	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento para hospital para investigação de TB	12.c.2 - b	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento para atenção primária para investigação de TB	12.c.2 - c	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento Internação no PS para investigação de TB	12.c.3	Sim, Não	Dicotômica
	Encaminhamento com informações escritas	13	Nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre	Likert
Outras Conduas para investigação de TB	12.c.4		Aberta	

Figura 4. Quadro de variáveis relacionadas ao processo de atenção as pessoas com TB na unidade de Pronto Socorro. Continuação.

6.7 Análise dos dados

As variáveis utilizadas para caracterizar os sujeitos participantes do estudo e as relacionadas à disponibilidade de recursos humanos e materiais serão analisadas por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa. Para a análise as variáveis voltadas para a avaliação da estrutura e processo com respostas dicotômicas considerará a proporção de ocorrência de cada item avaliado e para as respostas com escala Likert (valores de 1 a 5) o valor máximo (5) será considerado a resposta mais positiva ao item avaliado. As respostas em escala Likert serão distribuídas em duas categorias: o valor (1) corresponde a avaliação negativa (não) e os demais valores na avaliação positiva (sim).

Após esse processo será utilizada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM), na qual serão identificadas associações entre as variáveis sem necessidade de uma relação causal prévia (CARVALHO, 2004). Serão utilizadas as dimensões com autovalores maiores de 0,200, conforme sugere Hair et al. (2009), uma vez que concentram maior variabilidade de dados, contribuindo para dispersão das variáveis no plano. Tais dimensões representam um conjunto de variáveis, deste conjunto excluir-se-á as variáveis com menores contribuições absolutas ($\text{Cos}^2 < 0,10$) por apresentarem instabilidade no mapa perceptual. A contribuição absoluta é a somatória das contribuições de cada opção de resposta de uma variável à dimensão.

6.8 Aspectos éticos

Primeiramente o projeto de pesquisa será enviado ao diretor do PS de Pelotas (Anexo I) para apreciação da pesquisa, mediante aceitação o projeto será enviado ao CEP da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Para fins da garantia dos direitos do entrevistado, o profissional de saúde assinará o TCLE (Apêndice II) em duas vias, depois de realizadas as explicações necessárias contidas no TCLE antes do início da aplicação do questionário. Salienta-se que o participante poderá desistir da participação a qualquer momento

Nesse estudo será respeitado o Capítulo III, da Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica

(COFEN, 2007), bem como a Resolução nº 196/96² do Conselho Nacional de Saúde do MS, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). O estudo envolverá exclusivamente a realização de entrevista aos profissionais de saúde utilizando questionário estruturado, não incluiu nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Ainda, os dados serão armazenados nos arquivos do Grupo de Estudos de Avaliação em TB (GEATB) da Faculdade de Enfermagem da UFPel por um período de 5 anos e depois excluídos.

6.9 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados e discutidos na dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPel. Após aprovação do trabalho em banca, os resultados serão encaminhados a periódico indexados da área da saúde, assim como serão divulgados em eventos científicos da área. Salienta-se que os sujeitos do estudo serão convidados a participar de apresentação e discussão dos resultados do estudo após finalização do mesmo.

²Resolução n 196/96. Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

7 Cronograma

A seguir apresenta-se o cronograma de desenvolvimento deste projeto.

Período	2012				2013			
	Jan/ Mar	Abr/ Jun	Jul/ Set	Out/ Dez	Jan/ Mar	Abr/ Jun	Jul/ Set	Out/ Dez
Definição do tema	■	■						
Revisão de Literatura		■	■	■	■	■	■	■
Construção do Projeto			■	■				
Qualificação do Projeto				■				
Submissão ao CEP					■			
Coleta dos Dados*						■	■	
Digitação do Banco de Dados						■	■	
Análise dos dados								■
Elaboração dissertação								■
Apresentação dissertação								■

*Os dados serão coletados após aprovação do CEP.

Figura 5. Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.

8 Orçamento

Apresentação dos materiais e dos gastos com os recursos que serão utilizados para o desenvolvimento do projeto.

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR TOTAL R\$
Lápis	02	1,00	2,00
Borracha	01	0,50	0,50
Caneta	03	2,00	6,00
Prancheta	01	8,00	8,00
Papel A4 (pacote de 500f)	02	22,00	44,00
Vale Transporte	350	2,75	962,50
Impressões (folhas)	2000	0,10	200,00
Encadernações simples	10	3,00	30,00
Encadernação capa dura	06	50,00	300,00
Revisor Português	02	300,00	600,00
Revisor Espanhol	03	40,00	120,00
Revisor Inglês	03	40,00	120,00
Pen Drive	01	40,00	40,00
Notebook	01	2.000,00	2.000,00
Total das despesas			R\$ 4.433,00*

Figura 6. Recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do projeto

*Os gastos serão custeados pela autora.

9 Referências

- ANDRADE, R. L. P. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/ SP. [Tese]. Ribeirão Preto/SP. Universidade de São Paulo. 2012.
- ARAKAWA, T.; ARCÊNCIO, R. A.; SCATOLIN, B. E.; SCATENA, L. M.; RUFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.4,jul/ago., 2011.
- ARCÊNCIO, R. A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M. F.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto/São Paulo. **Ver Esc Enferm USP**. v.45, n.5, p.1121-7, 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em 25 de outubro de 2012.
- ASSUNÇÃO, C. G.; SEABRA, J. D.; FIGUEIREDO, R. M. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado*. **Ciência y Enfermería**. v.15, n.2, p 69-77, 2009.
- BARRÊTO, A. J. R.; SÁ, L. D.; NOGUEIRA, J. A.; PALHA, P. F.; PINHEIRO, P. G. O. D.; FARIAS, N. M. P.; RODRIGUES, D. C. S.; VILLA, T. C. S. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.7, p.1875-1884, 2012.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.929-934, 2007.
- BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na agenda de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** v.7 n.3 São Paulo 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 sobre:** pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS. NOAS-SUS. 01/2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Portaria Nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003a.
- BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3a.ed. Brasília (DF); 2003b.
- BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. 2004a.
- BRASIL. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília, 2004b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso**. 6ª ed. Brasília (DF), 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006c

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação**. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS)**. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa nacional de controle da tuberculose**. Situação de controle da tuberculose no Brasil: dia mundial de luta contra a tuberculose. 2011a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação. Rio Grande do Sul**. 2011b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da lei nº8.080/90**. Brasília. DF. 2011d.

BRASIL. **Implementação da Rede de Atenção às Urgências/Emergências**, 2011e.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net** <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>>acesso em 11 de novembro de 2012.

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1ª edição. Brasília (DF), 2013.

BRITO, R. C.; ZUIM, R.; CARVALHO, R. M. G.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; BETHLEM, E. P.; BEVILAQUA, A. A. T.; KRISTSKI, A. L.; SELIG, L. Recomendações da Assessoria de pneumologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para o controle de Tuberculose em hospitais gerais. **PULMÃO RJ**. v.12, n 3, jul/ago/set, 2003.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**. v.25, n.1, p.43-47, 2012.

CARVALHO, H. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Silabo; 2004.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services**

Research. v.7, n.131, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/131>>. Acesso em 03 de dezembro de 2012.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.25, n.1, p.7-28, jan, 2009.

CHAMPAGNE F, et al. **A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos.** Cap. 2, p.41-60. In: Brousselle, A; Champagne, F; Contandriopoulos, AP; Hartz, Z. Avaliação conceitos e métodos. Editora Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.451, de 10 de março de 1995. **Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica equipamentos para os pronto-socorros.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção I, p.3666, 17 mar. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). **Resolução COFEN 311/2007.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines,** 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n. 93, 1964.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Michigan: Ann Arbor/Health Administration Press, 1980.

ESCOMBE, A. R.; HUAROTO, L.; TICONA, E.; BURGOS, M.; SANCHES, I.; CARRASCO, L.; FARFÁN, E.; FLORES, F.; MOORE, D. A. J. Tuberculosis transmission risk and infection control in a hospital emergency department in Lima, Peru. **Int J Tuberc Lung Dis.** v.14, n.9, p.1120-6, sep, 2010.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. **Cienc Cuid Saude.** v.7, n.1, p.65-72, jan/mar; 2008.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L.G.; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.18, n.2, p.266-272, abr./jun., 2009.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAN, R. L. **Análise Multivariada dos dados.** Porto Alegre, 6ª edição, 2009.

