



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

DANIELLE GALDINO DE PAULA

**Expansão da Estratégia Saúde da Família e o modelo de atenção à  
tuberculose em Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ - Brasil**

Rio de Janeiro

Dez/2015

**Expansão da Estratégia Saúde da Família e o modelo de atenção à  
tuberculose em Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ - Brasil**

DANIELLE GALDINO DE PAULA

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte do requisito à obtenção da titulação de Doutora em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Catarina Salvador da Motta

**Coorientador:** Prof. Dr. Alexandre Souza da Silva

Rio de Janeiro

Dez/2015

P324e Paula, Danielle Galdino  
Expansão da estratégia saúde da família e o modelo de atenção à  
tuberculose em unidades da saúde do Complexo da Maré/RJ-Brasil./Danielle  
Galdino Paula.—Rio de Janeiro:UFRJ/EEAN,2016.

175f.:il.;30cm .

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Catarina Salvador da Motta  
Co-orientador: Prof. Dr. Alexandre Souza Silva

Tese(doutorado) – UFRJ/EEAN- Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem,2015.

Referências: f.140-45

1.Enfermagem.2.Atenção primária à saúde.3.Avaliação de programas de saúde.  
4.Tuberculose. I. Motta, Maria Catarina salvador da. II.Silva, Alexandre Souza .  
III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDD: 610.73

DANIELLE GALDINO DE PAULA

**Expansão da Estratégia Saúde da Família e o modelo de atenção à tuberculose  
em Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ - Brasil**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte do requisito a obtenção da titulação de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Catarina Salvador da Motta  
Presidente

---

Prof. Dr. Alexandre Souza da Silva  
1<sup>º</sup> Examinador

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza  
2<sup>º</sup> Examinadora

---

Liane Gack Ghelman  
3<sup>º</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sheila Nascimento Pereira Farias  
4<sup>º</sup> Examinadora

---

Prof. Dra. Luciane Souza Velasque  
Membro Suplente

---

Prof<sup>ª</sup>. Ana Inês Sousa  
Membro Suplente

Rio de Janeiro  
Dez/2015

## **DEDICATÓRIA**

*À minha amada família e amigos, pela formação moral, amizade e presença em todos os momentos da vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela família maravilhosa que me recebeu com muito amor, os momentos de alegria, o aprendizado nos momentos de prova e pelo amparo na jornada de trabalho àqueles que eram colocados sobre meus cuidados.

Aos meus **avós** Pedro, Dita, Álvaro e Cecília, que hoje são anjos guardiões e guiam meus passos. Avós amados que ofertam em minhas lembranças a agradável recordação da infância. Obrigada pela família e pais que perpetuam ensinamentos tão valiosos.

Aos meus **pais**, Pedro e Elizabeth pela grande virtude da educação. Àqueles que me acalentaram e deram as mãos para que aprendesse a andar e o incentivo para seguir em frente. A insistência das manhãs chorosas de ida à escola, a paciência nas lições de casa, o amor, a compreensão e o incentivo às provas da vida.

A minha amada **tia-mãe** Helenita, que mostrou o que é a fé sentida, a força e aceitação perante às provas da vida e as pacientes lições de vida.

Ao meu **marido** Rafael, companheiro e amigo paciente, que não me deixou desistir, que venceu a saudade, pelas inúmeras noites de “estudo sobre tuberculose”. Muito obrigada!

Aos meus **irmãos** amados, Rodrigo, Vanessa e Rafael – in memoriam, companheiros, amigos fiéis e anjos guardiões.

Aos meus **irmãos de jornada**, Eugênio, Tainah, Anna e Angélica agradeço a Deus pelo presente que me foi ofertado na jornada terrena - suas amizades - e por zelarem por aqueles que me são preciosos.

Ao **pequeno Pedro**, pela alegria e por fazer lembrar, a cada minuto, o quão encantador é a vida.

A **Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Catarina Salvador da Motta**, profissional dedicada, que me ofertou exemplos valiosos do que é ser professor. Por ter me ofertado inúmeras possibilidades, o apoio, a confiança depositada e a paciência. Minha eterna gratidão!

Ao **Prof. Dr. Alexandre**, agradeço pela paciência, as inúmeras horas dedicadas na valiosa colaboração deste trabalho e a nova amizade que se inicia.

*À Prof<sup>a</sup>. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa e Grupo GEOTB pelas valiosas contribuições na pesquisa e críticas construtivas desde a elaboração do projeto.*

*Aos amigos do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/EEAP, agradeço pelo carinho, apoio e contribuições ímpares na produção desse estudo.*

*A colaboração do corpo de docente e administrativo da Escola de Enfermagem Anna Nery que viabilizaram etapas importantes da pesquisa, em especial a servidora Sonia Maria pela colaboração desde a época do mestrado.*

*A todos que contribuíram com este estudo, em especial a amiga Fabiana Koopmans e Enfermeira Darleia Ramos, Izabel, Christiane e alunos do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e Centro Universitário Augusto Motta pelo carinho e apoio na realização dessa pesquisa.*

## RESUMO

### **Expansão da Estratégia Saúde da Família e o modelo de atenção à tuberculose em Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ - Brasil**

Danielle Galdino de Paula

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Catarina Salvador da Motta

Co-orientador: Prof. Dr. Alexandre Souza da Silva

Resumo de Tese submetida ao Programa de Pós-graduação na linha de pesquisa Enfermagem e Saúde Coletiva, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública/DESP, Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor(a) em Enfermagem.

Tradicional modelos biomédicos de assistência à saúde são geralmente voltados para condições agudas e episódicas. Com a expansão dos cuidados primários em saúde na cidade do Rio de Janeiro e os desafios impostos no tratamento da tuberculose, o estudo tem por **objetivo geral** avaliar, a partir da percepção das equipes de saúde, se a expansão da Estratégia Saúde da Família ocorrida no Complexo da Maré/RJ atende o modelo de atenção às condições crônicas ao portador da tuberculose. **Por objetivos específicos** descrever o modelo de atenção à saúde empregado ao portador da tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ e determinar, sob a percepção dos profissionais de saúde, a capacidade institucional local em desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas ao portador de tuberculose. **Método:** Pesquisa avaliativa normativa, transversal, quantitativa. Foram entrevistados 174 profissionais de saúde das equipes de saúde da família de oito Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ. Utilizou-se o instrumento Assessment of Chronic Illness Care adaptado e validado para a atenção à tuberculose. Estudo aprovado com parecer número 1.043.830. **Resultado:** A capacidade de atenção ao portador da tuberculose nas Unidades de Saúde da Maré foi classificada como razoável (média 6.67) (p-value = 0.001183). As Unidades de Saúde apresentaram médias que variaram de 5.74 a 7.49. **Conclusão:** Considera-se que, há uma mudança de foco das organizações de saúde, retirando a ênfase nas condições agudas para implantar uma atenção que dê conta da atenção às condições crônicas (caso da tuberculose).

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Programas de Saúde, Tuberculose.

Rio de Janeiro

Dez/2015

## ***ABSTRACT***

Summary submitted to the Graduate Program in the research line Nursing and Public Health, Department of Public Health Nursing, Nursing Research Group in the School Community Health Nursing Anna Nery of the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) as part of the requirements for obtaining the title of PHD in Nursing.

Traditional biomedical model of health care are generally focused on acute and episodic conditions. With the primary health care expansion in the Rio de Janeiro's city and the challenges posed to treat tuberculosis, this study had **goal**: evaluate from the health teams perception, the expansion of the Family Health Strategy that took place in the Complexo da Maré / RJ meets the model of care for tuberculosis chronic conditions. For **specific goals** describe the health care model used to tuberculosis patients in the health units of the Complexo da Maré / RJ; Determine, in the perception of health professionals, local institutional capacity to develop the model of care for chronic conditions for patients with tuberculosis. **Method**: cross-sectional research, quantitative, normative evaluation. They were interviewed 174 health professionals of family health teams that worked in eight health units in Complexo da Maré / RJ. Used the guidelines Assessment of Chronic Illness Care adapted and validated for attention to tuberculosis. This study was approved by the number 1043830. **Outcomes**: The attention capacity of tuberculosis patients in health units was classified in reasonable care (average 6.67) (p-value = 0.001183). Health Units presented averages ranging from 5.74 to 7.49. **Conclusion**: It is considered that there is a shift in focus of healthcare organizations, removing the emphasis on acute conditions to deploy an attention that take account of care for chronic conditions (case of tuberculosis).

**Keywords**: Primary Health Care, Health Program Evaluation, Tuberculosis.

## **RESUMEN**

Resumen de tesis presentado al Programa de Postgrado en Enfermería línea de investigación y Salud Pública, Departamento de Salud Pública Enfermería / DESP, Enfermería Grupo de Investigación en la Escuela de Enfermería de Salud Comunitaria Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ) como parte de los requisitos para obtener el título de Doctor (a) en Enfermería.

Modelo biomédico tradicional de atención de la salud se centran generalmente en condiciones agudas y episódicas. Con la expansión de la atención primaria de salud en la ciudad de Río de Janeiro y los retos en el tratamiento de la tuberculosis, el estudio tiene el **objetivo** de evaluar, desde la percepción de los equipos de salud, la expansión de la Estrategia Salud de la Familia que tuvo lugar en Complexo da Maré / RJ cumple con el modelo de atención a las enfermedades crónicas al portador de la tuberculosis. Para **objetivos específicos** describir el modelo de atención de la salud de los empleados al portador de la tuberculosis en las unidades de salud del Complexo da Maré / RJ; Determinar, en la percepción de los profesionales de la salud, la capacidad institucional local para desarrollar el modelo de atención a las enfermedades crónicas en los pacientes con tuberculosis. **Método:** investigación de evaluación normativa, cuantitativo transversal. Entrevistaron a 174 profesionales de la salud de los equipos de salud de la familia de ocho unidades de salud del Complexo da Maré / RJ. Se utilizó el instrumento de Evaluación de Manejo de Enfermedades Crónicas adaptado y validado para la atención a la tuberculosis. Este estudio fue aprobado por el número opinión 1.043.830. Resultado: El portador de la capacidad de atención de la tuberculosis en las unidades de salud de marea se clasificó como razonable (promedio 6.67) (p-valor = 0.001183). Unidades de Salud presentó promedios que van de 5.74 a 07.49. **Conclusión:** Se considera que hay un cambio en el enfoque de las organizaciones de salud, eliminando el énfasis en las condiciones agudas de desplegar una atención que tenga en cuenta la atención de afecciones crónicas (caso de la tuberculosis).

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud, Evaluación del Programa de Salud, Tuberculosis.

