

Possuelo, Lia; Winck da Rosa, Anne; Poli, Heloisa; Battisiti, Fabiane; Salette Sartori,
Maria; Reis, Ana Júlia; Moraes, Mariélli; de Moura Valim, Andreia Rosane
Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde
Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, vol. 2, núm. 3, julio-septiembre, 2012,
pp. 89-93
Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570464025004>

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

Ano II - Volume 2 - Número 3 - 2012



ARTIGO ORIGINAL

Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde *Tuberculosis: a study on health care reference*

Lia Possuelo^{1,4*}, Anne Winck da Rosa², Heloisa Poli², Fabiane Battisiti³, Maria Salette Sartori⁴, Ana Júlia Reis², Mariélli Moraes², Andreia Rosane de Moura Valim¹

¹Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, Unisc; ²Bolsista PET-Saúde Vigilância, Unisc; ³Preceptora PET-Saúde Vigilância, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul; ⁴Tutora acadêmica PET-Saúde, Unisc.

Recebido em: 05/05/2012
Aceito em: 20/08/2012

*liapossuelo@unisc.br

RESUMO

Justificativa e Objetivos: O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi conhecer e analisar o sistema de referência para o encaminhamento de pacientes com diagnóstico de tuberculose no município de Santa Cruz do Sul. **Métodos:** O estudo foi realizado pelo PET- Saúde Vigilância/Tuberculose, na Unidade Referencia para Tuberculose do município (UR-TB). Foi realizado um estudo descritivo do tipo levantamento, através de uma revisão nos prontuários dos pacientes que realizaram tratamento para tuberculose entre os anos de 2007 a 2011. Os dados foram tabulados em Excel e analisados em SPSS 18.0. **Resultados:** Foram avaliados 239 prontuários, destes 157 (65,7%) não apresentavam documento de referência nem qualquer tipo de encaminhamento, 53 (22,2%) apresentavam receituário médico como forma de encaminhamento e 29 (12,1%) continham o documento oficial de referência e contrarreferência. Entre os 49 (20,5%) documentos que apresentavam informações referentes à unidade de saúde que fez o encaminhamento, 19 (38,8%) pacientes foram encaminhados por unidades de menor complexidade e 30 (61,2%) encaminhados por unidades de maior complexidade. O intervalo de tempo entre a data do encaminhamento para a referência e o início do tratamento foi de 23 dias variando de 0 a 296 dias, a mediana foi de 4,5 dias e a moda foi 1. Nenhum registro referente à contrarreferência foi encontrado. **Conclusão:** Através destes dados podemos refletir sobre a importância dos sistemas de referência e contrarreferência para as redes de saúde, assim como as falhas que o não preenchimento dessas guias, pelos profissionais, pode acarretar no sistema de saúde prejudicando seus usuários.

DESCRITORES

Tuberculose
Atenção Primária à Saúde
Acesso aos serviços de saúde

ABSTRACT

Rationale and Objectives: The key element for the integration of health networks is an effective system of reference and counter-reference, understood as a mechanism for mutual referral of patients between different levels of service complexity. Thus, the aim of this study was to identify and analyze the reference system for the referral of patients diagnosed with tuberculosis in the city of Santa Cruz do Sul, Brazil. **Methods:** The study was conducted by PET-Health Surveillance/Tuberculosis at the Reference Unit for Tuberculosis in the municipality (RU-TB). We conducted a descriptive survey study by reviewing the records of patients who underwent treatment for tuberculosis between the years 2007 and 2011. Data were tabulated in Excel and analyzed using SPSS 18.0. Results: A total of 239 medical records were evaluated and of these, 157 (65.7%) had no reference document or any type of referral; 53 (22.2%) had a medical prescription as a way of referral and 29 (12.1%) had the official reference and counter-reference document. Of the 49 documents (20.5%) with information on the health unit that made the referral, 19 (38.8%) patients were referred to less complex units and 30 (61.2%) referred to greater complexity units. The time interval between the referral date and the reference and the start of treatment was 23 days, ranging from 0 to 296 days; the median was 4.5 days and mode was 1. There were no records related to counter-reference. **Conclusion:** These data show the importance of systems of reference and counter-reference for health networks, and that errors, such as failing in filling out these forms by health care professionals, can have an effect on health system users.