HIIJAR, M. A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G. M.; PROCÓPIO, M. J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública.** v.41, supl.1, p.50-58, 2007.

HINO, P.; CUNHA, T. N.; VILLA, T. C. S.; SANTOS, C. B. Padrões espaciais da Tuberculose e sua associação à condição de vida no município de Ribeirão Preto. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, n.12, p.4795-4802, 2011a.

HINO, P.; CUNHA, T. N.; VILLA, T. C. S.; SANTOS, C. B. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, supl.1, p.1295-1301, 2011b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - cidades. **População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2009.** Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 novembro. 2012.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**. v.27, n.65, p.243-56, 2003.

MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. Brasília-DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2^o edição, 2011. 599p, il.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.5, p.1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, M. F.; ARCÊNCIO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/ SP. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.4, p.898-904, 2011. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em 22 de novembro de 2012.

PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2009**. Pelotas, janeiro, 2007. 113p.

PRONTO SOCORRO DE PELOTAS. **Projeto acolhimento com avaliação e classificação de risco no Pronto Socorro de Pelotas**. Secretário Municipal de Saúde, Universidade Católica de Pelotas, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. Abr. 2010.

RODRIGUES, K. M. R. Serviços de saúde utilizados como porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no município de Pelotas/RS: análise do desempenho. [Dissertação]. Pelotas/RS. Universidade Federal de Pelotas. 2010.

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; ASSIS, M. M. A.; MOTTA, M. C. S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil **Rev Saúde Pública**. v.43, n.2, p.389-97, 2009.

SEISCENTO, M.; VARGAS, F. S.; RUJULA, M. J. P.; BOMBARDA, S.; UIP, D. E.; GALES, V. M. N. Aspectos epidemiológicos da tuberculose pleural no estado de São Paulo (1998-2005) **J Bras Pneumol**. v.35, n.6, p.548-554, 2009

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em Emergência – um Desafio para as/os Enfermeiras/os. **Revista Enfermagem em Foco**. v.2, n.1, p.14-17, 2011.

SILVA, V. A. Avaliação das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande/PB. [Dissertação]. Campina Grande/PB. Universidade Estadual da Paraíba. 2011.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; BISAGLIA, J. B.; BORLOT, P. E. W.; JUNIOR, H. X. D.; FARIA, C. G. P. P.; BRAGA, B. D.; BEZERRA, T. S.; CEDROLA, J. P. V.; ALMEIDA, G. C.; COUTO, L. S.; NACIF, M.; CRIVANO, E. Screening for pulmonary tuberculosis in teresópolis, RJ, Brazil. The search for respiratory symptomatic patients in emergency servisse of “hospital das clínicas de Teresópolis costantino ottaviano, fundação educacional serra dos órgãos”. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**. v.47, n.2, p.117-118, march/april, 2005.

SOLARI, L.; ACUNA-VILLAORDUNA, C., SOTO, A.; VAN DER STUYFT, P. Evaluation of Clinical Prediction Rules for Respiratory Isolation of Inpatients with Suspected Pulmonary Tuberculosis. **Clin Infect Dis**. v.52, n.5, p.595-603, mar, 2011.

SOLARI, L.; ACUNA-VILLAORDUNA, C.; SOTO, A.; AGAPITO, J.; PEREZ, F.; SAMALVIDES, F.; ZEGARRA, J.; DIAZ, J.; GOTUZZO, E.; VAN DER STUYFT, P. A clinical prediction rule for pulmonary tuberculosis in emergency departments. **Int J Tuberc Lung Dis**. v.12, n.6, p.619–624, 2008.

SOUZA, M. F.; FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C. Análise da utilização do serviço de Pronto-Socorro na percepção do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.1, p.13-20, jan./mar., 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TOMBERG, J. O. Perfil dos usuários do Pronto Socorro de Pelotas-RS segundo o protocolo de classificação de risco. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Pelotas/RS. Universidade Federal de Pelotas. 2010.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**.2011.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis 2013**. Geneva, 2013. 306p.WHO/HTM/TB/2013.11.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is DOTS?** A guide to understand the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva, 1999. p.38.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stop TB Partnership. **2010/2011 Tuberculosis Global Facts Update Tuberculosis Facts**. 2010.

II RELATÓRIO DE CAMPO

O projeto de pesquisa intitulado “Atenção à tuberculose em unidade de pronto socorro: avaliação da estrutura e do processo de atenção” foi idealizado a partir de experiências anteriores em avaliação dos serviços da atenção primária a saúde desenvolvidas pelo Grupo de Estudos de Avaliação em Tuberculose (GEATB) da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Nesse sentido, a construção do projeto de dissertação, visou expandir as pesquisas do GEATB para outros pontos de atenção, com vistas a ampliar a compreensão da problemática da detecção de casos de tuberculose (TB) no município de Pelotas. Desse modo, o objetivo principal da pesquisa foi avaliar a estrutura e o processo de atenção do Pronto Socorro de Pelotas (RS) ao sintomático respiratório para o diagnóstico de tuberculose.

A escolha do local da pesquisa foi influenciada pela experiência de trabalho da pesquisadora como enfermeira no Pronto Socorro de Pelotas, a qual contribuiu para o conhecimento da dinâmica de trabalho do serviço e da assistência desenvolvida aos usuários SR de TB. Além da experiência como enfermeira na unidade de urgência e emergência o conhecimento das evidências científicas que mostram a elevada demanda espontânea de usuários com SR e internações por TB na unidade despertou ainda mais interesse pelo local de pesquisa.

A partir da definição do tema, iniciou-se o desenvolvimento da revisão sistemática da literatura em busca de artigos que abordassem a avaliação das unidades de urgência e emergência para a atenção à TB. Identificou-se reduzida produção de publicações científicas nessa temática, se constituindo em um fator dificultador para o maior conhecimento teórico e operacional das unidades de urgência e emergência na atenção à TB. Contudo, os estudos que abordaram a temática caracterizaram as unidades de urgência e emergência como importante porta de entrada para o sintomático respiratório, desse modo, solidificou-se a escolha e relevância dessa pesquisa.

Na primeira etapa da construção do projeto discutiu-se informalmente com os profissionais do setor administrativo da unidade de Pronto Socorro a possibilidade de realizar a avaliação do serviço para atenção à TB, ainda, esse diálogo teve o objetivo de identificar o interesse da unidade em conhecer os resultados da pesquisa. Diante da valorização do estudo pelos profissionais, foi conversado com o enfermeiro(a) responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar a respeito de suas experiências e do seu processo de trabalho na atenção à TB.

Ressalta-se que as ações relativas à TB nesse serviço são gerenciadas por esse profissional conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, nesse sentido, o enfermeiro(a) é responsável pela coleta do escarro, transporte do material biológico até o laboratório municipal e a obtenção do resultado do exame.

Inicialmente foi solicitada ao setor administrativo a lista nominal dos profissionais de saúde com os respectivos turnos de atuação para o planejamento da coleta de dados de forma sistematizada segundo categorias profissionais. Pela sua extensão, em um primeiro momento foram entrevistados os profissionais da equipe de enfermagem, de todos os turnos (manhã, tarde e noite), e após os profissionais médicos. O período de coleta de dados foi de maio a julho de 2013 e foi realizada em três turnos. A presença da responsável da pesquisa favoreceu a motivação de participação dos profissionais ainda não entrevistados.

Além da pesquisadora responsável do estudo, colaborou com a coleta de dados uma acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas bolsista de iniciação científica e membro do GEATB. Ao final da coleta de dados, do total dos 135 profissionais de saúde, foram entrevistados 115, sendo 87 (76%) técnicos/auxiliares de enfermagem, 18 (15,7%) médicos e 10 (8,3%) enfermeiros. Aplicou-se os seguintes critérios de inclusão: atuar como generalista e possuir mais de três meses de experiência na unidade. Durante o período da coleta 12 (8,8%) estavam em licença saúde, um (0,7%) encontrava-se em atestado médico. Considerou-se 7 (5,1%) como perda, após serem abordados mais de 4 vezes.