Rio de Janeiro

Dez/2015

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Comunidades do Complexo da Maré .....	31
Figura 2 - Os atributos e as funções da Atenção Primária em Saúde nas redes de atenção à saúde .....	40
Figura 3 - Modelo de atenção Crônica proposto por Wagner (1998) .....	44
Figura 4 - Mapa de Localização das Unidades de Saúde .....	60

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Incidência da Tuberculose no município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento - 2012 .....	30
Gráfico 2 -	Tempo que os profissionais exercem a função por Unidade de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	75
Gráfico 3 -	Tempo de exercício da função por ocupação profissional nas Unidades de Saúde do <u>tipo A</u> – Complexo da Maré/RJ .....	75
Gráfico 4 -	Tempo de exercício da função por ocupação profissional nas Unidades de Saúde do <u>tipo B</u> – Complexo da Maré/RJ .....	76
Gráfico 5 -	Tempo de permanência dos profissionais nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	79
Gráfico 6 -	Tempo de permanência dos profissionais por tipo de Unidade de Saúde (A e B) - Complexo da Maré/RJ .....	79
Gráfico 7 -	Tempo de permanência na unidade de Saúde por tempo que os profissionais exercem a função – Complexo da Maré/RJ .....	80
Gráfico 8 -	Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose das Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	83
Gráfico 9 -	Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose pelo nível de atenção à saúde (Tipo A e Tipo B) – Complexo da Maré/RJ ..	83
Gráfico 10 -	Boxplot das Dimensões em relação à Ocupação Profissional (ACS, Enfermeiro, Médico e Técnico de Enfermagem) nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	84
Gráfico 11 -	Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose* e média das dimensões (I a VII) avaliadas pelos profissionais das Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	84
Gráfico 12 -	Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose das Dimensões em relação ao nível de atenção à Saúde (TIPO A e TIPO B) – Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	85
Gráfico 13 -	Boxplot da Dimensão I em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	88

Gráfico 14 -	Boxplot da Dimensão I. “Organização da Atenção à Tuberculose” nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional .....	89
Gráfico 15 -	Boxplot da Dimensão II em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	91
Gráfico 16 -	Boxplot da Articulação com a comunidade nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Ocupação Profissional .....	91
Gráfico 17 -	Boxplot a da Dimensão III em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	94
Gráfico 18 -	Boxplot do Autocuidado apoiado nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Ocupação Profissional .....	94
Gráfico 19 -	Boxplot da Dimensão IV em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	97
Gráfico 20 -	Boxplot do Suporte a decisão nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional .....	97
Gráfico 21 -	Boxplot da Dimensão V em relação as Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	100
Gráfico 22 -	Boxplot do Desenho do sistema de prestação de serviços nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional .....	100
Gráfico 23 -	Boxplot da Dimensão VI em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	103
Gráfico 24 -	Boxplot do Sistema de informação clínica nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional .....	103
Gráfico 25 -	Boxplot da Dimensão VII em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	106
Gráfico 26 -	Boxplot da Integração dos componentes do modelo de atenção nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional .....	106
Gráfico 27 -	Dispersão das Médias das Dimensões I a VII a partir das avaliações realizadas pelos profissionais das Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	108

Gráfico 28 -	Dispersão da média das dimensões por tempo de permanência nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	109
Gráfico 29 -	Dispersão das dimensões por tempo que os profissionais exercem a função nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	110

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Cobertura da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro por AP (competência: julho/2015) .....	27
Tabela 2 -	Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Complexo da Maré (competência: julho/2015) .....	28
Tabela 3 -	Desafios e soluções para a incorporação de um modelo de atenção às condições crônicas conforme estudo de Wagner et al. (2002) .....	45
Tabela 4 -	Modelos de Mudança e sua utilização .....	47
Tabela 5 -	Identificação dos artigos com base no título, período, ano e idioma (2000 - 2014) .....	58
Tabela 6 -	Equipes de Saúde por Unidade de Saúde (Complexo da Maré) .....	61
Tabela 7 -	Quantitativo de profissionais entrevistados por função e por unidade de Saúde do Complexo da Maré/RJ .....	72
Tabela 8 -	Tempo de função por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço (A e B) e Escolaridade .....	74
Tabela 9 -	Tempo de permanência nos serviços de saúde por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço (A e B) e Escolaridade .....	78
Tabela 10 -	Capacidade de atenção ao portador de tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Dimensão, Nível de Atenção e Categoria Profissional .....	82
Tabela 11 -	Organização da Atenção à Tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e categoria na Unidade de Saúde .....	87
Tabela 12 -	Articulação com a comunidade nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde .....	90
Tabela 13 -	Autocuidado apoiado nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde .....	93

Tabela 14 -	Suporte a decisão nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde .....	96
Tabela 15 -	Desenho do sistema de prestação de serviços nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde .....	99
Tabela 16 -	Sistema de informação clínica nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde .....	102
Tabela 17 -	Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde .....	105
Tabela 18 -	Média obtida nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré em relação a estudos que utilizaram o ACIC. ....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACIC	Assessment of Chronic Illness Care (Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção as Condições Crônicas)
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AGSN	Aglomerados subnormais
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de dados de Enfermagem
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CER	Coordenações Regionais de Emergência
CHISAM	Coordenação da Habitação de Interesse Social da Área Metropolitana
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CODESCO	Companhia de Desenvolvimento de Comunidades
COHAB	Companhia de Habitação Popular
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DOTS	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCC	Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
LILACS	Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção as Condições Crônicas
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PACIC	<i>Patient Assessment of Care for Chronic Conditions</i> (Avaliação do usuário sobre o Cuidado as Condições Crônicas)
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PROFACE	Programa de Favelas da Cidade
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação Ambulatorial
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade e Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
US	Unidade de Saúde
VD	Visita Domiciliar
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	19
1.1 INTRODUÇÃO .....	22
1.2 OBJETIVO GERAL .....	25
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA .....	26
<b>1.4.1 Pesquisas Avaliativas em Saúde</b> .....	26
<b>1.4.2 A atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro e o Complexo da Maré</b> .....	27
<b>1.4.3 Situação saúde da tuberculose no Rio de Janeiro e no Complexo da Maré</b> .....	29
<b>1.4.4 Estratégia do tratamento diretamente observado de curta duração na cidade do Rio de Janeiro</b> .....	32
<b>CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	34
2.1. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS NO ESPAÇO MICRO POLÍTICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	35
2.2 O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS .....	41
2.3 “FAVELIZAÇÃO” NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO E O COMPLEXO DA MARÉ/RJ – BRASIL .....	50
<b>CAPÍTULO III –MÉTODOS</b> .....	56
3.1 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS .....	57
<b>3.1.1 Revisão Integrativa da Literatura</b> .....	57
<b>3.1.2 Avaliação Normativa</b> .....	59
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	60
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	61
3.4 INSTRUMENTOS E FONTE DE COLETA DE DADOS .....	63
<b>3.4.1 Instrumento <i>Assessment of Chronic Illness Care</i> (ACIC)</b> .....	63
3.5 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO <i>ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE</i> (ACIC) PARA A ATENÇÃO À TUBERCULOSE .....	66
3.6 PROCEDIMENTO PARA DE COLETA DE DADOS .....	67
3.7 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA .....	68
3.8 ANÁLISE DOS DADOS .....	68

<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS</b> .....	70
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DO TEMPO DE FUNÇÃO E TEMPO DE PERMANÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DO COMPLEXO DA MARÉ/RJ ..	72
<b>4.1.1 Categoria de Análise – Tempo de Função dos Profissionais nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ</b> .....	72
<b>4.1.2 Categoria de Análise – Tempo de Permanência dos Profissionais nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ</b> .....	76
4.2 CAPACIDADE DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO COMPLEXO DA MARÉ/RJ .....	81
4.3 ANÁLISE DAS DIMENSÕES .....	86
<b>4.3.1 Dimensão I - Organização da Atenção à Tuberculose</b> .....	86
<b>4.3.2 Dimensão II - Articulação com a comunidade</b> .....	89
<b>4.3.3 Dimensão III - Autocuidado apoiado</b> .....	92
<b>4.3.4 Dimensão IV- Suporte a decisão</b> .....	95
<b>4.3.5 Dimensão V- Desenho do sistema de prestação de serviços</b> .....	98
<b>4.3.6 Dimensão VI - Sistema de informação clínica</b> .....	101
<b>4.3.7 Dimensão VII - integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com tuberculose</b> .....	104
<b>CAPÍTULO V - DISCUSSÃO</b> .....	111
5.1 CAPACIDADE INSTITUCIONAL LOCAL EM DESENVOLVER O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS AO PORTADOR DE TUBERCULOSE: PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE .....	112
<b>5.1.2 Discutindo as dimensões</b> .....	118
5.2 MODELO DE ATENÇÃO DESENVOLVIDO NAS UNIDADES DE SAÚDE DO COMPLEXO DA MARÉ/RJ AO PORTADOR DA TUBERCULOSE .....	132
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	138
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	140
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO</b> .....	146
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS</b> .....	147
<b>APÊNDICE C – MANUAL DO ENTREVISTADOR</b> .....	156
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ..	166
<b>ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	168



Foto: Carlos Eduardo Cardoso

## **Complexo da Maré**

# **CAPÍTULO I**

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

### 1.1 Aproximação ao cenário de estudo: o Complexo da Maré e o estudo

O estudo integra o projeto multicêntrico “Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil” / Edital: Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas coordenado pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB). Na cidade do Rio de Janeiro, optou-se em desenvolver o referido projeto nas Unidades de Saúde que integram a assistência à população do Complexo da Maré/RJ.

O projeto teve início em fevereiro de 2013. O cenário de escolha, o Complexo da Maré, está associado à localização da Instituição de Ensino onde atuava até o período de 2013, no bairro de Bonsucesso, região norte da cidade do Rio de Janeiro.

O Complexo da Maré é o maior conjunto de favelas da região da Área de Planejamento (AP) 3.1, região que engloba bairros da zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (com uma população de 129.770 habitantes) (RIO DE JANEIRO, 2015). A Maré é composta por 17 comunidades e encontra-se as margens de três importantes vias de acesso da cidade do Rio (Linha Amarela, Linha Vermelha e Avenida Brasil).

O cenário apresenta oito Unidades de Saúde que prestam assistência à população que mora na região. No ano de 2009, com a reforma da Atenção Primária em Saúde, a partir da criação das novas Clínicas da Família e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi implementado e/ou incorporado a ESF em todas as Unidades de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (HARZHEIM; LIMA; HAUSE, 2013). Nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré também foram incorporadas à expansão da ESF ocorrida na cidade do Rio de Janeiro.

Ressalta-se que, mesmo antes da expansão da ESF, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e a Estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) já haviam sido implementados nas Unidades de Saúde localizadas na região da Maré.

Assim, vislumbra-se com a expansão da ESF melhorias nos serviços de saúde e maior inserção dos Programas de saúde do Ministério da Saúde/Brasil. Este fato tem relevância, uma vez que, a AP 3.1 apresentou entre 2012 e 2013, a maior taxa de abandono de tratamento da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2014a). Entre o período de janeiro de 2012 a julho de 2013 foram notificados aproximadamente 204 casos de tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré. Destes, 61.7% dos pacientes obtiveram a cura

da doença, 26.9% abandonaram o tratamento da TB, 1,47% vieram a óbito por tuberculose e 5,39% dos casos notificados foram transferidos (RIO DE JANEIRO, 2014a).