KEYWORDS

Tuberculosis
Primary Health Care
Access to health services

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças que afigem a humanidade. É uma doença potencialmente curável e prevenível, mas ainda se constitui um problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento¹.

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010 foram notificados 6,2 milhões de casos de TB no mundo, enquanto no Brasil, foram notificados cerca de 69 mil novos casos, com um coeficiente de incidência de 36/100.000 habitantes. O Brasil encontra-se entre os 22 países que concentram 82% dos casos de TB no mundo². Entre os estados brasileiros, o Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de incidência e São Paulo o maior número absoluto de casos, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN³.

No Rio Grande do Sul (RS), 5784 casos foram notificados em 2011, sendo Porto Alegre a cidade com o maior número de casos. Santa Cruz do Sul, localizada na região central do RS é um dos municípios prioritários para o controle da TB no RS, apresentou 67 notificações no ano de 2010, o que corresponde a uma incidência de 56,8/100.000 habitantes³.

O sistema de referência e contrarreferência para os pacientes, não só com TB, é um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível⁴. No Brasil, a Política de Atenção Básica (PNAB) estabelece que os serviços de Atenção Primária (AP) ou de Atenção Básica (AB), representados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) devem assumir a utilização de sistemas de referência e contrarreferência⁵.

Os conceitos de referência e contrarreferência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor e de serem o principal elemento para a integração das redes de saúde, ainda se encontram em um estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação à seus possíveis sentidos teóricos, quanto na efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não⁶. A referência compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade, ou seja, para hospitais e clínicas especializadas; a contrarreferência, inversamente, compreende o trânsito do nível maior para o de menor complexidade, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima do domicílio do paciente^{1,6}. Para a sua efetivação é necessário que exista e funcione um sistema hierarquizado de serviços formando uma rede integrada com fluxo normatizado dos pacientes nos dois sentidos. O bom funcionamento deste sistema pressupõe não só o fluxo do paciente como pessoa física, mas também a troca de informações a respeito do seu estado clínico entre os profissionais dos diferentes níveis que participam no processo do seu tratamento⁷.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi conhecer e analisar o sistema de referência para o encaminhamento de pacientes com diagnóstico de tuberculose no município de Santa Cruz do Sul.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, do tipo levantamento na Unidade Referência para TB (UR-TB) do município de Santa Cruz do Sul. A equipe de trabalho da UR-TB é composta por um médi-

co, um técnico de enfermagem e uma enfermeira. O profissional médico atende pacientes com consultas agendadas previamente, 2 turnos por semana e a equipe de enfermagem atende a demanda espontânea. Todos os pacientes encaminhados de unidade de saúde de maior ou menor complexidade são acolhidos. Estes pacientes são encaminhados para a UR-TB com suspeita ou com diagnóstico, que é descentralizado no município. O tratamento é centralizado nesta unidade.

Foi realizada uma revisão nos prontuários dos pacientes que fizeram tratamento, independente do tipo de TB, entre os anos de 2007 e 2011 (amostra de conveniência).

Para efeitos de análise, foram considerados como encaminhamentos documentos de referência e contrarreferência oficiais ou não oficiais. Foram definidos como referência toda e qualquer forma de encaminhamento (formulário oficial do município ou receituário médico) do paciente para a unidade de saúde de referência para TB (UR-TB). O tempo decorrente entre o encaminhamento e o início do tratamento foi avaliado. As variáveis aferidas no documento de encaminhamento foram as seguintes: nome do paciente, data de nascimento, endereço e telefone, unidade de saúde referenciada e/ou unidade de saúde referida, assim como seus telefones e endereço. Além disso, foi avaliado se havia a descrição do agendamento da consulta (data e horário), profissional solicitante e data de encaminhamento. No prontuário médico foi avaliada a data de início do tratamento.

Um formulário para preenchimento dos dados contidos nos documentos de encaminhamento foi construído para coleta de dados. Os dados colhidos foram tabulados em planilha excel e posteriormente analisados em SPSS 18.0. Análises univariadas foram realizadas. O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC sob número 2764/10.