No processo de coleta de dados identificou-se algumas dificuldades, tais como a realização das entrevistas no ambiente de trabalho, o que implicou, em muitos casos, na impossibilidade de realizar a entrevista em local tranquilo e reservado, ocasionando a distração do entrevistado e a interrupção da entrevista para a assistência ao usuário em caso crítico de saúde. Além disso, muitos profissionais protelaram a entrevista inúmeras vezes, justificando o excesso de demanda de trabalho como impecílio. Nesses casos, foi necessária a abordagem do mesmo profissional várias vezes, não havendo resolutividade, foi proposto o agendamento de dia e horário da entrevista, visando concretizá-la.

A ocorrência destas dificuldades operacionais de coleta de dados esteve vinculada principalmente a duas características do local de estudo, no turno de trabalho noturno e da categoria profissional médica. Em muitos momentos houve a necessidade da pesquisadora permanecer aguardando, por longos períodos, na

unidade para conseguir realizar as entrevistas, devido à dinâmica de trabalho noturno (plantões de 12 horas com horários para intervalos). No que diz respeito à aceitação de participação dos profissionais, identificou-se que o profissional médico, não estava receptivo para a entrevista, em um primeiro momento, contudo, com a permanente presença da pesquisadora na unidade e com as abordagens individuais, conseguiu-se entrevistar quase a totalidade destes profissionais.

Cabe salientar o alto número de aceitação para as entrevistas como ponto positivo no processo de coleta de dados, acredita-se que o vínculo da pesquisadora com a unidade tenha favorecido o processo, somada a compreensão dos profissionais quanto à importância de se realizar pesquisas em saúde.

Após o término da coleta de dados, os mesmos foram digitados em um banco construído no programa *Microsoft Excel*® 2010 e analisado no *Software Estatística 9.1 da StatSoft*®. O controle de qualidade foi realizado com a verificação completa de instrumentos sorteados por meio de pulos sistematizados.

Para a construção do artigo científico de defesa, optou-se em realizar a avaliação da estrutura da unidade do Pronto Socorro de Pelotas para a atenção a TB, sendo avaliados os recursos físicos, instalações, equipe e a organização dos recursos humanos. Para a análise dessas variáveis optou-se por realizar a Análise de Correspondência Múltipla, a qual é utilizada pelo GEATB/FEn/UFPel em suas pesquisas pela capacidade dessa apresentar a similaridade entre as variáveis. Essa etapa exigiu maior aproximação da pesquisadora, sendo necessária leituras intensas e frequentes reuniões para a aplicação e discussão do método de análise junto a uma aluna de doutorado e orientadora do estudo.

Com relação ao processo de atenção à TB na unidade, os resultados foram apresentados em forma de resumo no XXII Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas realizado no ano de 2013 com a participação da acadêmica que auxiliou na coleta de dados.

Salienta-se, ainda, que foi manifestado o interesse de replicação dessa pesquisa pela Enfermeira Doutora vinculada a emergência Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, Santa Catarina. Sendo assim o processo encontra-se em fase de negociação e pretende-se iniciar o a replicação após defesa de dissertação. Almeja-se utilizar os dados referentes ao processo de trabalho na unidade em estudo para a construção de um

segundo artigo, comparativo com o cenário onde se pretende realizar a replica da pesquisa.

Cabe destacar a relevância da inserção da pesquisadora no GEATB/FEn/UFPel no período do curso de mestrado, o que contribuiu para aproximação e ampliação dos conhecimentos em avaliação de serviços de saúde com foco na TB.

III ARTIGO CIENTÍFICO

UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Resumo

As unidades de urgência e emergência são procuradas frequentemente por usuários sintomáticos respiratórios da tuberculose. Assim, objetivou-se investigar a estrutura do Pronto Socorro de Pelotas/RS para o atendimento do sintomático respiratório de tuberculose e seu diagnóstico. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal realizado na unidade de Pronto Socorro com 115 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem), no período de maio a julho de 2013. Analisaram-se as variáveis descritivamente e pela Análise de Correspondência Múltipla estratificadas por categoria profissional. Os enfermeiros associaram-se com: atualização na área da tuberculose pelo município/instituição, falta de conhecimento sobre a tuberculose, sobrecarga de trabalho, dificuldade de falar sobre a tuberculose, convencer o usuário a colher o escarro e preenchimento dos impressos pelos profissionais de saúde. A categoria médico se associou com: atualização clínica e dos exames de diagnóstico da tuberculose, segurança para diagnosticar a doença, conhecimento e preparo dos profissionais de saúde para lidar com a tuberculose, facilidade no convencimento de coletar escarro e preenchimento dos impressos pelos profissionais de saúde. Os técnicos/auxiliares de enfermagem associaram-se com as seguintes variáveis: desatualização clínica e de exames para o diagnóstico da tuberculose, não saber se a sobrecarga de trabalho influencia nas ações de diagnóstico da doença, não saber e negar que o município/instituição disponibilizam atualização em tuberculose. Conclui-se que embora a unidade de Pronto Socorro não disponha de alguns elementos da estrutura, essa apresenta materiais necessários para a realização do diagnóstico da tuberculose.

Palavras chaves: Tuberculose. Avaliação em saúde. Serviço hospitalar de emergência.

Abstract

Emergency units are often sought by users with respiratory symptoms of tuberculosis. This study aimed investigate the structure of emergency department (ED) Pelotas/RS for the care and diagnosis of tuberculosis (TB). A quantitative, cross-sectional, done with 115 health professionals (nurses, doctors, nursing auxiliaries and nursing technicians) working in ED Pelotas in May - July 2013. The analysis of the variables was descriptive and Multiple Correspondence Analysis (MCA) stratified by professional category. The Nurses be associated: update in the field of TB by city, lack of knowledge about the TB, work overload, difficulty speak about TB, convince the user to collect sputum and filling in the forms by health professionals. The doctors be associated: update clinical and diagnostic tests for tuberculosis, security to diagnose the disease, knowledge and preparation of health professionals to deal with TB, facility to convince the user to collect sputum and filling in the forms by health professionals. The Nursing auxiliaries and Nursing technicians be associated: outdated clinical and diagnostic tests for tuberculosis, unknown if the work overload influences the actions of diagnosis of TB, unknown and deny that the

municipality/institution provides update about TB. Although the Emergency Unit had shown flaws in structure, this has the essential elements for the development of actions for the diagnosis of TB.

Keywords: Tuberculosis. Health Evaluation. Emergency Service, Hospital.

Resumen

La unidad de emergencia a menudo son buscados por los usuarios con síntomas respiratorios de la tuberculosis. Esta investigación tuvo como objetivo investigar la estructura de lo servicio de urgencias de Pelotas/RS para el cuidado de los síntomas respiratorios y el diagnóstico de la tuberculosis. Se trata de un estudio cuantitativo transversal realizado en una Unidad de Emergencia con 115 profesionales de la salud (enfermeras, médicos y técnicos/auxiliares de enfermería), entre mayo y julio de 2013. Las variables fueron analizadas de forma descriptiva por medio de análisis de correspondencia múltiple estratificada por categoría profesional. Los enfermeros presentaron asociación con actualización sobre el campo tuberculosis por el municipio/institución, falta de conocimiento sobre la tuberculosis, sobrecarga de trabajo, dificultad para hablar acerca de la tuberculosis, convencerles para recoger el esputo y la llenado de los formularios por profesionales de la salud. La categoría de médico estuvo asociada con actualización y pruebas de diagnóstico clínico de la tuberculosis, la seguridad de diagnosticar la enfermedad, los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud para hacer frente a la tuberculosis, la facilidad para convencer a recoger esputo y llenarlos formularios por profesionales de la salud. Los técnicos y auxiliares de enfermería se asociaron desactualización clínica y de examen es para el diagnóstico de la tuberculosis, y no sabe si la carga de trabajo influyen en las acciones de diagnóstico, no saber y negar que el municipio/institución proporciona actualización en tuberculosis. Concluye que, aunque la Unidad de Emergencia no tiene algunos elementos de la estructura, presenta materiales necesarios para el diagnóstico de la tuberculosis

Palabras clave: Tuberculosis. Evaluación en Salud. Servicio de Urgencia en Hospital.

Introdução

As unidades de urgência e emergência inserem-se no sistema de saúde como importante componente para contribuir à integralidade assistencial às situações agudas. Avanços na atenção às urgências vêm ocorrendo, com a finalidade de expandi-la para diversos pontos de atenção na rede de serviços, desde a atenção primária até as especialidades. Essa ampliação visa promover o acolhimento às pessoas em situações agudas à saúde em todos os serviços. Nessa conjuntura são essenciais, profissionais qualificados e a integração entre os serviços (BRASIL, 2013).