Conforme Mendes (2011), com a expansão da Estratégia Saúde da Família, espera-se superar tradicionais modelos biomédicos de assistência à saúde (que geralmente são voltados para condições agudas e episódicas). Assim, frente à expansão dos cuidados primários em saúde na cidade do Rio de Janeiro e os desafios impostos no tratamento da tuberculose, o estudo busca desvelar numa abordagem quantitativa, a percepção das equipes de saúde acerca da expansão primária e se este modelo de atenção vem atendendo o modelo de atenção à cronicidade do portador de tuberculose.

A organização dos capítulos apresentará a seguinte composição do decorrer da tese:

No **primeiro capítulo** será realizada uma abordagem acerca dos termos centrais do estudo “condições crônicas” e “sistemas de atenção à saúde” e sua correlação com o objeto de estudo. A justificativa e relevância foram divididas em tópicos onde foram descritos acerca das pesquisas avaliativas em saúde, a atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro e o Complexo da Maré, Estratégia do Tratamento Diretamente Observado na cidade do Rio de Janeiro e Situação saúde da tuberculose no Rio de Janeiro e no Complexo da Maré;

O **segundo capítulo** descreve o referencial teórico do estudo. Buscou-se apresentar o referencial em tópicos: Redes de Atenção à saúde: Desafios no espaço micropolítico do Sistema único de Saúde; O modelo de atenção às condições crônicas e por fim, “Favelização” na cidade do Rio de Janeiro e o Complexo da Maré/RJ – Brasil;

No **terceiro capítulo** apresenta-se uma descrição acerca da metodologia utilizada no estudo, população e amostra, instrumento e fonte de coleta de dados, validação do instrumento *Assessment of chronic illness care* (ACIC) para atenção à tuberculose, procedimentos utilizados para a coleta de dados, questões éticas da pesquisa e por fim, as análise de dados;

No **quarto capítulo** foram apresentados os resultados referentes à pesquisa. Para uma melhor compreensão, a análise descritiva foi apresentada em tópicos: 1) Tempo de função dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré; 2) Tempo de permanência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré; 3) Capacidade de atenção ao portador de tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré;

No **quinto capítulo** é realizada a discussão e pretende-se desvelar os resultados obtidos nas análises. Inicialmente foi realizada a análise da capacidade institucional local em desenvolver o modelo de atenção à cronicidade do portador de tuberculose. A presente análise

buscou avaliar os resultados obtidos da capacidade de atenção ao portador de tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré com outros estudos que utilizaram o *Assessment of chronic illness care* e posteriormente, atendendo aos objetivos do estudo foi descrito o modelo de atenção desenvolvido ao portador de tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré.

Por fim, **a conclusão** do estudo considera os objetivos propostos mediante os resultados analisados na pesquisa tecendo considerações acerca da expansão da Estratégia Saúde da Família no Complexo da Maré o modelo de atenção empregado ao portador de tuberculose, sob a percepção dos profissionais de saúde que atuam *in locus*.

## 1.1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, faz-se necessário conceituar os termos centrais que serão abordados no estudo– “condições crônicas” e “sistemas de atenção à saúde” - para em seguida descrever a dinâmica da expansão dos cuidados primários em saúde na cidade do Rio de Janeiro.

As condições crônicas envolvem todas as doenças crônicas, mais as doenças transmissíveis de curso longo (como é o caso da tuberculose, HIV/AIDS, sífilis, entre outras), acompanhamentos realizados por ciclos de vida (puericultura, seguimento das pessoas idosas, e outras), deficiências físicas e estruturais contínuas (cegueiras, deficiências motoras persistentes e outras) e os distúrbios mentais de longo prazo (MENDES, 2010).

Os sistemas de atenção à saúde são definidos por Mendes (2010, 2011, p. 45) como o “conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingir o alcance de um nível ótimo de saúde”. Estas se constituem em respostas sociais organizadas objetivando responder às necessidades em saúde das sociedades.

Ao longo do tempo, os sistemas de atenção à saúde moveram-se numa relação intrínseca entre os chamados fatores contextuais (como transição epidemiológica, avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (a exemplo, cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos e estrutura organizacional). Os fatores contextuais mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos, que estão sob a gestão setorial. Este fato acarreta numa incapacidade dos sistemas de atenção à saúde em adaptarem-se às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas (MENDES, 2011).

O envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida em decorrência da queda de fecundidade, transição demográfica acelerada e a mudança na situação

epidemiológica – que apresenta características muito singulares com forte predomínio das condições crônicas - vem alterando a situação de saúde no Brasil (MENDES, 2008).

Nesse contexto, reside a crise dos sistemas de atenção à saúde, pois estes foram pensados numa lógica voltada para as condições e eventos agudos desconsiderando a contemporaneidade das condições crônicas. Como consequência, presencia-se uma situação de saúde do século XXI, sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvida no século XX, quando predominavam as condições agudas (MENDES, 2011).

A qualidade dos cuidados de saúde para condições crônicas nos países em desenvolvimento muitas vezes é insuficiente. Estudos dimensionam o custo das condições crônicas em diferentes países. A Tuberculose produz encargos econômicos equivalentes a US\$ 12 bilhões de dólares por ano (OMS, 2003).

Os modelos tradicionais de atenção têm como pressuposto à atenção ao indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores socioculturais, com tendência generalista, fragmentado, descontextualizando o indivíduo de sua realidade familiar e comunitária. O enfoque assistencialista (e desarticulador) gerou dependentes sociais, uma vez que, trata o indivíduo como permanente receptor de benefícios externos e não como cidadãos com direitos resguardados constitucionalmente (BRASIL, 2000).

Assim, na segunda metade da década, pós implantação do Sistema Único de Saúde (ocorrida em 1990), observou-se a necessidade de adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde no Brasil. Após décadas de privilégio à atenção hospitalocêntrica, herança do modelo médico previdenciário, os programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na Atenção Primária (AP), através da adoção do Programa Saúde da Família (PSF) (MENDES, 2011).

A implantação do PSF é apontada por Escorel et al. (2007) como um marco no avanço da Atenção Primária na política de saúde brasileira. Criada em 1999, o Programa passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

A Estratégia Saúde da Família foi construída para atender os objetivos constitucionais do SUS, ou seja, porta de entrada do sistema no primeiro nível de atenção (com integração às redes de serviços de caráter secundário e terciário), longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e a orientação à família e às comunidades, buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo, simplificada com recursos tecnológicos limitados. Além disso a ESF se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde, em todos os

níveis de atenção, por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação das condições de saúde (MENDES, 2012).

A partir do exposto, as evidências pouco permitem conhecer se de fato ocorreram mudanças consistentes nos modelos assistenciais a partir da incorporação da ESF. A conversão do modelo de atenção básica à saúde operacionaliza-se por meio da organização do trabalho em equipe, com a substituição de prática hospitalocêntrica para um modelo capaz de adaptar-se às mudanças demográficas e epidemiológicas (SCOREL et al., 2007).

Passaremos, então, a descrever a expansão da ESF ocorrida na cidade do Rio de Janeiro no Complexo da Maré, tendo como foco, a contemporaneidade das condições crônicas, mais especificamente a tuberculose.

A cidade do Rio de Janeiro começa a fortalecer o atendimento na Atenção Básica a partir do ano 2009 com a implementação do Programa Saúde Presente. O Programa busca expandir os serviços de saúde na cidade do Rio de Janeiro, por meio da expansão da ESF, e tem como conceito a territorialização da cidade atendendo principalmente regiões onde havia escassez de serviços de saúde (RIO DE JANEIRO, 2015).

As ações do Programa Saúde Presente compreendem as Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde (CMS), Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Hospitais e Maternidades e as Coordenações Regionais de Emergência (CER)

Desde a implantação do modelo de expansão da Atenção Primária, a cobertura da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio, passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 46,8% até março de 2015 (RIO DE JANEIRO, 2014a). Após cinco anos de implantação e fortalecimento da Atenção Básica na cidade do Rio de Janeiro, o Complexo da Maré, cenário do estudo, apresentava em 2013 uma cobertura de 98% de ESF (RIO DE JANEIRO, 2015).

Assim, com a expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro, esperam-se avanços no modelo de atenção ao portador de tuberculose. Nesse aspecto, é essencial uma mudança na lógica de ações dos serviços para responder especificamente às condições crônicas (MENDES, 2011).

A evidência demonstra a utilização, em diferentes países, de instrumentos que permitem a avaliação pelos profissionais de saúde acerca da capacidade institucional local para desenvolver este modelo de atenção. Esses instrumentos visam fornecer apoio às equipes e apontar melhorias à atenção a tais condições para a comunidade, os serviços e as pessoas usuárias (MOYSES, S. T.; SILVERA FILHO; MOYSES, S. J., 2012).

No entanto, no Brasil, a utilização de tais instrumentos ainda é pouco conhecido, principalmente, instrumentos que avaliem a percepção das equipes de saúde acerca da capacidade de atenção a portadores de doenças crônicas.

Mediante o exposto, o estudo busca analisar o modelo de atenção que vem sendo empregado ao portador de tuberculose após cinco anos de implantação da ESF nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ. A análise será realizada a partir de um instrumento que avalia a capacidade local em desenvolver o modelo de atenção à cronicidade da tuberculose. A proposta é fornecer subsídios consistentes aos gestores (e equipes de saúde) que atuam no Programa de Controle da tuberculose nas Unidades de Saúde da Maré/RJ.

O estudo tem por **objeto** a percepção das equipes de saúde acerca do modelo de atenção empregado ao portador da tuberculose em Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

- Avaliar, a partir da percepção das equipes de saúde, se a expansão da Estratégia Saúde da Família ocorrida no Complexo da Maré/RJ atende o modelo de atenção às condições crônicas ao portador da tuberculose.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar, sob a percepção dos profissionais de saúde, a capacidade institucional local em desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas ao portador de tuberculose e;

- Descrever o modelo de atenção a saúde empregado ao portador da tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ.

O estudo tem por **hipótese** que o modelo de atenção à saúde empregado nos sistemas de saúde do Complexo da Maré/RJ, constitui-se num modelo de atenção voltado as condições agudas, sendo estes, incapazes de apoiar as equipes na melhoria da atenção as pessoas com tuberculose.

## 1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

### 1.4.1 Pesquisas Avaliativas em Saúde

No processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios constitucionais, a universalidade, a busca permanente pela integralidade e igualdade de acesso levou a criação de programas voltados para a avaliação dos serviços de saúde. A avaliação é apontada como eixo fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde (BRASIL; 2007; CARVALHO et al., 2012).

Neste momento, cabe considerar que para avaliação dos serviços de saúde será utilizado o conceito de “pesquisa avaliativa” apreendido de Champagne et al. (2011) que tem por objetivo “analisar mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre diferentes componentes de uma intervenção, bem como, as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola”.

Discursos voltados para as diretrizes e princípios do SUS como a participação social, equidade e integralidade, tem encontrado espaço nas pesquisas avaliativas dos Programas de Saúde. Essa ideia é implementada quando a avaliação dos Programas questiona os modelos tradicionais e positivistas ainda presentes no discurso e nas práticas cotidianas. Os enfoques emergentes no campo da avaliação não se propõem apenas a melhorar o curso dos Programas de Saúde, mas se propõem a impulsionar processos mais participativos, transparência, reordenamento das ações e o fortalecimento de uma gestão democrática (CARVALHO et al., 2012).