RESULTADOS

No período de estudo, 239 prontuários foram avaliados. Do total de prontuários revisados 157 (65,7%) não apresentavam nenhum tipo de documento de encaminhamento, 53 (22,2%) apresentavam receituário médico como forma de encaminhamento e 29 (12,1%) tinham o formulário oficial de referência e contrarreferência (Figura 1).

Entre os 82 prontuários que continham os documentos de encaminhamento, 49 (59,8%) continham a informação referente à unidade de saúde solicitante. Um total de 16 (32,6%) casos foram encaminhados por clínicas privadas, e os demais por outras unidades de saúde de Santa Cruz do Sul, conforme a Tabela 1.

Com relação à unidade referenciada, somente 29 (35,4%) documentos tinham a informação referente à unidade à qual o paciente deveria se deslocar. Dezessete (58,6%) pacientes foram corretamente referenciados para a UR-TB e outros 12 (41,4%) foram referenciados para as outras unidades de saúde ou para profissionais especialistas (Tabela 2).

Em relação aos profissionais que fizeram o encaminhamento, em 69 (84,1%) casos foi possível identificar a especialidade do profissional médico. Destes, 25 (36,2%) eram clínicos gerais e outros 24 (34,8%) eram pneumologistas (Tabela 3).

O tempo entre o encaminhamento e o início do tratamento foi avaliado em 44 (53,7%) pacientes. Incompatibilidades entre as datas encontradas no documento de encaminhamento e a data do início

do tratamento ou a ausência da data no encaminhamento foi o fator limitante nesta informação. O tempo médio entre o encaminhamento e o início do tratamento foi de 23 dias, variando de 0 a 296 dias. A mediana foi de 4,5 dias e a moda foi 1 dia.

Na pesquisa, não foram encontrados formulários de refe-

rência e contrarreferência com agendamento de horário. Até 2010, os dados pessoais estavam incompletos, a maioria apresentava apenas o nome do paciente, no entanto não continham data de nascimento, endereço e telefone. Já no ano de 2011, dos 62 prontuários verificados, 61 apresentavam todos os dados do paciente, com exceção do telefone.

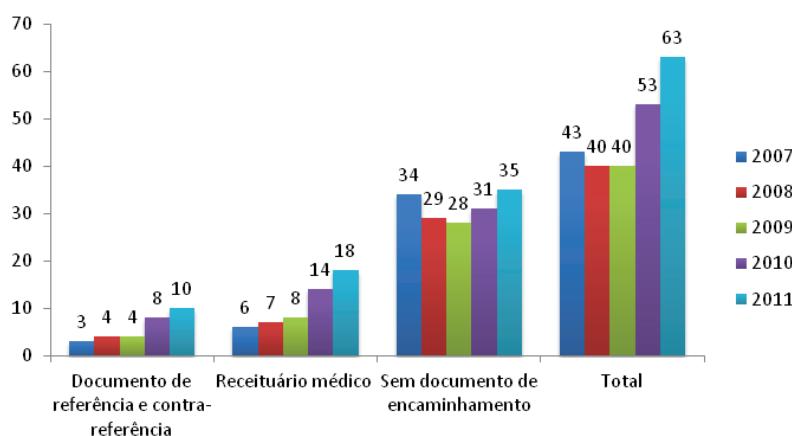


FIGURA 1 - *Tipo de documentos de referência encontrados nos prontuários, por ano analisado (número absoluto)*

TABELA 1 - *Unidades de Saúde Solicitantes, por ano.*

	2007 N (%)	2008 N (%)	2009 N (%)	2010 N (%)	2011 N (%)	TOTAL N (%)
Privado	4 (25,0)	5 (31,2)	2 (12,5)	4 (25,0)	1 (6,2)	16 (32,6)
Hospitais	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)	5 (45,5)	0 (0,0)	11 (22,4)
ESF's	2 (10,5)	3 (15,8)	3 (15,8)	5 (26,3)	6 (31,6)	19 (38,8)
UBS's	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	3 (6,2)
TOTAL:	8 (16,3)	10 (20,4)	8 (16,3)	15 (30,6)	7 (14,3)	49 (100,0)

* SUS: Sistema Único de Saúde, UR_TB: Unidade de Referência de Tuberculose, ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde

TABELA 2 - *Unidade de Saúde Referenciada, por ano.*

	2007 N (%)	2008 N (%)	2009 N (%)	2010 N (%)	2011 N (%)	TOTAL N (%)
UR-TB	1 (5,8)	2 (11,8)	0 (0,0)	12 (70,6)	2 (11,8)	17 (58,6)
HSC	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (3,4)
Pneumologista	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	3 (10,4)
Infectologista	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	3 (50,0)	6 (20,7)
CEMAS	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	2 (6,9)
TOTAL:	1 (3,4)	6 (20,7)	2 (6,9)	14 (48,3)	6 (20,7)	29 (100,0)

*UR-TB: Unidade de Referência de Tuberculose, HSC: Hospital Santa Cruz, CEMAS: Centro de Atendimento a Sorologia

TABELA 3 - *Especialidade de Profissional Médico que fez o encaminhamento, por ano.*

	2007 N (%)	2008 N (%)	2009 N (%)	2010 N (%)	2011 N (%)	TOTAL N (%)
Pneumologista	5 (20,8)	5 (20,8)	2 (8,3)	7 (29,2)	5 (20,8)	24 (34,8)
Infectologista	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	4 (5,8)
Clínico Geral	2 (8,0)	2 (8,0)	4 (16,0)	8 (32,0)	9 (36,0)	25 (36,2)
Cirurgia Torácica	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	4 (5,8)
Médico de Família e Comunidade	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (5,8)
Demais especialidade	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	4 (50,0)	8 (11,6)
TOTAL:	7 (10,1)	8 (11,6)	11 (16,0)	19 (27,5)	24 (34,8)	69 (100,0)

*Demais especialidades: Nefrologista, Medicina Interna, Medicina do Trabalho e Cardiologista

DISCUSSÃO

O sistema de referência e contrarreferência auxilia no manejo do paciente à procura do tratamento e cura de sua patologia, envolvendo os três níveis de complexidade em saúde. As unidades básicas referenciam seus pacientes à unidades de maior complexidade a fim de obter atendimento especializado, enquanto as unidades fazem a contrarreferência justificando o tratamento ou encaminhando para acompanhamento na unidade básica.

No presente estudo 59,8% dos prontuários analisados continham algum tipo de encaminhamento. Estes resultados demonstram que o uso de documento de referência ou encaminhamento não tem sido adequadamente utilizados no município estudado. Os dados do presente estudo estão de acordo com aqueles apresentados pelo Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul⁸. Com base nessas auditorias são formuladas recomendações visando ao aperfeiçoamento da gestão dos programas e ações governamentais. Após a auditoria do Tribunal de Contas, relatou-se que, embora seja utilizado o documento de referência e contrarreferência, não tem ocorrido, pelo menos de forma adequada, a contrarreferência. O documento de referência e contrarreferência, deve ser preenchido pelo médico após a consulta e entregue ao paciente para que o encaminhe ao médico da unidade de saúde na próxima consulta. Foi identificado que o formulário raramente retorna à unidade, sem que tenha ficado evidenciado se a falha é do médico especialista, que não teria preenchido o documento, ou do paciente, que não o encaminhou. Quando o documento retorna, muitas vezes vem em branco, e em outras vezes é ilegível. Também foi observado que nem sempre o médico da unidade insere no documento de encaminhamento todas as informações necessárias⁸.

O fato de 32,7% dos encaminhamentos partirem de unidades privadas (especialistas) de saúde pode justificar a maior utilização de encaminhamentos por receituário médico e a pouca utilização dos formulários de referência e contrarreferência padrão do sistema de saúde. O encaminhamento partindo de hospitais e de profissionais médicos especializados sugere o desvio no trânsito do paciente, que deveria partir de uma unidade de saúde de um nível menor para um de maior complexidade⁴. Estes dados refletem a necessidade de uma capacitação mais adequada das equipes de saúde da atenção primária, o que permitiria uma maior detecção de casos de TB na comunidade e o correto encaminhamento destes pacientes para a UR –TB onde o tratamento é realizado, evitando assim este desvio no trânsito.