No entanto, é possível perceber que a atenção às urgências ainda centraliza-se nas unidades de Pronto Socorro/Pronto Atendimento. Essas caracterizam-se pelo funcionamento ininterrupto, organizadas para o atendimento imediatista das pessoas em condições agudas à saúde e o acolhimento dos usuários que buscam o serviço sem esse caráter (BRASIL, 2006). Contudo, evidencia-se a frequente procura espontânea pelos usuários por atendimento com condições sensíveis à atenção primária. Tal situação, dentre outros fatores, ocorre em virtude de barreiras encontradas nos serviços de saúde (O'DWYER, OLIVEIRA, SETA, 2009), o que traz em consequência a sobrecarga aos profissionais de saúde, comprometimento da integralidade da assistência e da funcionalidade da rede de serviços.

As pessoas com sintomas respiratórios da tuberculose inserem-se nesse grupo que procuram atendimento em unidades de Pronto Socorro (PS) (SILVA-SOBRINHO et al., 2012), uma vez que estas, muitas vezes, vivenciam obstáculos na busca pelo diagnóstico. Essas barreiras estão relacionadas principalmente relacionadas à organização da atenção primária, tais como: horários de funcionamento reduzidos das unidades básicas de saúde, demora na percepção da doença pelos profissionais, necessidade de procurar mais de uma vez o serviço de saúde para o diagnóstico e a não incorporação de busca ativa do sintomático respiratório na rotina de trabalho, dentre outros (MARCOLINO et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2013).

Em virtude dessa demanda, o Ministério da Saúde e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), têm reconhecido as unidades de PS, como importantes portas de entrada para o acesso ao diagnóstico da doença em médios e grandes centros urbanos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Desse modo, é essencial que as unidades de PS disponham de profissionais preparados para

atender aos sintomáticos respiratórios, e que estejam alicerçados à estrutura mínima e adequada, para possibilitar o desenvolvimento das ações necessárias ao diagnóstico e início do tratamento da doença.

A avaliação da qualidade da estrutura em unidade de PS já foi apontada como satisfatória por profissionais, quanto aos recursos materiais, físicos, humanos, financeiros e sistemas normativos e de informação de um serviços de urgências de um hospital público, no estado de São Paulo e por usuários de um PS localizado no interior do Paraná quanto à estrutura física e organização dos recursos humanos (SELEGHIM et al., 2010; SILVA et al., 2012a), no entanto, ainda apresenta-se como uma lacuna no conhecimento a estrutura dessas unidades para a atenção à tuberculose segundo avaliação de recursos físicos, humanos e financeiros (DONABEDIAN, 1980). Diante do exposto, considera-se que a avaliação da estrutura das unidades de PS é indispensável, uma vez que constitui-se em uma unidade de elevada procura das pessoas com condições sensíveis a atenção primária, dentre elas a tuberculose. Desse modo, objetivou-se investigar a estrutura do Pronto Socorro de Pelotas/RS para o atendimento do sintomático respiratório de tuberculose e seu diagnóstico.

Método

Estudo descritivo, transversal em unidade de PS do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Este município possui uma população de 327.778 habitantes (IBGE, 2010) e é considerado pelo Programa Nacional do Controle da Tuberculose como prioritário para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose. O sistema municipal de saúde público é constituído por cinco hospitais gerais, uma Unidade Básica de Atendimento Imediato, um Pronto Socorro e 51 Unidades Básicas de Saúde, dentre essas 34 na modalidade de Estratégia de Saúde da Família, caracterizando 35,7% de cobertura da população (BRASIL, 2013). Ainda, o município possui o Programa Municipal de Controle da Tuberculose e um laboratório municipal para a realização dos exames de diagnóstico.

A população do estudo foram 135 profissionais de saúde que atuam como generalistas na unidade de PS, dentre esses enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem. As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e julho de 2013. Após aplicação dos critérios de seleção foram excluídos 20 profissionais, sendo 12 (8,8%) profissionais por licença saúde, um (0,7%) por

atestado médico e 7 (5,1%) foram considerados perdas, após quatro tentativas sem sucesso.

Os profissionais foram questionados sobre a estrutura física, equipamentos e recursos humanos necessários para atenção à tuberculose na unidade de PS. As entrevistas foram realizadas na unidade de PS e no horário de trabalho dos profissionais, por entrevistadores previamente treinados. Utilizou-se um formulário específico que teve por referência um questionário desenvolvido com base nos componentes do “*Primary Care Assessment Tool*”, elaborado e validado para avaliar aspectos críticos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002), o qual foi validado no Brasil em 2006 (MACINKO,ALMEIDA,OLIVEIRA, 2006) e adaptado para a atenção à tuberculose em 2009 (VILLA, RUFFINO-NETTO, 2009). Embora este instrumento seja para avaliar a atenção primária à saúde, isto não inviabilizou sua aplicação em unidade de urgência e emergência, uma vez os elementos da estrutura para atenção à tuberculose são essenciais em todos os serviços de saúde.

Nessa pesquisa utilizaram-se aspectos da estrutura, por referência ao conceito de Donabedian (1980), contemplando os recursos físicos, instalações e equipamentos, e a organização dos recursos humanos.

No presente estudo os elementos vinculados aos recursos físicos, instalações e equipamentos foram: disponibilidade de máscara para uso do profissional e do usuário, recipiente para coleta de escarro, geladeira para acondicionamento de material biológico, formulário de pedido de baciloscopia de escarro, local para coleta de escarro e a adequação do local.

Na organização dos recursos humanos considerou-se os seguintes aspectos: disponibilidade de profissionais para atuar na unidade, preparação dos profissionais para identificar o usuários com sintomático respiratório de tuberculose, falta de conhecimento sobre a tuberculose, dificuldade dos profissionais de falar sobre a tuberculose com o usuário, dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro, dificuldade de preencher os impressos, sobrecarga de trabalho dificultando as ações sobre a tuberculose, busca de informação e atualizações sobre a tuberculose, a disponibilização de atualizações pelo município/instituição, última atualização clínica da tuberculose e em relação aos exames, segurança para identificar o usuário com suspeita de tuberculose, e segurança para realizar o diagnóstico da tuberculose.

Além disso, foram consideradas as variáveis sexo, vínculo empregatício, formação, pós-graduação e tempo em anos de trabalho na unidade visando a caracterização dos profissionais participantes do estudo. A análise dessas variáveis, somada às variáveis de recursos físicos, instalações e equipamentos foram avaliadas de forma descritiva representando a apreciação geral dessas variáveis pelos profissionais, sem a distinção de categoria.

Para análise das variáveis da organização dos recursos humanos para a atenção à tuberculose utilizou-se a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). As respostas apresentavam-se em escala Likert (sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca, nunca) com valores de 1 a 5. O valor máximo (5) foi considerado para a resposta mais positiva ao item avaliado. Para a realização da análise as respostas foram distribuídas em duas categorias: o valor (1) corresponde a avaliação negativa (não) e os demais valores na avaliação positiva (sim).

Na ACM foram identificadas associações entre as variáveis sem necessidade de uma relação causal prévia (CARVALHO, 2004). Foram utilizadas as dimensões com autovalores maiores de 0,200, conforme sugere Hair et al. (2009), uma vez que concentram maior variabilidade de dados. Deste conjunto foram verificadas as dimensões que cada variável pertence a partir da maior contribuição absoluta (Cos^2) e foram excluídas as variáveis com $\text{Cos}^2 < 0,10$ por apresentarem instabilidade no mapa perceptual.

As associações entre as variáveis da organização dos recursos humanos foram representadas em um gráfico (Mapa perceptual), sendo inserida como variável passiva “formação profissional (Enfermeiro/Médico/Técnico ou auxiliar de enfermagem)”, a qual não tem contribuição na dispersão dos pontos no mapa, porém auxilia na interpretação dos resultados gráficos (LE ROUX e ROUANET, 2004).

Os dados foram digitados no *Microsoft Excel* 2010 e analisados no pacote estatístico Statistica 9.1 da *StatSoft*. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, sob o parecer nº 221.856. Os preceitos éticos foram respeitados e os entrevistados assinaram o TCLE para participar do estudo.