A esta direção percebe-se que a integralidade das ações de controle da TB para a Atenção Básica vem requerendo a adoção de pesquisas e metodologias que permitam avaliar o alcance de determinadas estratégias e o impacto destas inovações na organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde. A Estratégia Saúde da Família visa a incorporação de novas práticas na rotina de profissionais, monitorar a capacidade dos serviços de Saúde em responder às necessidades de saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas e retro-alimentar equipes de saúde que atuam no âmbito primário da atenção.

Assim, a pesquisa busca o fornecimento de informação para o gestor e equipes de saúde na melhoria das decisões do modelo de atenção que vem sendo desenvolvido ao portador de tuberculose nas Unidades de Saúde. A presença de conhecimento com base em

pesquisas, estudos e avaliações, consiste na apropriação do conhecimento gerado e consequentemente na sua utilização no processo de decisão (TANAKI; TAMAKI, 2012).

#### 1.4.2 A atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro e o Complexo da Maré

Atenção Primária à Saúde (APS) consiste em atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços, políticas sociais (STARFIELD, 2002). A APS também é definida por Harzheim, Lima e Hause (2013) como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Essa definição explicita os atributos essenciais e derivados da APS.

O Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios e possui uma população de 15.989.929 habitantes, com base no censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010). O Estado do Rio de Janeiro possui um índice de Desenvolvimento Humano de 0,761 (RIO DE JANEIRO, 2010) sendo o quarto estado no ranking nacional.

O Município do Rio de Janeiro compreende a Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e possui uma população estimada de 6.323.037 habitantes, distribuídos em 1.224,56 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 5.155 hab/Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A cidade vem promovendo avanços evidentes no campo da organização dos seus serviços de saúde, com base na expansão da Atenção Primária em Saúde, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro por AP (competência: julho/2015)

AP	*POPULAÇÃO	ESF completas	ESF incompletas	TOTAL equipes	% ESF completas	Cobertura (%)	Cobertura Total (ESF+EACS)	Total ESB	% ESB completas
10	311.265	53	0	53	100%	<b>58.74%</b>	58.74%	13	100%
21	641.441	61	0	61	100%	<b>32.81%</b>	32.81%	25	100%
22	372.962	30	0	30	100%	<b>27.75%</b>	27.75%	7	100%
31	898.787	151	2	153	99%	<b>57.96%</b>	58.73%	54	100%
32	571.935	83	4	87	95%	<b>50.07%</b>	52.48%	30	100%
33	947.981	118	5	123	96%	<b>42.94%</b>	44.76%	47	100%
40	1.011.946	44	0	44	100%	<b>15%</b>	15%	12	100%
51	676.139	109	11	120	91%	<b>55.62%</b>	61.23%	33	100%
52	700.834	124	1	125	99%	<b>61.04%</b>	61.53%	48	100%
53	394.152	113	1	114	99%	<b>98.91%</b>	99.78%	53	100%
<b>TOTAL</b>	<b>6.527.442</b>	<b>886</b>	<b>24</b>	<b>910</b>	<b>97%</b>	<b>46.83%</b>	<b>48.1%</b>	<b>324</b>	<b>99.07%</b>

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2015.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) qualificou a proposta normativa da ESF ao criar as Clínicas da Família buscando oferecer condições estruturais, recursos e insumos para oferecer um cuidado de qualidade à população (RIO DE JANEIRO, 2014b). Os aspectos estruturais das Unidades de Saúde do Rio de Janeiro foram classificados em três tipos:

a) Unidades do tipo A: Unidades de saúde composto apenas por equipes da Estratégia Saúde da Família;

b) Unidades do tipo B: Unidades de saúde do tipo Centro Municipal de Saúde, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF;

c) Unidades do tipo C: Unidades básicas de saúde tradicionais onde não há presença de equipes de Saúde da Família.

A reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro teve como diferencial a criação e ampliação das Clínicas da Família. Estas são Unidades de Saúde, que concentram cinco ou mais equipes de Saúde da Família aliado à incorporação de tecnologia apropriada a pratica da APS (HARZHEIM; LIMA; HAUSE, 2013).

Entre o período de janeiro de 2013 até junho de 2015, o território do Complexo da Maré apresentava 98% de cobertura de ESF (RIO DE JANEIRO, 2015). No período descrito, o número de equipes de saúde da família era de 34, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Complexo da Maré (competência: julho/2015)

Unidade	Pop IBGE 2010 por unidade*	POPULAÇÃO CENSO 2010 do Bairro	% ESF
CF AUGUSTO BOAL	21.521		
CMS AMERICO VELOSO	10.779		
CMS GUSTAVO CAPANEMA	22.755		
CMS HELIO SMIDT	11.882		
CMS NOVA HOLANDA	14.869		
CMS PARQUE UNIAO	10.086		
CMS SAMORA MACHEL	12.019		
SMS CMS VILA DO JOAO	22.957		
<b>Total</b>	<b>126.868</b>		

Nota: \*Somatório da população dos setores censitários sob abrangência de cada unidade.

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2015.

A heterogeneidade na qualidade da atenção ainda é uma marca da ESF, assim como, os desafios de se ampliar sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil, e aqui, especialmente a cidade do Rio de Janeiro.

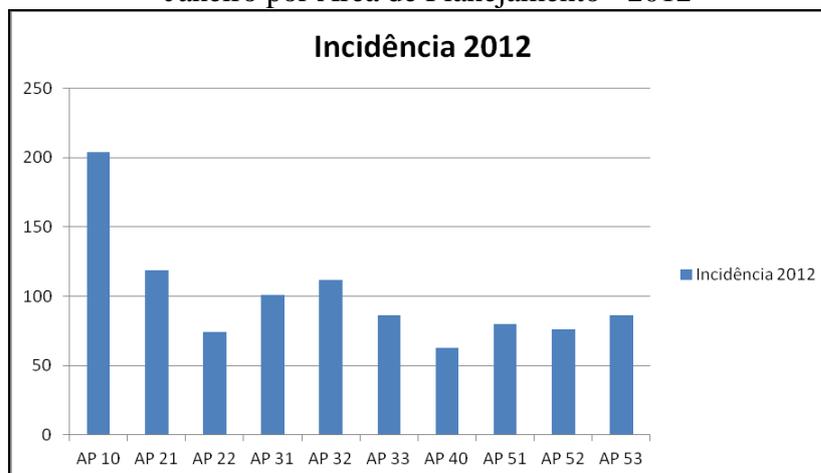
A expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, assim como grande parte do país, apresenta desafios relacionados a uma tripla carga de doenças: afecções agudas (ex: dengue), condições materno-infantis (exemplo: mortalidade infantil e materna, sífilis congênita) pouco resolvidas, condições crônicas (exemplo: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças mentais, HIV/AIDS, Tuberculose) e as causas externas (exemplo: violência e acidentes). Todas essas condições se apresentam com maior intensidade à população vulnerável socioeconomicamente e esta relacionada ao envelhecimento populacional, que agrega mais desafios aos serviços de saúde. Nesse sentido, o ponto essencial na dinâmica de inserção da Atenção Primária é a aposta na qualidade, em especial o fortalecimento do acesso, longitudinalidade e coordenação a um modelo de atenção que seja capaz de atender às condições crônicas (MENDES, 2011).

### **1.4.3 Situação saúde da tuberculose no Rio de Janeiro e no Complexo da Maré**

O Brasil ocupa a 17<sup>a</sup> colocação entre os 22 países de alta carga de tuberculose. No ano de 2012 foram notificados 71 mil casos novos de TB no Brasil (WHO, 2013). A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5564 municípios do país, correspondendo a 70% da totalidade dos casos. A região sudeste, corresponde por 37,6% dos casos novos de Tuberculose, sendo o Rio de Janeiro, o Estado com maior taxa de incidência nesta região, correspondendo a 57,6% de casos novos (BRASIL, 2012). No ano de 2012, o Estado do Rio de Janeiro notificou 8.343 casos de TB.

O Rio de Janeiro apresentou 7.699 notificações de tuberculose distribuídas pelas Áreas de Planejamento, conforme demonstrado no Gráfico 1, e uma taxa de incidência de tuberculose de 94,5% (RIO DE JANEIRO, 2014a).

Gráfico 1 - Incidência da Tuberculose no município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento - 2012



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2015.

A AP 3.1 tem uma população residente absoluta de 886.551 habitantes subdividida nos 28 bairros da região, sendo a segunda região mais populosa do município do Rio de Janeiro (14,6%), compreendendo as regiões de Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Maré (RIO DE JANEIRO, 2010). Entre os grupos etários da AP 3.1 atendidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a maioria da população da AP 3.1 tem a faixa etária compreendida entre 20 a 39 anos de idade correspondendo a 33,59%, seguido de pessoas com idade entre 40 e 49 anos (13,52%) e 60 anos ou mais (13,12%) (RIO DE JANEIRO, 2010).

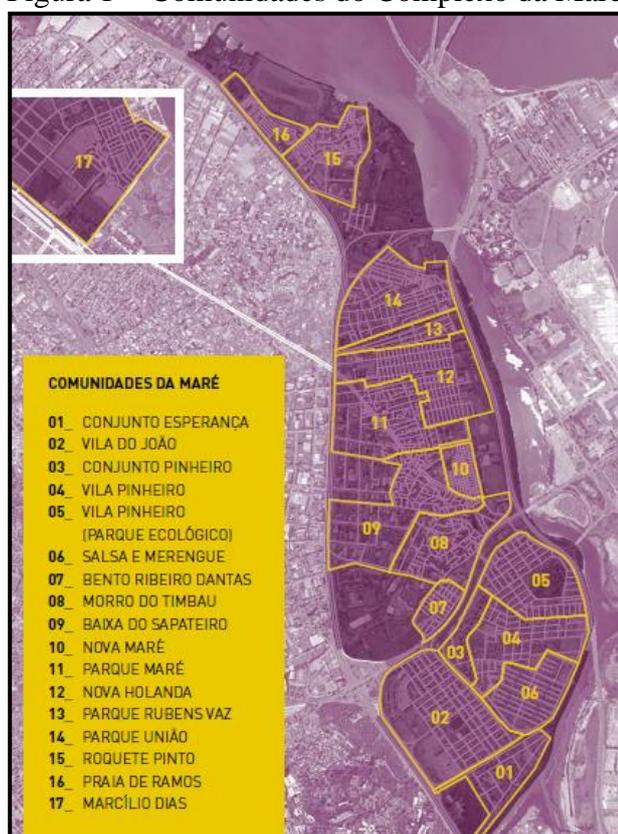
Das dez maiores favelas da cidade do Rio de Janeiro em número de habitantes sete estão na AP 3.1: Complexo da Maré (129.770), Complexo do Alemão (60.583), Complexo da Penha (36.862), Complexo do Jacarezinho (34.603), Complexo de Acari (21.999), Complexo de Vigário Geral/Parada de Lucas (20.570) e do Bairro da Pedreira (20.515), na Pavuna. Estes dados mostram a importância que os grandes conjuntos favelados assumem na paisagem urbana na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2010).