A falta de preenchimento do nome do paciente nos anos de 2007 a 2010 e o não agendamento da consulta indicam um funcionamento precário do sistema, mostrando uma falha da unidade de saúde que fez o encaminhamento, que deveria preencher os dados

iniciais do paciente. Entretanto, notou-se melhora no preenchimento dos dados do paciente no ano de 2011, já que apenas um prontuário não apresentava estas informações. Essa melhora, provavelmente está relacionada com o início das atividades de residência médica em algumas das unidades de saúde do município. Além disso, a falta do preenchimento do local referenciado pode levar a uma dificuldade de entendimento e de acesso do paciente ao tratamento indicado.

Não há concordância na literatura sobre o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do paciente. Estudo realizado na Tanzânia optou pelo critério de seis profissionais médicos do hospital de referência em tratamento de TB, que apoiados em conhecimentos médicos e avaliação das condições socioeconômicas dos pacientes, apresentaram um período máximo aceitável de 30 dias na demora do paciente⁷. Esse mesmo período foi definido por outros pesquisadores do Hospital Fairfiel – Austrália⁹. A resposta apresentada pelos profissionais acima mencionados para a demora do serviço foi um período aceitável de até três dias⁹. Outra definição com período aceitável foi de até 10 dias⁷. Diferentes estudos, em regiões de distintos estágios de desenvolvimento sócio-econômico, tem estabelecido de 3 a 30 dias como período aceitável de demora do paciente^{7,9}. No presente estudo o tempo médio de demora desde o encaminhamento até o início do tratamento foi de 23 dias, um período demasiadamente longo, que pode estar diretamente relacionado com a ausência de informações suficientes, tanto no formulário de encaminhamento quanto na orientação ao paciente. Em estudo realizado por Maior et al. (2012) foi relatado que o tempo entre o resultado positivo de uma baciloscopia e o início do tratamento não deve ultrapassar 24-48h¹⁰.

Com base nas observações realizadas, o presente estudo nos leva a refletir sobre a importância dos sistemas de referência e contrarreferência para as redes de saúde, especialmente no que diz respeito a um dos princípios do SUS: a integralidade do cuidado; assim como as falhas que o não preenchimento dessas guias, pelos profissionais, podem acarretar no sistema de saúde prejudicando seus usuários. Deve-se então buscar a implantação de sistemas eletrônicos, com um cadastro único a todos os serviços do SUS.

Torna-se necessário redesenhar os movimentos reais dos usuários, e refletir sobre novos fluxos e relações dentro do sistema, para que assim os pacientes possam ser observados, acolhidos e direcionados corretamente.

Garantir a integralidade do atendimento é responsabilidade de todos os níveis de atenção e profissionais da área da saúde, e não uma batalha individual de cada paciente, que deveria sempre ser encaminhado para o centro de saúde mais próximo de sua residência, a alguma especialidade ou a qualquer outra possibilidade existente no sistema. Por fim, precisamos de aperfeiçoamento no sistema de informação do setor Público para assegurar uma maior rapidez e eficiência na coleta de dados, na sua consolidação e na divulgação dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Silva EM, Assis MMA, Villa TCS, et al. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública. 2010;34(2):227-239.
2. Brasil. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Especial Tuberculose. Volume 43, março de 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf. Acesso em Abril de 2012.
3. Brasil. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Tuberculose casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Sinan Net.

- Disponível em: <http://200.198.173.164/scripts/tabcgi.exe?snet/tubercrsnet.%20Acessado%20em%20Maio%20de%202012>. Acesso em Abril de 2012.
4. Juliani CM, Ciapone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Brasil Rev Esc Enferm - USP. 1999;33(1):323-33.
 5. Oliveira MF, Arcênio RA, Netto AR, et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm - USP. 2011;45(4):898-904.
 6. Fratini JRG, Suape R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saúde. 2008;7(1):065-072
 7. Wandwalo ER & MO. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. Int J Tuberc Lung. 2000; 4(2):133-138.
 8. Brasil. Relatório de auditoria operacional do município de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul; 2009. Disponível em: http://www2.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/auditoria_operacional/aops/AuditoriaOperaciona_SantaCruz.pdf. Acesso em Abril de 2012.
 9. Pirkis JE, Speed BR, Yung AP, et al. Time to initiation of anti-tuberculosis treatment. Tubercle Lung Dis. 1996;77:401-406.
 10. Maior, ML et al. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. J. Bras. Pneumol. 2012;38(2):202-209.