Resultados

Dos 115 profissionais entrevistados 80 (69,5%) eram do sexo feminino. Com relação à formação desses profissionais 87 (76%) eram técnicos/auxiliares de enfermagem, 18 (15,7%) médicos e 10 (8,3%) enfermeiros. A totalidade dos profissionais (100%) de saúde relatou que o vínculo empregatício era por contrato individual de trabalho. Dos profissionais com formação superior 19 (16,5%) possuíam pós-graduação, 8 (6,9%) não possuíam e 2 (1,7%) relatavam estar com o curso em andamento. Salienta-se que desses apenas quatro realizaram pós-graduação na área de urgência e emergência. A média de anos de trabalho de todos os profissionais na unidade foi 4,9 anos (DP=4,5).

Quanto à estrutura física, instalações e equipamentos foram confirmados por 113 (98,2%) profissionais a presença da máscara para o uso pelos profissionais e usuários e por 109 (94,7%) o recipiente para coleta de escarro. Quando questionados sobre a presença da geladeira para acondicionamento de material biológico, 65 (56,5%) negaram e 34 (29,5%) não souberam responder.

A presença do formulário de pedido de baciloscopia de escarro foi confirmada por 56 (48,6%) profissionais, contudo 47 (40,8%) não souberam responder. A existência de um local para coleta de escarro foi negada por 83 (72,1%) profissionais.

A aplicação da ACM privilegiou as dimensões 1 e 2, com os valores 0,271 e 0,214, apresentando uma inércia de 15,98% e 12,56% respectivamente (Figura 1).

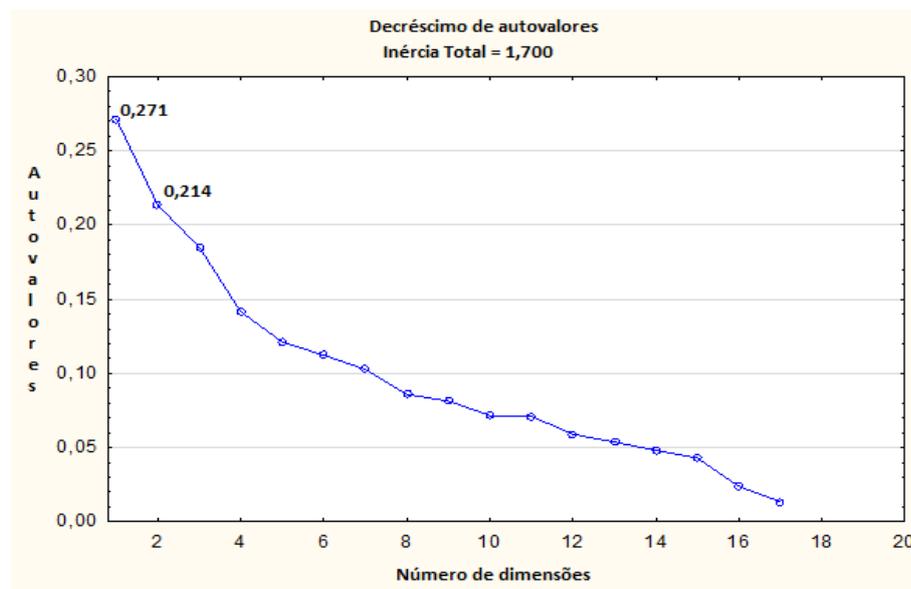


Figura 1 - Decréscimo dos autovalores. Pronto Socorro de Pelotas (RS). 2013.

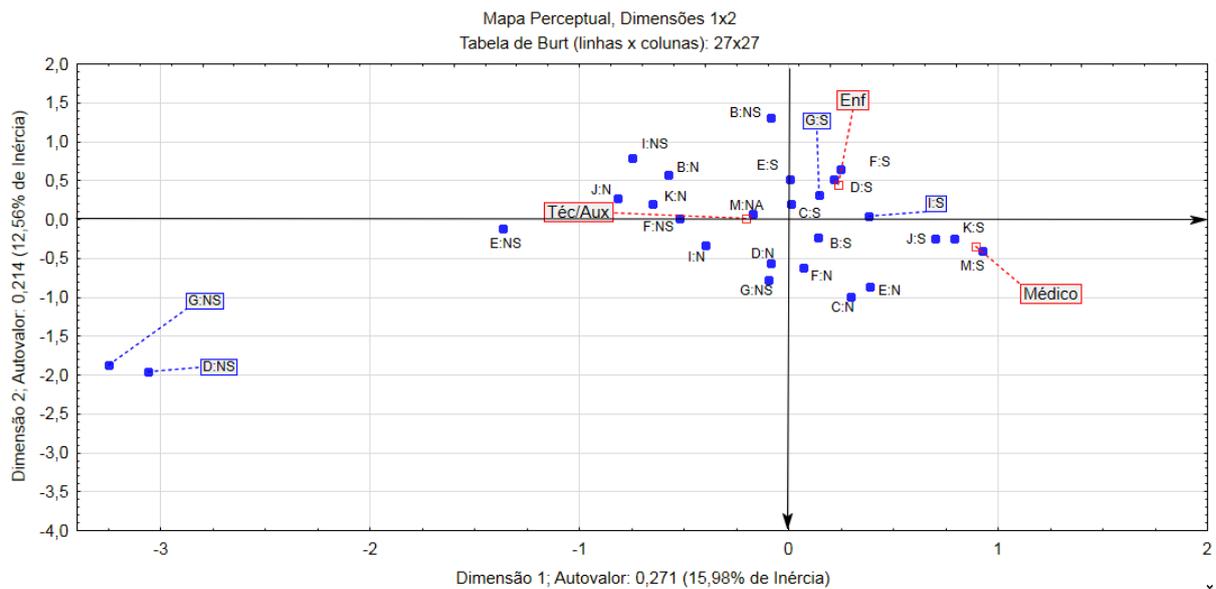
A partir dessas dimensões foi possível verificar as variáveis que pertencem a cada dimensão de acordo com a maior contribuição absoluta (Cos^2)(Tabela 1).

Variáveis	Cos^2_1	Cos^2_2	Dimensão
A - Disponibilidade de profissionais de saúde	<0,10	<0,10	-
B - Preparo para identificar os usuários com suspeita de tuberculose	<0,10	0,178	2
C - Falta de conhecimento sobre tuberculose	0,311	0,231	1
D - Dificuldade de falar sobre a tuberculose com o usuário	0,250	0,332	2
E - Dificuldade de convencer o usuário a coletar o escarro	0,197	0,371	2
F - Dificuldade para preencher os impressos	<0,10	0,255	2
G - Sobrecarga de trabalho dificultando as ações sobre a tuberculose	0,282	0,279	1
H - Busca de informações/atualizações sobre tuberculose	<0,10	<0,10	-
I - Disponibilização de atualizações do município/instituição	0,183	<0,10	1
J - Atualização clínica da tuberculose	0,572	<0,10	1
K - Atualização em relação aos exames para o diagnóstico	0,515	<0,10	1
L - Segurança para identificar usuários com sintomas respiratórios da tuberculose	<0,10	<0,10	-
M - Segurança para realizar o diagnóstico da tuberculose	0,158	<0,10	1

Legenda: Cos^2_n : valor do cosseno ao quadrado do ângulo que a variável faz com a dimensão

Tabela 1 - Contribuição absoluta das variáveis ativas e definição da dimensão correspondente. Pronto Socorro de Pelotas (RS), 2013.

Analisando-se o mapa perceptual (Figura 2) foram observadas as seguintes associações ao profissional enfermeiro na dimensão 1: atualização na área da tuberculose disponibilizada pelo município/instituição (I:S), falta de conhecimento sobre a tuberculose (C:S) e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde dificultando as ações de controle da tuberculose (G:S). Na dimensão 2 identificou-se: dificuldade de falar sobre a doença com os usuários (D:S), dificuldade de convencer os usuários a coletar o escarro (E:S), dificuldade de preencher os impressos pelos profissionais de saúde (F:S).