O Complexo da Maré é uma região localizada às margens da Baía de Guanabara sendo delimitada pela Rodovia Expressa Presidente João Goulart (popularmente conhecida como Linha Vermelha), cortada pela Linha Amarela e a Avenida Brasil. Assim, hoje qualquer pessoa que entra na cidade do Rio de Janeiro e tenha que se direcionar para a Zona Sul ou para a Zona Norte da cidade ou, ainda, chegar ao aeroporto internacional, precisa passar pelo Complexo da Maré. Essa localização a coloca em posição privilegiada, pois qualquer

acontecimento na Maré repercute na cidade. Ressalta-se que esse território é o terceiro mais estudado por pesquisadores de diversos campos do conhecimento acadêmico (NOBREGA JUNIOR; BELFORT; RIBEIRO, 2012).

O Complexo é a composição de dezessete comunidades: Conjunto Esperança, Vila do João, Conjunto Pinheiro, Vila do Pinheiro, Vila do Pinheiro (parque Ecológico), Salsa e Merengue, Bento Ribeiro Dantas, Morro do Timbau, Baixa do Sapateiro, Nova Maré, Parque Maré, Parque Rubens Vaz, Parque União, Roquete Pinto, Praia de Ramos e Marcílio Dias, como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Comunidades do Complexo da Maré



Fonte: REDES DA MARÉ, 2012.

Entre o período de janeiro de 2012 a julho de 2013 foram notificados aproximadamente 204 casos de Tuberculose nas Unidades de Saúde que compõem o Complexo da Maré (RIO DE JANEIRO, 2013).

Assim, conhecendo o processo de transmissão da TB, o alto número de casos notificados de tuberculose no Complexo da Maré pode estar correlacionado a: concentração demográfica, reincidência da doença (é na AP 3.1/RJ que se reconhece o maior índice de abandono de tratamento da TB no município do Rio de Janeiro), famílias viverem em

condições de vida precárias e ao processo histórico de abandono do poder público aos problemas socioeconômicos e culturais de comunidades carentes.

#### **1.4.4 Estratégia do tratamento diretamente observado de curta duração na cidade do Rio de Janeiro**

A estratégia DOTS provém da sigla do inglês e significa Estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS). A estratégia foi criada em 1993 em âmbito mundial e é definida como uma das prioridades para o controle da tuberculose, uma vez que, propõe a “integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor de saúde” (WHO, 2015).

A estratégia DOTS é constituída por cinco elementos: compromisso político com financiamento aumentado e sustentado; detecção de casos por baciloscopia de qualidade; tratamento padronizado com supervisão e apoio aos doentes; fornecimento de medicamentos eficaz e sistema de gestão e; um sistema de monitoramento e avaliação capazes de monitorar o impacto do tratamento (WHO, 2015).

No Brasil, diante do quadro de implementação do Sistema Único de Saúde e agravamento do controle da tuberculose ocorrida na década de 90, levou, em 1998, por meio do Plano Nacional de Luta contra a Tuberculose<sup>1</sup>, na implementação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração nos municípios do Brasil (RUFFINO-NETTO et al., 2006).

Estudos desenvolvidos no Brasil demonstram que com a implementação da DOTS, observou-se uma queda progressiva na taxa de abandono de tratamento de TB, no entanto, os autores corroboram que a implantação da estratégia DOTS enfrenta desafios de ordem financeira, institucional e administrativa para sua maior efetividade em território nacional (RUFFINO-NETTO et al., 2006).

Com os avanços presentes na implementação da estratégia DOTS, em 2006, a OMS desenvolve a Estratégia “*Stop TB*” que se baseia no sucesso do DOTS. A estratégia *Stop TB* busca abordar os principais desafios enfrentados pelos pacientes e programas em relação à

---

<sup>1</sup> Ressalta-se que, entre as várias estratégias para expandir o Plano Nacional de Controle da Tuberculose a todos os municípios brasileiros, o Ministério da Saúde também inclui a expansão e consolidação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em parceria com os governos locais (BRASIL, 2012).

tuberculose. Ressalta-se que, dentre os seis componentes presentes na Estratégia *Stop TB* da OMS, destaca-se a expansão da DOTS e sua valorização (WHO, 2015).

Na cidade do Rio de Janeiro, a implantação da estratégia DOTS teve início a partir de um projeto piloto ocorrido em 1999 na Área de Planejamento 1.0 (região que engloba bairros centrais da cidade do Rio de Janeiro). A Estratégia foi financiada pelo Ministério da Saúde com recursos do Plano de Emergência da Tuberculose. Com o sucesso do programa piloto, a expansão para outras regiões foi baseada em critérios epidemiológicos, operacionais e geográficos (FERREIRA et al., 2011). Na Área de Planejamento 3.1, região onde está inserido o Complexo da Maré, a expansão da estratégia DOTS teve início 2006. Atualmente, a estratégia DOTS está implementada em toda cidade do Rio Janeiro (SANTOS et al., 2006).

Diferentes estudos realizados na cidade do Rio de Janeiro apontaram a violência urbana como um nó crítico na implantação da estratégia DOTS, uma vez que, interfere em atividades relacionadas ao controle da tuberculose e realização da DOTS, a exemplo a visita domiciliar para administração de medicamentos, busca de faltosos e busca ativa dos contatos. A evidência descreve que a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde como atuantes no PCT foi crucial na diminuição de problemas correlacionados a violência, uma vez que, estes profissionais estão adaptados a realidade local. Ressalta-se que, no período de inserção do ACS's ao Programa da tuberculose, estes profissionais receberam cursos de capacitação, assim como, suas atividades foram monitoradas e supervisionados por profissionais capacitados (SANTOS et al., 2006)

Um segundo fator de impedimento no desenvolvimento da Estratégia DOTS está correlacionado aos custos envolvidos com incentivos, a exemplo, provisão de alimentos. A carência de recursos humanos também foi descrita como fator limitante na expansão da Estratégia DOTS na cidade do Rio de Janeiro (SANTOS et al., 2006).

Os fatos narrados acima levaram em 2002 a adoção pela equipe do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) da cidade do Rio de Janeiro, a inserção de um modelo misto de supervisão. O modelo é baseado na tomada da medicação na Unidade de Saúde quanto no domicílio do portador de tuberculose (SANTOS et al., 2006).

Assim, observa-se que a implantação da estratégia DOTS na cidade do Rio de Janeiro foi realizada de forma gradual, no entanto, lenta. Autores corroboram que a implantação da DOTS, juntamente com a Estratégia Saúde da Família (aqui estamos descrevendo o período de 2000 a 2006), está associada como principal componente na expansão da DOTS na cidade do Rio de Janeiro.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS NO ESPAÇO MICRO POLÍTICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Antes de iniciar o presente capítulo, e discursar sobre os desafios presentes no espaço micro político das Redes de Atenção à Saúde, faz-se necessário traçar um histórico dos sistemas de atenção à saúde desenvolvido no Brasil e como esses sistemas foram organizados.

Pensar em respostas sociais organizadas em relação às necessidades de saúde, possa talvez ser enumerado como um dos principais desafios na regionalização do SUS, uma vez que, os sistemas foram pensados e organizados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônica, diferente das respostas assistenciais relacionadas às necessidades de saúde da população (MENDES, 2010).

Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), e organizar os sistemas de atenção à saúde, o mais racional é separar as condições agudas, em geral de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo, das condições crônicas que têm curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma contínua e integrada (MENDES, 2010).

O enfrentamento das condições crônicas exige uma mudança nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazo. Nas ações de curto prazo, destaca-se: a instituição de incentivos para a integração da atenção primária, secundária e terciária à saúde; o estímulo das ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças por meio de processos educacionais e incentivos financeiros; o reconhecimento das pessoas usuárias como membros das equipes de saúde; o incentivo para as ações de autocuidado; a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidência para indicar as relações entre os diferentes serviços; a implantação de tecnologias de informação que permitam compartilhar as informações entre os diversos serviços e; a integração com serviços comunitários (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde adverte de forma incisiva:

Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona (OMS, 2003).

Para Mendes (2010), a transição da situação de saúde, assim como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. No entanto, deve haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando

essa coerência se rompe, como é o caso do Brasil, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

Este processo tem cunho histórico principalmente em países de média e baixa renda, onde os serviços de saúde foram organizados em torno de um problema de saúde específico gerando uma fragmentação dos programas e dos serviços de saúde. O processo de fragmentação acarretou numa lógica de procura pelos serviços e tecnologias especializadas relacionadas com a necessidade de saúde das pessoas (DUDLEY; GARNER, 2011).

Cabe levantarmos a reflexão realizada por Mattos (2006), o autor descreve sobre a forma como alguns programas de saúde foram desenhados objetivando dar resposta a um determinado problema de saúde e a determinados grupos populacionais. Nesse caso, específico, o sentido de integralidade deve ser pensado que as respostas governamentais podem não ser direcionadas a necessidades de um grupo específico. Apesar dos avanços da integralidade da assistência gerados pelos diferentes Programas de Saúde, também são inegáveis as barreiras presentes no elenco das medidas governamentais, que muitas vezes, possuem ações voltadas à assistência, esquecendo que as ações devem incorporar, tanto possibilidades de prevenção como assistenciais (MATTOS, 2006).

No Brasil, talvez o início do caminho governamental aos Programas dando um sentido tanto assistencial quanto preventivo às condições de saúde, foi à resposta do governo dada à AIDS. Esse talvez, seja um dos primeiros Programas de Saúde onde o governo brasileiro percebe a necessidade de dar um sentido assistencial de caráter preventivo real a uma condição crônica. Assim, o governo Brasileiro abrangia uma série de estratégias e intervenções capazes de abarcar diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades (MATTOS, 2006).

Porém, é constante a busca pelo princípio da integralidade. Fragilidades econômicas e sociais presentes nos entes federativos acabam por fragmentar os princípios constituintes do SUS. Este quadro leva a um constante redirecionamento das ações numa tentativa de viabilização de Programas que dê o devido suporte integral à população.

Santos e Andrade (2013) fazem uma alusão ao termo “Sistema Único de Saúde”, em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos em um só sistema para serem executadas por entes políticos entre si. No entanto, para os autores a desigualdade dos entes sob as dimensões sócio econômicas, demográficas, culturais e geográficas, acabou por igualar entes desiguais.

Para Mendes (2011), observa-se a crescente necessidade de mudanças no Sistema Único de Saúde que permitam superar o sistema fragmentado vigente. A solução do problema consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde.

Santos e Andrade (2013) definem os sistemas fragmentados como aqueles que se organizam através de ações isoladas umas das outras e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção integral a população.

Nessa forma de organização, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária, e conseqüentemente, esses dois níveis não se comunicam com a atenção terciária à saúde, ou seja, a atenção primária à saúde, que se caracteriza, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde não exercita seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (MENDES, 2011).

Como forma de enfrentamento à fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são pensadas como forma de impor um modelo onde, a unicidade e a descentralização, seriam conectadas, tendo em vista, que as ações devem ser conjuntas e interdependentes (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Para Mendes (2009), o Sistema Único de Saúde, nascido na Constituição de 1988, se configura como um conjunto de redes e serviços organizadas de forma regionalizada.

Redes de atenção à saúde são definidas como

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 50).

A Constituição, no artigo 198, dispõe que “as ações e os serviços públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema, organizado de acordo com diretrizes” (BRASIL, 1988), pois um município por si só, não poderá ser capaz de garantir todas as necessidades de saúde, devendo buscar a integralidade da atenção dentro do Sistema de Saúde. O Brasil é uma federação onde os municípios que compõe a região em saúde deverão se integrar e iniciar suas ações de promoção dentro de um conceito de equidade federativa em saúde, equidade esta, com diferenças sociais, econômicas e demográficas (MENDES, 2001).

A proposta de RAS é quase centenária, já que foi descrita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920 (DAWSON, 1964 apud MENDES, 2011). Na atual sociedade contemporânea, o conceito de rede tem por início os conceitos formulados por Manuel Castells em 1993. Castells, em sua trilogia “A Era da Informação”, descreve as profundas mudanças produzidas no final do século XX, a partir da tecnologia da Informação. Para Castells a tecnologia da informação gerou mudanças em toda a economia no mundo e fortes reflexos para as diferentes nações. Fato este, que demonstra que hoje vivemos num sistema de interdependência, ou um “sistema de rede”, onde o mundo se interconecta a partir de interesses comuns (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Foi a partir de um trabalho divulgado por um norte-americano, em 1993, que se propõem a ideia de “superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde” para uma população definida (MENDES, 2011, p. 63).

Na área pública, investimentos são realizados numa tentativa de estruturar redes de serviços, objetivando concretizar as políticas públicas e a garantia dos direitos sociais. A necessidade de interligar os serviços de saúde, como pressuposto anteriormente, busca, melhorar a eficiência dos serviços, expandir o acesso e interligar políticas sociais (SANTOS; ANDRADE, 2013). No entanto, rede não é um simples ajuntamento de serviços ou organizações, ela exige a adoção de elementos que deem um sentido de entrelaçamento entre as ações e processos.

Em revisão realizada por Mendes (2011) o autor demonstrou que na América Latina as redes de atenção à saúde são insipientes. Estudos demonstram experiências de RASs no Peru, Bolívia, Colômbia, República Dominicana e México, porém, no Chile, as experiências das RASs parecem ser mais consolidadas, uma vez que, o tema Rede de Atenção a Saúde constituem uma política oficial do Ministério da Saúde chileno.

No Brasil, o debate sobre as RASs é recente. Em estudo realizado por Mendes no ano de 2001, o autor apresenta uma proposta sistemática de construção de RASs no SUS, a partir de uma análise baseada na fragmentação do sistema público brasileiro. O autor propõe a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulem os territórios sanitários (MENDES, 2001).

A partir dos fortes avanços nas pesquisas sobre Redes de Atenção, no contexto da implantação da descentralização do SUS, a maioria dos municípios encontra dificuldade para organizar uma rede de atenção básica. Assim, qualquer sucesso na implantação ou melhoria

dessa rede de serviços constitui um passo fundamental para o fortalecimento do SUS no Brasil (BODSTEIN, 2002).

Este problema tem por base, o fato do Estado Brasileiro garantir igualdade a entes desiguais, que para se igualarem, precisam de tratamento diferenciado objetivando diminuir as suas assimetrias socioeconômicas e demográficas. Este fato, mostra que é fundamental, que os serviços de saúde se interconectem uns com os outros, e que seja capaz de garantir ao cidadão a integralidade de sua saúde, uma vez que, a maioria dos municípios do Brasil, não são capazes de arcarem sozinhos com a assistência à saúde do cidadão (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Os desafios para um planejamento integrado do SUS devem ser abordados em três níveis distintos: macro, meso e micro.

No nível macro, estão situadas as grandes diretrizes políticas do SUS que se relacionam direta ou indiretamente com a integração dos serviços por meio das RAS. No nível meso, estão situados os aspectos relacionados ao cotidiano de gestão das regiões de saúde, ou seja, relacionam-se às dificuldades regionais para que ocorra a integração. O nível micro é relativo ao espaço micro políticos, nos quais os trabalhadores responsáveis pela gestão e pela assistência, e os usuários, interagem na construção de um cuidado integral à saúde, ou seja, o “ato de cuidar” (SILVA, 2013, p. 102).

Os desafios presentes no espaço micro político relacionam-se propriamente as Unidades de Saúde, áreas de suporte e apoio e os setores de gestão mais descentralizados da rede. Estas se constituem como o *locus* do presente estudo, as Unidades de Saúde. É nas Unidades de Saúde, que ocorre a operacionalização das ações em saúde, visando atender as necessidades imediatas dos usuários e a concretização do cuidado integral (SILVA, 2013). Para Silva (2013, p. 110):

Os principais problemas estão relacionados à: gestão burocratizada, organização do cuidado clínico, vínculo com os usuários, longitudinalidade da atenção, concepção da equipe sobre o processo saúde/doença, o planejamento dos espaços territoriais das equipes de saúde e a não existência de espaços consolidados para participação dos usuários na co-gestão da UBS.

Para superação dos desafios presentes no espaço micro, Silva (2013) aponta a necessidade de uma ação efetiva entre os sujeitos que atuam e convivem nos espaços onde se processo o cuidado. A gestão participativa das organizações de saúde e a valorização do modelo “usuário-centrado” ao invés do modelo “procedimento-centrado”, seriam as

estratégias principais para superar os nós críticos presentes na integração do espaço micro político.

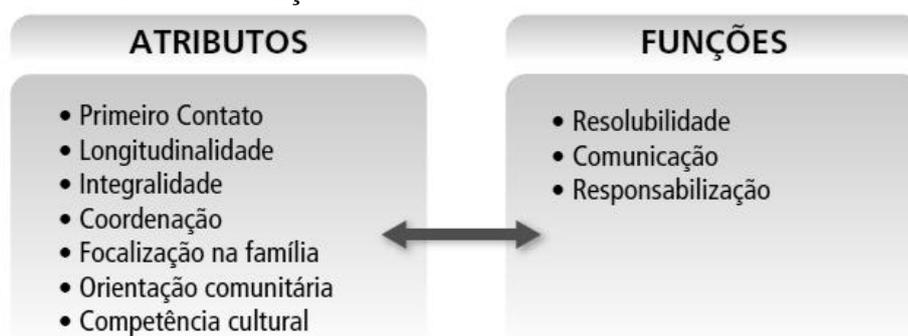
Os problemas existentes no espaço micro político são diversificados, e diz respeito principalmente a qualificação das equipes locais para superar a fragmentação das ações e serviços. Romper com essa dicotomia implica numa compreensão da integralidade e numa reformulação dos processos de trabalho (SILVA, 2013).

Faz necessário, ressaltar que, a Atenção Básica, apesar da baixa densidade tecnológica, é considerada a área de maior complexidade da atenção a saúde. É natural, portanto que, para exercer o papel de ordenadora da rede de atenção à saúde, muitos obstáculos sejam superados. Para Mendes (2011, p. 99-100),

Uma APS de qualidade só existirá se ela cumprir três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva e capacitada a para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela.

Com base no exposto, a Figura 2 apresenta o modelo pensado por Mendes (2011).

Figura 2 - Os atributos e as funções da Atenção Primária em Saúde nas redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2011.

Por fim, trazendo essas considerações para a realidade brasileira do SUS, a implantação dessa nova Atenção Básica significará superar o paradigma atual da atenção básica e instituir, em seu lugar, um novo paradigma: o da Atenção Primária à Saúde.

## 2.2 O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Este referencial buscará descrever os motivos relacionados ao fato da tuberculose ser conceituada como uma condição crônica para, a seguir, descrever o modelo de atenção as condições crônicas (MACC) com base na proposta da *Maccoll Institute*, e por fim, narrar como este modelo foi pensado no Brasil a partir das concepções de Mendes (2011, 2012).

As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de meses, anos ou décadas. As condições crônicas apresentam-se na população de forma mais ou menos persistentes. Assim, pacientes com HIV/AIDS, tuberculose, diabetes, depressão e outras condições crônicas geralmente têm de tomar medicamentos essenciais que fazem parte do esquema de gerenciamento do agravo por longos períodos. Dados da OMS (2003) descreve que nos países em desenvolvimento, as condições crônicas são diagnosticadas basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito.

Sob essa perspectiva, as condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de doenças e/ou agravos. No entanto, doenças transmissíveis e não transmissíveis e incapacidades estruturais (exemplo, cegueira, transtornos das articulações, entre outros) embora pareçam ser diferentes, incluem-se na categoria de condições crônicas. As condições crônicas, então, estão relacionadas: as condições não transmissíveis; condições transmissíveis persistentes; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e/ou estruturais contínuas (OMS, 2003).

As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de cuidados permanentes. Além disso, segundo a OMS (2003) as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes:

Estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias consequências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país e; podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (OMS, 2003, p. 15).

No entanto, em função dos avanços na ciência médica, a tuberculose é um exemplo de doença infecciosa ou transmissível que pode ser tratada graças aos progressos da medicina. Embora a maioria dos casos de tuberculose possam ser curados, um determinado número de pessoas a gerenciam por mais tempo com o auxílio do sistema de saúde. Isso porque, para o

bom controle e tratamento da cronicidade da tuberculose, tão importante quanto o uso das terapêuticas, faz-se necessário que os portadores da doença aprimorem seus conhecimentos sobre a doença, pratiquem o autocuidado e recebam apoio e tratamento no curso da doença (OMS, 2003).

Em suma, as condições crônicas não são mais definidas da forma tradicional (ou seja, limitadas às doenças cardíacas, diabetes, câncer, entre outras), não podem ser consideradas de maneira isolada ou sem nenhuma relação entre si. A demanda sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são similares. As estratégias comparáveis de gerenciamento são eficazes para todas as condições crônicas, o que as torna aparentemente mais similares.

Fato que chama atenção dos serviços de vigilância epidemiológica em todo mundo se refere ao aumento das condições crônicas em ritmo acelerado no mundo, sem distinção de região ou classe social. Países de baixa e média renda são os que mais contribuem para o aumento na carga das condições transmissíveis.

Cerca de 1,2 bilhão de pessoas vivem em extrema pobreza (com menos de US\$ 1 por dia). Esse grupo apresenta maiores problemas de saúde e, se comparado a grupos com situações financeiras mais favoráveis, corre maior risco de adoecer. Isso se evidencia no fato de doenças como HIV/AIDS e tuberculose afetarem de maneira desproporcional os pobres (OMS, 2003, p. 24).

As condições crônicas têm sido relacionadas à incapacidade para o trabalho, à aposentadoria precoce e à redução de produtividade. Estas podem expor os empregados formais ao risco de perda do emprego. Estudo realizado em Bangladesh apontou perdas significativas na renda de indivíduos com tuberculose. Estando relacionadas como a principal causa de incapacidade no mundo, as condições crônicas há tempos vêm sendo foco de estudo que aborda um modelo de atenção adequado nos dias de hoje frente à ascensão de novos problemas de saúde (OMS, 2003).