Legenda: Variáveis Passivas: Enf – Enfermeiros(as); Médico; Téc/Aux – Técnicos/Auxiliares de enfermagem. Variáveis Ativas: B – Profissionais preparados para identificar os usuários com sintomas respiratórios da tuberculose; C – Falta de conhecimento sobre a tuberculose; D – Dificuldade de falar sobre a tuberculose com o usuário, E – Dificuldade de convencer o usuário a coletar escarro, F – Dificuldade de preencher impressos, G – Sobrecarga de trabalho dificultando as ações da tuberculose; I - Disponibilidade de atualização pelo município/instituição; J – Atualização clínica da tuberculose; K – Atualização com relação aos exames de diagnóstico; M – Segurança para realizar o diagnóstico da tuberculose; N – Não; S – Sim; NS – Não sabe; NA: Não se aplica.

Figura 2 - Mapa perceptual da organização dos recursos humanos e categoria de profissional de saúde, Pronto Socorro de Pelotas (RS), 2013.

Com relação ao profissional médico, na dimensão 1 as variáveis que tiveram contribuição revelam que esta categoria profissional está atualizada na clínica (J:S) e nos exames necessários ao diagnóstico da tuberculose (K:S) e se sentem seguros para realizar o diagnóstico da doença (M:S). Ainda não observam falta de conhecimento dos profissionais de saúde que atuam no PS (C:N). Na dimensão 2 estão associadas às seguintes variáveis: profissionais de saúde preparados para identificar o usuário com sintomas respiratórios da tuberculose (B:S), não observam dificuldades para os profissionais convencerem os usuários a coletar o escarro (E:N) e não observam dificuldade de preencher os impressos (F:N).

No que tange as variáveis associadas aos técnicos/auxiliares de enfermagem na dimensão 1, essas estão relacionadas a não organização dos recursos humanos e ao não conhecimento desses profissionais com relação a esses aspectos, sejam elas: não possuíam atualização clínica (J:N) e em exames de diagnóstico para a tuberculose (K:N), não sabiam observar se a sobrecarga de

trabalho influenciava nas ações de controle da doença (G:NS), não sabiam (I:NS) e negaram (I:NS) que o município/instituição disponibilizava atualizações para a tuberculose. O valor próprio da dimensão 2 não foi muito elevado o que pode ter contribuído para que a categoria técnicos/auxiliares de enfermagem tenha se afastado pouco do eixo (HAIR et al., 2009).

Discussão

A estrutura da unidade de PS apresentou avaliações positivas e negativas para a atenção a tuberculose quanto à estrutura física, instalações e equipamentos e organização dos recursos humanos. Os insumos materiais necessários para a realização dos exames de diagnóstico da tuberculose, tais como, o recipiente para a coleta de escarro e o formulário de solicitação de baciloscopia foram relatados pela maioria dos profissionais (enfermeiros, médicos e técnicos/auxiliares de enfermagem) como presentes na unidade. A disponibilidade destes materiais favorece o atendimento dos usuários sintomáticos respiratórios na unidade de PS, o que pode impulsionar a procura por esses serviços para resolutividade de seu problema de saúde, uma vez que a ausência desses materiais já foi evidenciado em serviços de atenção primária (NOGUEIRA et al., 2007; NÓBREGA et al., 2010).

Ainda, salienta-se que 40,8% dos profissionais não sabiam responder se havia o formulário disponível da unidade. Esse resultado provavelmente estará relacionado à falta de contato com esse instrumento, já que, a organização do PS prevê o preenchimento da solicitação de exames como competência de uma categoria profissional. A presença de insumos materiais necessários para a realização do diagnóstico são essenciais, pois a ausência desses pode retardar o diagnóstico e o início do tratamento favorecendo a transmissão do bacilo da doença (SÁ et al., 2012; BRASIL, 2011b; NOGUEIRA et al., 2007).

A geladeira para acondicionamento de material biológico foi relatada pela maioria dos entrevistados como ausente. A recomendação do Ministério da Saúde é de que a unidade que solicitou o exame seja responsável pela coleta, conservação e o transporte do material e o uso da geladeira é para os casos em que o material não possa ser transportado imediatamente (BRASIL, 2011b). A referência acerca da ausência da geladeira, na unidade de PS, poderia estar vinculada ao transporte do material ocorrer imediatamente após a coleta, com a utilização de isopor com gelo reciclável. Salienta-se que além da necessidade de recursos para o armazenamento

das amostras, é necessário que os profissionais estejam preparados para o adequado manejo desse material (NOGUEIRA et al., 2007).

No que se refere à máscara para uso do profissional e dos usuários, sua presença foi confirmada por quase a totalidade dos profissionais (98,2%). Esta é um instrumento de proteção respiratório considerado, por muitos profissionais, como única e prioritária medida de biossegurança, sendo, muitas vezes, desconsideradas e negligência as demais medidas (administrativas e de controle ambiental) (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado em um hospital universitário localizado no estado do Rio de Janeiro identificou que os profissionais reconhecem a máscara N95 como instrumento de proteção individual para precaução aérea (RAMOS, SOUZA, OLIVEIRA, 2010). Evidenciam-se limitações no instrumento de pesquisa do presente estudo, visto que não foi especificado o tipo de máscara, o que não permitiu conhecer a qual os profissionais se referiram.

Nessa direção, quanto às instalações, verificou-se a ausência de um local adequado para o usuário colher o escarro, o que fragiliza as medidas de biossegurança ambiental. A adaptação das unidades de urgência e emergência é fundamental para uma correta condução clínica laboratorial e de vigilância, uma vez que essas são reconhecidas como uma das portas de entrada para o usuário com sintomas respiratórios de tuberculose (BRASIL, 2011b).

O comprometimento das medidas de biossegurança ambiental contribuem para o maior risco de transmissão do bacilo entre os indivíduos que estão presentes no mesmo espaço físico (COIMBRA et al., 2004). Além disso, somam-se a esses riscos a falta de conhecimento dos profissionais de saúde para o correto manejo das medidas de controle da tuberculose, o que pode resultar em falhas na atenção à saúde (NETO et al., 2010).

A sensibilização dos profissionais com conhecimento sobre tuberculose é essencial, pois se configura como uma potente ferramenta para promover a detecção da doença entre os sintomáticos respiratórios, o que influencia no diagnóstico e tratamento precoce (FAÇANHA et al., 2009). Nesse sentido, a não atualização e o desconhecimento relacionado às capacitações ofertadas pelo município apresentada pelos técnicos/auxiliares de enfermagem nesse estudo, podem influenciar na qualidade e no desenvolvimento das ações de controle da doença na unidade de saúde. Além disso, o fato desses profissionais considerarem que não sabem se a

sobrecarga de trabalho está influenciando nas ações de controle da doença pode estar atrelado ao não desenvolvimento das mesmas e ao desconhecimento da tuberculose como uma prioridade de saúde pública e responsabilidade de todos os serviços de saúde, incluindo o PS.

A falta de conhecimento dos conceitos básicos da tuberculose, entre os profissionais de saúde, já foi identificada em estudo realizado em um hospital geral que funciona como unidade de apoio às urgências, neste a maior prevalência do desconhecimento ocorreu na categoria técnico/auxiliar de enfermagem (NETO et al., 2010).

O resultado da avaliação da atualização sobre a tuberculose pelos técnicos/auxiliares de enfermagem difere dos profissionais médico e enfermeiros, este fato pode ser atribuído à singularidade e ao conjunto de atividades inerentes a cada profissão que promove o acesso a esses profissionais às práticas educativas. Além disso, a disponibilização de atualizações pelo município e/ou instituição é direcionada para os profissionais de nível superior, como já evidenciado em outro estudo (TRONCHIN et al., 2009). A segurança do profissional médico em realizar o diagnóstico da tuberculose seria o reflexo dessa atualização.

O investimento em práticas educativas para a especificidade em saúde do município é fundamental para proporcionar mudanças na saúde (BRASIL, 2009). Nessa conjuntura, entende-se que a ampliação dos conhecimentos da tuberculose para os profissionais de nível técnico, por meio de práticas educativas é uma atividade essencial, visto que estes profissionais efetuam ações de saúde em contato direto com os usuários (TRONCHIN et al., 2009).

Cabe destacar a divergência de opiniões com relação à organização dos recursos humanos, entre os profissionais da categoria médica e de enfermeiros. Essas devem estar relacionadas à forma de organização do serviço, bem como as atividades desempenhadas por cada categoria e as atribuições de cada profissão.