A partir do exposto, modelos voltados às condições crônicas vêm sendo desenvolvidos e avaliados em diferentes países, para tanto, faz-se necessário tecer um breve comentário acerca do que é um modelo de atenção às condições crônicas?

Segundo Mendes (2011), o modelo de atenção às condições crônicas é um modelo de grande complexidade que traz muitas inovações nos cuidados primários à saúde, assim, sua

implantação envolve mudanças culturais<sup>2</sup> profundas na Estratégia Saúde da Família (MENDES, 2011).

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), foi desenvolvido pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O Instituto buscou desenvolver pesquisas acerca de novos modelos de cuidados de saúde. Em 1995, a *MacColl* desenvolveu o Modelo de Atenção Crônica com base na utilização de dois instrumentos de avaliação: Instrumento de Avaliação ao Paciente de Cuidados de Condição Crônica (PACIC) e o instrumento de Avaliação da Assistência à Condição Crônica (ACIC) (MACCOLL INSTITUTE, 2015).

O modelo inicial proposto pela *MacColl* foi posteriormente aperfeiçoado a partir de um projeto-piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e, em seguida, submetido a um painel de *experts* no tema.

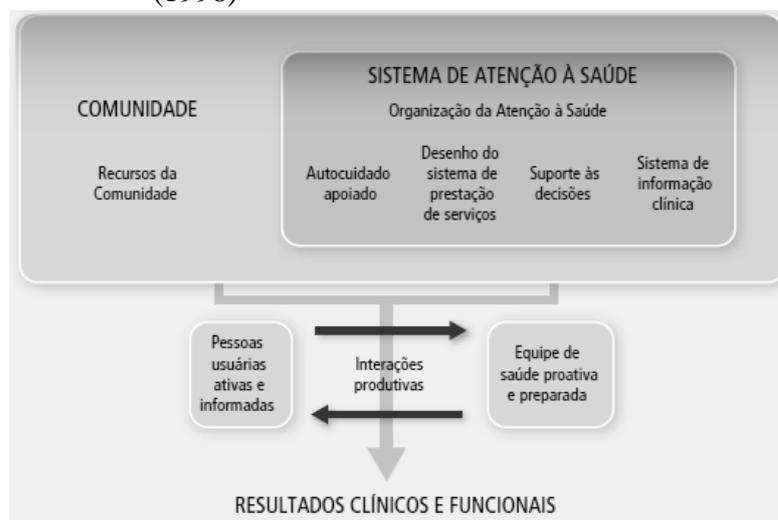
O trabalho original de apresentação do CCM foi publicado em 1998 por Wagner. O modelo proposto era baseado em seis elementos e subdividido em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças deveriam ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças devem estar centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

Assim, os seis elementos descritos pelo autor apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população, conforme Figura 3.

---

<sup>2</sup> A cultura significa as atitudes, os valores e os comportamentos que caracterizam singularmente uma dada organização. De certa forma, a cultura organizacional responde à questão: o que é realmente importante aqui? (MENDES, 2011, p. 413).

Figura 3 – Modelo de atenção Crônica proposto por Wagner (1998)



Fonte: MENDES, 2011.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou várias opções do modelo de atenção ao portador de condição crônica, em resposta à crescente prevalência de doenças crônicas e a conseqüente necessidade de ajudar os países a transformar seus sistemas de saúde. Um primeiro passo foi examinar a relevância e aplicabilidade do CCM para países em desenvolvimento. A OMS convocou um grupo de líderes de saúde a partir de um número de países da África, Ásia, Europa Oriental e América Latina para rever o CCM a partir de perspectivas dos seus países. Eles concordaram que o CCM, se adaptado, poderia servir de base para o desenvolvimento de políticas e redesenho do sistema. Os esforços dos pesquisadores em parceria com a OMS resultaram no *Innovative Care for Chronic Conditions*, em tradução literal - Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (ICCC) (WAGNER et al., 2001).

A construção do modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, proposto pela OMS e pesquisadores parceiros, inclui componentes de atenção no espaço micro (paciente e família), meso (organização de saúde e comunidade), e macro (níveis políticos) (WAGNER et al., 2001)

Em 2002, novo estudo foi realizado por Wagner et al. (2002) e seus resultados são inseridos no planejamento de novos desafios e soluções para a incorporação de um modelo de atenção as condições crônicas nos sistemas de saúde, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Desafios e soluções para a incorporação de um modelo de atenção às condições crônicas conforme estudo de Wagner et al. (2002) (continua)

<b>Desafio</b>	<b>Solução</b>
<p>A mudança do modelo de atenção à saúde não é prioridade das organizações de saúde.</p>	<p>A implantação do novo modelo de atenção crônica deve ser uma prioridade das organizações de saúde e de seus principais líderes e parte essencial dos seus planos estratégicos.</p>
<p>Os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos e, exclusivamente, em consultas presenciais face a face de 15 minutos, estruturadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos.</p>	<p>A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que atua com atendimentos programados e monitoramento das pessoas usuárias; esses atendimentos programados são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada; esses atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado; um sistema de monitoramento das pessoas usuárias, realizado por membros das equipes de saúde, deve estar presente, seja presencial, seja à distância, por meio de telefone ou correio eletrônico.</p>
<p>A equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para fazer as decisões clínicas em tempo oportuno.</p>	<p>É necessária a introdução de diretrizes clínicas para dar suporte às decisões; há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comportamentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação permanente potentes, sistemas de lembretes, alertas e <i>feedbacks</i>, incentivos econômicos e não econômicos e apoio de profissionais-líderes.</p>
<p>A dificuldade de acessar as informações críticas relativas às pessoas usuárias e à população torna difícil a prestação de uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas.</p>	<p>É preciso estruturar um sistema de informação clínica efetivo em relação às condições crônicas de todas as pessoas usuárias, o que leva à necessidade de prontuários clínicos informatizados. Isso é a base para a montagem de planos de cuidados para todas as pessoas usuárias e para seu monitoramento constante. Esse sistema de informação clínica provê <i>feedback</i> de performance e identifica pessoas com necessidades especiais de atenção, segundo riscos</p>

Tabela 3 – Desafios e soluções para a incorporação de um modelo de atenção às condições crônicas conforme estudo de Wagner et al. (2002) (conclusão)

<b>Desafio</b>	<b>Solução</b>
<p>As pessoas conhecem pouco sobre suas próprias condições de saúde e dispõem de baixa capacidade em termos de habilidades e de confiança para se autocuidarem.</p> <p>Os recursos institucionais das organizações de saúde não são suficientes para dar suporte a todas as necessidades de saúde das pessoas e de suas famílias.</p>	<p>As tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do CCM. Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde.</p> <p>Deve-se buscar uma integração entre os recursos das organizações de saúde com os recursos existentes na comunidade. Assim, os recursos comunitários devem complementar os recursos das organizações de saúde para se alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas.</p>

Após esta etapa, o projeto foi testado nos Estados Unidos por meio de um programa denominado *Improving Chronic Illness Care*. Em 2003, o programa *Improving Chronic Illness Care*, com suporte de um grupo de pesquisadores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação e prática em várias instituições de saúde. Após essa nova análise, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso (MENDES, 2011).

No Brasil, a implantação do MACC na Atenção Primária, mais necessariamente na ESF, exige mudanças e forte interesse dos gestores locais para responder aos desafios do cuidado das condições crônicas. No entanto, uma questão fundamental é pontada por Mendes (2011): como mudar a cultura organizacional?

Para Mendes (2012), os atores responsáveis pela mudança do modelo de atenção em seus serviços devem trabalhar de forma constante e simultânea. No que tange a implementação do MACC, esta envolve:

Destacar os problemas e as características da ESF atual que limitam ou dificultam os cuidados com as condições crônicas; debater, identificar e propor uma cultura organizacional que se mostre efetiva para responder às condições crônicas das

pessoas usuárias da ESF e que permita construir uma visão comum, de aceitação ampla, que permita fazer avanços; trabalhar com todos os atores implicados no desenho e na implementação do MACC para dar os passos necessários, para consolidar os avanços, para conseguir definitivamente, a transformação cultural (MENDES, 2012, p. 414).

Mendes (2012) descreve diferentes modelos de mudança, a exemplo, o modelo da transição, o modelo da mudança do desenvolvimento, o modelo da mudança transformacional e o modelo dos sistemas adaptativos complexos, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Modelos de Mudança e sua utilização

<b>Modelo</b>	<b>Objetivo</b>
Modelo da transição	Compreender a necessidade da mudança, o descongelamento; a transição que move os atores para um estado de planejamento; e a institucionalização do novo, o recongelamento
Modelo da mudança do desenvolvimento	Há o surgimento de um potencial de mudança que pode ser processado ou planejado
Modelo da mudança transformacional	Analisar desde a situação atual a algo totalmente novo em termos de estrutura, processos, cultura e estratégia e faz-se em fases: nascimento, crescimento, instabilidade estável, caos, morte e emergência
Modelo dos sistemas adaptativos complexos	Consiste em redes de atores que interatuam e em sistemas interconectados que apresentam como características a interdependência e a independência

Fonte: MENDES, 2011, p. 416.

Ainda, segundo Mendes (2012), a liderança é um dos elementos mais importantes para conseguir uma mudança na lógica da organização. “A liderança tem por objeto estabelecer um panorama, direciona e influi no crescimento do pessoal de maneira que possa aprender, a criar, a inovar e a assumir riscos para melhorar” (MENDES, 2012, p. 417). Assim, tem-se a seguinte afirmativa:

A liderança para a mudança organizacional deve exercer um conjunto de funções: a de desenhista significa antecipar a visão e os valores e compreender como as pessoas desejam ser; a de maestro sugere estimular a equipe, incluindo-se, nela, desenvolver uma visão mais profunda da realidade atual; e a de gestor. Uma liderança desse tipo pode suscitar algumas questões que podem ser colocadas para a equipe a ESF: Onde estamos agora em relação aos cuidados das condições crônicas? Onde deveríamos estar? Como poderemos chegar ao MACC? (MENDES, 2012, p. 417)

No entanto, nenhuma mudança cultural acontecerá sem o trabalho em equipe. Estudos demonstram que o melhor lugar para se produzir a mudança cultural é no nível local. Essa idéia se baseia na crença de que as pessoas e os grupos são, de fato, os agentes reais da mudança, uma vez que, conhecem as necessidades das pessoas usuárias e entendem a realidade local (MENDES, 2012).

E a implantação do MACC na ESF? Para Mendes (2012, p. 418),

A implantação do MACC na Estratégia Saúde de Família é uma mudança cultural que se dará numa organização complexa. Para concretizar tal mudança, é necessária uma gestão eficaz que se direcione para uma mudança. Para que ocorra, a equipe de liderança deve começar com um diagnóstico organizacional objetivando conhecer a situação presente. Assim, tendo como objeto o MACC, faz-se necessário um diagnóstico da situação dos cuidados de condições crônicas na ESF.