A organização das unidades de urgência e emergência são voltadas para o atendimento às condições agudas (MENDES, 2011), o que favorece a hegemonia do modelo de atenção biomédico (GARLET et al., 2009). Vinculado a esse contexto, o modelo é centrado na figura do profissional médico, na resolução em saúde com tecnologias pesadas e apoiado pela cultura medicamentosa (SOUZA, FIGUEIREDO, PINTO, 2010), podendo dificultar a integração desse profissional ao conjunto de atividades comuns à equipe de saúde e favorecendo uma prática individual.

Nesse sentido, entende-se que as práticas médicas ainda são fortemente baseadas por esse modelo, e isto estaria influenciando na avaliação positiva dos profissionais entrevistados (conhecimento sobre a tuberculose, preparo para identificar o sintomático respiratório, capacidade de convencimento a colher escarro e preenchimento impressos por parte da equipe da unidade de PS). A necessidade de mudanças nesse panorama vem impulsionando transformações na metodologia de formação acadêmica do profissional médico, com a finalidade de formar profissionais preparados para atuar multidisciplinarmente no Sistema Único de Saúde e lidar com a complexidade que é o ser humano (GOMES et al., 2010).

No que se refere aos profissionais enfermeiros, esses caracterizam-se por executar funções em conjunto com a equipe de enfermagem, a qual comporta a grande parcela de profissionais nesse estudo. Na unidade de urgência e emergência esses profissionais gerenciam a equipe de saúde e os recursos, lidam com situações de urgências, manipulam tecnologias leves e pesadas, articulam-se com outros profissionais e com os usuários, além de prestarem um cuidado integral (SILVA et al., 2012b). Assim, quando os enfermeiros avaliam o serviço negativamente, pode estar alicerçada à função de gerência que estes assumem na unidade de PS o que os mantém próximos das dificuldades no processo de trabalho de cada profissional. Essas dificuldades também foram apontadas por outra categoria profissional (agente comunitário de saúde) no contexto da atenção primária a saúde (NOGUEIRA et al., 2007).

No que tange a associação da sobrecarga de trabalho à categoria profissional enfermeiro, identificado no estudo, resultados semelhantes foram evidenciados em outras pesquisas sendo, considerados como determinante para estresse e adoecimento dos profissionais, além de gerar conflitos na equipe de saúde (AVELINO et al., 2013; ROSSETI, GAIDZINSKI, FUGULIN, 2013; SILVA et al., 2012b) situações que podem comprometer a qualidade das ações de saúde. Para a atenção à tuberculose a sobrecarga de trabalho em unidade de urgência e emergência pode levar a negligência da investigação dos sintomas da tuberculose na presença do sintomático respiratório.

A adequação da estrutura de um serviço de saúde é um importante elemento para proteger e promover a qualidade da atenção, uma vez que essa influência diretamente no processo de atenção e nos resultados (DONABEDIAN, 1980).

Conclusões

O estudo mostrou avaliações negativas e positivas dos profissionais de saúde na valorização da estrutura da unidade de PS. Embora a unidade de urgência e emergência não disponha de geladeira para o acondicionamento de material biológico e local adequado para a coleta de escarro, apresenta materiais e equipamento necessário para o diagnóstico da tuberculose.

Os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram despreparo para avaliar as questões que envolvem a tuberculose. No que se refere à valorização da organização dos recursos humanos pelos profissionais enfermeiros e médicos observou-se divergências

Considera-se essencial fortalecer as ações desenvolvidas para a atenção à tuberculose na unidade de PS por meio da qualificação dos profissionais de saúde, principalmente os profissionais de nível técnico. Ainda, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos de avaliação nas unidades de urgência e emergência, por meio de entrevista com os usuários. Essas justificam-se mediante a elevado procura por atendimento de sintomáticos respiratórios da tuberculose na unidade.

Referências

AVELINO, F.V.S.D.; LEITE, A.R.F.; FERNANDES, M.A.; AVELINO, F.P.D.; MADEIRA, M.Z.A.; SOUSA, L.E.N. de. Estresse em enfermeiros do setor de urgência e emergência. **Rev Enferm UFPI**, v. 2, n. 3, p 4-10, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelecimentos de Saúde no município de Pelotas**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431440>. Acesso em 07 fev 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da lei nº8.080/90. Brasília. DF. 2011a

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**. 2011b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, 2006

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1ª edição. Brasília (DF), 2013.

CARVALHO, H. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Sílabo; 2004.

COIMBRA, R.B.; GOUNDER, C.; LIMA, D.B de; SIQUEIRA, H.; CAVALCANTI, H.R.; PEREIRA, M.M.; KRITSKI, A.L. Resistência aos medicamentos anti-tuberculose de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas de pacientes atendidos em hospital geral de referência para o tratamento da AIDS no Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, n. 4, 2004.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Ann Arbor/Health Administration Press, 1980.

FAÇANHA, M.C.; MELO, M.A.; VASCONCELOS, F.F.; SOUSA, J.R.P. de; PINHEIRO, A.S.; PORTO, I.A.; PARENTE, J.M. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **J Bras Pneumol.**, v.35, n. 5, p. 449-454, 2009.

GARLET, E.R.; LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G.; MARQUES, G.Q. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Rev Latino-am Enfermagem**. [on-line], v.17, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.

GOMES, A.P.; ARCURI, M.B.; CRISTE, E.C.; RIBEIRO, R.M.; SOUZA, L.M.B.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Avaliação no Ensino Médico: o Papel do Portfólio nos Currículos Baseados em Metodologias Ativas. **Revista Brasileira de Educação Medica**, v.34, n. 3, p. 390–396, 2010.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAN, R. L. **Análise Multivariada dos dados**. Porto Alegre, 6ª edição, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – cidades. População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 novembro. 2013.

LE ROUX, B., ROUANET, H. **Geometric Data Analysis** – From Correspondence Analysis to Structured Data Analysis, Dordrecht. Kluwer Academic Publishers, 2004.

MACINKO J, ALMEIDA C, OLIVEIRA E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 243-56, 2003.

MARCOLINO, A.B.; NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO-NETTO, A.; MORAES, R.M.; SÁ, L.D.; VILLA, T.C.S; ROLIM, F.J. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 2, p. 144-57, 2009.

MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. Brasília-DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2º edição, 2011. 599p, il.

NETO, R.J.P.; COSTA, C.O.; FILHO, J.B.B.B.; LINS, J.M.M.; FEITOSA, R.G.F.; LEITÃO, T.M.J.S.; FAÇANHA, M.C.; PINHEIRO, V.G.F. Tuberculose em ambiente hospitalar: Perfil clínico em hospital terciário do Ceará e grau de conhecimento dos

profissionais de saúde acerca das medidas de controle. **RBPS**, v. 23, n. 3, p. 260-267, 2010.

NOBREGA, R.G.; NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO-NETTO, A.; SÁ, L.D. de; SILVA, A.T.M.C. da; VILLA, T.C.S. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, 2010.

NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO-NETTO, A.; MONROE, A.A.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; VILLA, T.C.S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 106-118, 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>>

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualisUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.5, p.1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, A. A. V.de; SÁ, L. D. de; NOGUEIRA, J. A.; ANDRADE, S. F. E. de; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v.47, n.1, p.145-51, 2013.

RAMOS, I.; SOUZA, F.B.A. de; OLIVEIRA, A.B. A biossegurança em tuberculose pulmonar e a prática de enfermagem em um hospital universitário do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**, v.2, n.1, p. 639-645, 2010.

ROSSETTI, A.C.; GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 21(Spec):[08 telas], 2013.

SÁ, L.D da; OLIVEIRA, A.A.V. de; GOMES, A.L.C.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S.; COLLET, N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n. 2, 2012.

SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETO, A.; KRITSKI, A.L.; FIGUEIREDO, T.M.R.M. de; VENDRAMINI, S.H.F.; ASSIS, M.M.A.; MOTTA, M.C.S. da. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43 n.3 p.389-97, 2009.

SELEGHIM, M.R.; TEXEIRA, J.A.; MATSUDA, L.M.; INOUE, K.C. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 122-131, 2010.

SILVA, A.P.; MUNARI, D.B.; BRASIL, V.V.; CHAVES, L.D.P.; BEZERRA, A.L.Q.; RIBEIRO, L.C.M. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 3, p. 549-556, 2012a.

SILVA, L.G. da; MATSUDA, L.M.; WAIDMAN, M.A.P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto contexto – enferm.**, v.21, n.2, 2012b.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; ANDRADE, R. L. P.; PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; BRUNELLO, M. E.; SCATENA, L. M.; NETTO-RUFFINO, A. VILLA, T. C. S. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev. Panam Salud Publica**. v. 31, n.6, 2012.

SOUZA, M. F.; FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C. Análise da utilização do serviço de Pronto-Socorro na percepção do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.1, p.13-20, jan./mar., 2010.).

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TRONCHIN, D.M.R.; MIRA, V.L.; PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, p. 1210-5, 2009.

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

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS.

Número do questionário: _____ Município: _____ Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____ Digitador: _____ (Não preencher) Data da digitação: ____/____/____ (Não preencher)	1. Nome da Instituição: _____
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista 1- <input type="checkbox"/> S 2- <input type="checkbox"/> N Justifique _____	

A. INFORMAÇÕES GERAIS.			
1.	Iniciais do Profissional: _____	2.	Sexo 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino
3.	Formação Profissional	1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Enfermagem	3a. Pós-Graduação: 1- Sim 2- Não 3- Em andamento 99- Não se aplica (Se técnico/auxiliar de enfermagem) Área: _____ Ano: _____
4.	Função/cargo que exerce na Unidade de Saúde: _____	7.a. Tipo de vínculo empregatício: _____	
5.	Número de anos em que trabalha da instituição: ____ anos		

B. ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE			
6.	Em sua opinião, há disponibilidade suficiente de profissionais no serviço de saúde que o Sr.(a) trabalha para atender os usuários que o procura?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0 - <input type="checkbox"/> não sabe	
7.	Com que frequência, o atendimento que o(a) Sr(a) realiza, é baseado na investigação de sinais e sintomas?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre	
8.	Com que frequência durante os atendimentos o (a) Sr(a) conversa com os usuários sobre outros problemas de saúde além da queixa?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre	
C. Acesso ao diagnóstico da TB– Relacionado especificamente ao diagnóstico da TB			
9.	Com que frequência o serviço de saúde em que trabalha recebe usuários com sinais e sintomas de TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0 - <input type="checkbox"/> não sabe	
10.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem:		
	10.a	Máscara para uso do profissional e usuário	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0 - <input type="checkbox"/> não sabe
	10.b	Pote para coleta de escarro disponível?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0 - <input type="checkbox"/> não sabe
	10.c	Geladeira para acondicionamento de material biológico?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0 - <input type="checkbox"/> não sabe
	10.d	Formulário de pedido para baciloscopia de escarro?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0 - <input type="checkbox"/> não sabe
11.	Existe local destinado para coleta de escarro neste serviço:		
	11.a	Em sua opinião, o local destinado para coleta de escarro neste serviço é:	1- <input type="checkbox"/> muito ruim 2- <input type="checkbox"/> ruim 3- <input type="checkbox"/> regular 4- <input type="checkbox"/> bom 5- <input type="checkbox"/> muito bom 99- <input type="checkbox"/> não se aplica (caso o serviço de saúde não faça a coleta) 0- <input type="checkbox"/> não sabe Especificar local: _____
12.	Qual a conduta do (a) Sr.(a) quando o usuário chega ao serviço de saúde apresentando tosse, febre ou perda de peso:		
	12.a	Avaliação clínica (investigação de sinais e sintomas para TB):	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe

	12.b	Realização de exames:	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe (Se não ou não sabe pular para a questão 12.c)
	12.b.1	Quais exames: a) Raio X de tórax b) Baciloscopia c) Outros	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica Especificar: _____ _____
	12.c	Encaminhamento:	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe (Se não ou não sabe pular para a questão 14)
	12.c.1	Para realização de exames:	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe (Se não ou não sabe pular para a questão 12.c.2)
		Quais exames: a) Raio X de tórax b) Baciloscopia c) Outros	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica Especificar: _____ _____
	12.c.2	Para outras unidades de saúde Quais unidades: a) Ambulatório b) Hospital c) Atenção Primária à Saúde	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe (se não ou não sabe pular para a questão 12.c.3) 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica
	12.c.3	Internação em unidade de PS	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	12.c.4	Outras condutas	Especificar: _____ _____
13.	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- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica/ não encaminha
D. Qualificação dos profissionais			
14.	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- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.	Em sua opinião, no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha, com que frequência observa as seguintes dificuldades:		
15.a	Falta de conhecimento sobre a TB pelos profissionais de saúde	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe	
15.b	Dificuldade dos profissionais de saúde de falar sobre a TB com o paciente	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe	
15.c	Convencer o paciente a colher escarro	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe	
15.d	Dificuldade para preencher os impressos (pedido de exame de TB)	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe	
15.e	Sobrecarga de trabalho dificultando as ações sobre TB	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe	
16.	Com que frequência o(a) Sr.(a) busca informações/atualizações sobre TB?		1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre

		Se a resposta for NUNCA não especificar Especificar a fonte de informação (livros, manuais, internet, cursos) _____
Atualizações sobre tuberculose		
17.	Com que frequência o município disponibiliza atualizações para a TB	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
18.	Quando foi a sua última atualização específica para:	
18.a	Atualização clínica da TB?	1- <input type="checkbox"/> no último ano 2- <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 3- <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos 4- <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais 5- <input type="checkbox"/> não fez
18.b	Atualização em relação aos exames para diagnóstico da TB (Rx, baciloscopia, cultura, etc)?	1- <input type="checkbox"/> no último ano 2- <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 3- <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos 4- <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais 5- <input type="checkbox"/> não fez
19.	O(a) Sr.(a) se sente seguro para identificar um usuário suspeito de TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não
SÓ PARA MÉDICOS		
20.	O (a) Sr.(a) se sente seguro em realizar o diagnóstico da TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não

APÊNDICE II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**Avaliação da estrutura e do processo de atenção à pessoa com tuberculose em unidade de Pronto Socorro**”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E tem como objetivo analisar a estrutura e o processo de atenção no Pronto Socorro de Pelotas na detecção e atendimento de casos de TB. Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 10 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

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

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar;

A segurança de que não serei identificado;

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).

Pelotas/RS, ____, de _____ de 2012.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Assinatura do Entrevistador

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

Atenciosamente,

Jéssica Oliveira Tomberg

CONTATO:

Fone: 53. 8115.3798

Email: jessicatomberg@hotmail.com

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Instituição

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Pelotas, 04 de 02 de 2013.

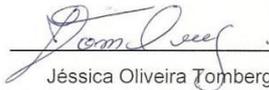
Ilustríssimo Diretor do Pronto Socorro de Pelotas

Venho por meio deste solicitar a autorização para desenvolver uma pesquisa, a qual se intitula "**Atenção à tuberculose em unidade de Pronto Socorro: avaliação da estrutura e processo**" e tem por objetivo analisar a estrutura e o processo de atenção no Pronto Socorro de Pelotas na detecção dos casos de TB, visando à elaboração de uma dissertação, a qual é requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências

Na presente pesquisa, será realizada uma entrevista com os profissionais de saúde atuantes no processo de diagnóstico da tuberculose no Pronto Socorro de Pelotas.

Assim, terei presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, em concordância com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enfatizando os artigos 89, 90, 91 e 92 e a resolução 196/1996 do CNS, o qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos (cap.IV). Desta forma, contatamos seu apoio, agradecendo deste já pela oportunidade e coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,



Jéssica Oliveira Tomberg

Fone: 53. 8115.37.94

E-mail: jessicatomborg@hotmail.com



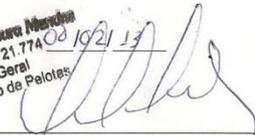
Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Fone: 53. 3921.2315

E-mail: roxana_cardozo@hotmail.com

Ciente. De acordo

Dr. Mônica de Moura Mendes
CREMERS - 21.774
Diretora Geral
Pronto Socorro de Pelotas



Assinatura e Carimbo

ANEXO II – Parecer Comitê de Ética

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção à Tuberculose em Unidade de Pronto Socorro: Avaliação da Estrutura e Processo.

Pesquisador: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13199313.0.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ((CAPES))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 231.991

Data da Relatoria: 20/05/2013

Apresentação do Projeto:

Adequada

Objetivo da Pesquisa:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apontados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências foram atendidas integralmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 28 de Março de 2013

Assinador por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br