A implantação do MACC deve ser realizada com base num diagnóstico organizacional. O diagnóstico é realizado através de instrumentos que visam definir a capacidade dos serviços em cuidar das condições crônicas na atenção primária em saúde. Destacam-se, dentre elas, os instrumentos voltados aos Modelos de Atenção às Condições Crônicas, o diagnóstico na perspectiva da equipe, o *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC)<sup>3</sup> - ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção as Condições Crônicas - e o diagnóstico a partir da percepção da população atendida, o *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) (MENDES, 2012).

Ressalta-se que, mediante revisão integrativa, os instrumentos supracitados foram validados e empregados em países como: Alemanha, Dinamarca, Espanha, França, Holanda, México, Japão e Tailândia. A análise publicada em alguns desses países pode mensurar a qualidade da atenção às condições crônicas pelas equipes que atuam na atenção primária. No Brasil, a validação do ACIC e PACIC passaram por validação transcultural pelo Laboratório de Cuidados de Condições Crônicas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, como parte da expansão da APS que era desenvolvida no município.

Uma vez completado o diagnóstico organizacional, através do uso de instrumentos que avaliem a capacidade local em desenvolver o modelo de atenção à condição crônica, deve-se definir a direção da mudança (MENDES, 2012). Assim, o próximo passo é definir estratégias de mudanças da cultura organizacional. Mendes (2012) cita diferentes estratégias que possibilitam a mudança da cultura organizacional, dentre elas: estratégia de concentração,

---

<sup>3</sup> No presente estudo, foi utilizado exclusivamente o ACIC adaptado e validado para a tuberculose – vide Métodos.

estratégia de estabilidade, estratégia de crescimento e estratégia de redução de despesas. No entanto, no caso da implantação do MACC na ESF (objeto de ação do presente estudo), o autor recomenda a estratégia de concentração. Esta última visa a concentração dos esforços organizacionais na prestação de cuidados primários por meio da ESF.

Ressalta-se que, o processo de mudança deve ser monitorado e avaliado. Uma avaliação rigorosa deve envolver pesquisas com desenhos metodológicos bem definidos e a utilização de pesquisas com desenhos avaliativos (MENDES, 2012). Nesse aspecto, é fundamental obter indicadores de condições crônicas que possuem evidências suficientes na aplicação do MACC.

Os indicadores devem ser estabelecidos em termos de estrutura, processos e resultados, mas deve se cuidar para que esses indicadores estejam balanceados, ou seja, que mudanças numa parte do sistema de atenção à saúde não irão causar problemas em outras partes desse mesmo sistema (MENDES, 2012, p. 420).

Posterior à fase de avaliação, a implantação do MACC na ESF deve prover uma mudança significativa, no entanto, a mesma não deve ser ampla. Trata-se de uma mudança específica e identificável que se dá no nível local - com participação entre a Secretaria Municipal de Saúde juntamente com os profissionais envolvidos nos cuidados primários à saúde. A avaliação com os envolvidos no processo de implantação do modelo de atenção às condições crônicas permite identificar áreas prioritárias correlacionadas às mudanças que se fazem necessárias (MENDES, 2012).

Por fim, as mudanças na organização da atenção à saúde devem criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Um sistema de atenção à saúde que tem por objetivo melhorar a atenção às condições crônicas deve estar atento às mudanças na organização. Os gestores e profissionais envolvidos devem identificar as melhorias na atenção à saúde e atuarem na busca de políticas e metas dirigidas à aplicação de estratégias efetivas, envolvendo o uso de incentivos que reforcem as mudanças locais para os profissionais e principalmente para as pessoas usuárias do serviço, no presente estudo, o portador de tuberculose.

### 2.3 “FAVELIZAÇÃO” NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO E O COMPLEXO DA MARÉ/RJ - BRASIL

Pensar nas ações de saúde na cidade do Rio de Janeiro é refletir sobre uma cidade marcada por desigualdade sócio econômica, marca de uma história sociopolítica peculiar, legados da herança escravocrata e do período da ditadura militar, ainda muita viva na memória da cidade impactando na forma como os serviços de saúde foram organizados (BURGOS, 1998).

O presente capítulo procura tecer uma compreensão geral a respeito das causas de alguns contrastes presentes - e marcantes - da cidade do Rio de Janeiro. Observa-se que estes contrastes são fruto de um processo de exclusão de grandes parcelas da população, ligado a um contexto sócio-político-cultural e ações próprias da dinâmica do capitalismo. Entretanto, o capítulo se restringe a essa compreensão geral e buscar examinar as especificidades históricas que, no Rio de Janeiro, deram origem a regiões como o Complexo da Maré.

O Complexo da Maré é fruto da junção de diferentes favelas. Hoje, 17 comunidades compõem o Complexo. O início da comunidade remonta o processo segregacionista na segunda metade do século XIX, quando obstáculos físicos, como o mangue de São Diogo, e obstáculos logísticos, como a distância em relação às freguesias rurais, começaram a ser superados. Diniz, Belfort e Ribeiro (2013) referem que nesse período, uma crescente aceleração do crescimento demográfico da população na cidade acarretou numa crise habitacional crônica exercendo importante influência sobre a construção das primeiras comunidades da Maré.

A palavra “favela” parece ter sua primeira definição na publicação do *“Vocabulary of the flash Language”* de 1812. Remonta-se a meados do século XIX, a presença de favelas na França, América e Índia. Em Londres, no século XIX, onde havia grande dimensão moral, a favela era vista, como um lugar de resíduo social incorrigível e feroz. Neste período, a literatura vitoriana encharcava a classe média com histórias chocantes do chamado “lado negro da cidade”. Apenas em 1934 que o departamento do trabalho dos Estados Unidos, define uma primeira pesquisa sobre favelas, sendo estas consideradas como “áreas de becos e ruelas sujas, principalmente quando habitada por uma população miserável e criminosa” (ABANI, 2006, p. 32-33).

Em 2002, a Organização das Nações Unidas (ONU) adota uma definição operacional sobre o conceito de favelas, conceito este que deleta as calúnias da época vitoriana, porém, conserva a definição clássica de que favela é “caracterizada por excesso de população,

habitações pobres ou informais, insegurança da posse da moradia, acesso inadequado a água potável e as condições sanitárias” (ABANI, 2006, p. 33).

Em 2006, os favelados, representavam apenas 6% da população urbana dos países desenvolvidos enquanto nos países em desenvolvimento, representavam 78,2% dos indivíduos que habitavam em áreas urbanas. Isso corresponde a quase um terço da população global. Dados referentes ao ano de 2006 demonstravam que o Brasil era o terceiro país no mundo com as maiores populações urbanas faveladas (51,7 milhões de pessoas), representando 36,6% da população urbana. Há um consenso, entre diferentes autores, de que o crescimento acelerado de favelas em todo o mundo parece ter sido impulsionado pelo capitalismo neoliberal (ABANI, 2006; BURGOS, 1998).

Entre as 15 grandes cidades brasileiras, a cidade do Rio de Janeiro tem cerca de 1,4 milhões de moradores nos chamados aglomerados subnormais (AGSN), o que representa 22% de seus habitantes nessa condição. O município do Rio de Janeiro se destaca nacionalmente, seguido de São Paulo, com 1,3 milhões de moradores em AGSN (RIO DE JANEIRO, 2010).

Atualmente, a cidade do Rio de Janeiro é formada por uma variada tipologia de *habitats* que, para fins de conhecimento e atuação do próprio Estado, considera-se: bairro tradicional, favelas, loteamentos, conjuntos habitacionais, cortiços, condomínios verticais e horizontais, vilas e outros. As proporções variavam significativamente entre as regiões da cidade, com amplo predomínio da Área de Planejamento 1.0 (RIO DE JANEIRO, 2010).

Falar de favela é descrever um pouco sobre a história da cidade do Rio de Janeiro. A influência da Era vitoriana deixa marcas em território brasileiro por influência do catolicismo, herança esta, que criam um distanciamento social entre o mundo popular carioca, da elite da cidade já na década de 30. Este pode ser apontado como um dos fatores que retardam o ingresso das favelas nas agendas de políticas públicas (BURGOS, 1998).

A incorporação cultural das favelas nas agendas sociais da cidade do Rio de Janeiro tem por marco inicial, a inserção das escolas de samba à agenda oficial do carnaval da cidade. Ressalta-se inserção cultural, pois no campo da política é presente um abismo, uma vez que, a restrição do voto ao analfabeto inibe por muitos anos a participação dos excluídos socialmente das competições eleitorais da cidade e do país (BURGOS, 1998).

No primeiro governo Vargas (1930-1945), cuja política social, era exclusiva aos trabalhadores do mercado de trabalho formal e portadores das carteiras de trabalho, a restrição ao direito político e social, demonstrava uma invisibilidade dos excluídos nas agendas políticas. Observa-se que desde a década de 30, é presente a chamada “cidadania regulada”

pois apenas aqueles com ocupação formal no mercado de trabalho são inseridos na política social (BURGOS, 1998).

No início da década de 40, o “incômodo” que as habitações precárias causavam na cidade do Rio de Janeiro, leva, a criação do programa de construção dos parques proletários. Estes tinham por finalidade resolver as “franjas insalubres” presentes no centro da cidade do Rio de Janeiro. Novamente a cidadania regulada se faz presente, uma vez que, para a efetivação dos parques proletariados, o Secretário Geral da Saúde à época, sugere uma série de medidas educativas e restritivas que deveriam ser respeitadas pelos moradores para serem “contemplados” por uma habitação nos parques proletários. As ações realizadas pelo então secretário de saúde, deixa claro a ausência de direitos dos habitantes de favelas, sendo estes vistos como necessitados de uma pedagogia civilizatória (BURGOS, 1998).

Diferente do que era previsto, os parques proletariados acabaram por gerar um efeito não esperado pelo governo da época. O contato do Estado com os moradores de favelas e o autoritarismo presente na pedagogia civilizatória, levam a uma ideia repulsiva dos parques, razão pela qual, os moradores criaram em 1945 as comissões de moradores como forma de opor resistência a um suposto plano da prefeitura de remover os parques. Observa-se que, frente à ameaça de perderem suas habitações, os moradores de favelas começam um movimento por direitos sociais (BURGOS, 1998).

A articulação política iniciada por esses moradores, desperta nos conservadores políticos o temor de uma participação dos excluídos aos direitos sociais. Frente a esse novo “problema”, a prefeitura do Rio de Janeiro e a Arquidiocese articulam a criação de uma instituição ligada a “assistência material e moral dos habitantes de morros e favelas do Rio de Janeiro”, daí, surge em 1946, a fundação Leão XIII (BURGOS, 1998 , p. 30).

Nos anos 50, ligações consistentes entre a favela e a política faz-se presente, através de lideranças que estabelecem vínculos com os partidos políticos. A politização da favela exige maior atenção da Igreja e dos órgãos públicos assim, como forma de articular o controle político, Igreja e Estado criam uma pauta mínima de direitos sociais, direito estes, ligados a infraestrutura das comunidades. Nesse momento, a igreja atuou de forma mais direta na influencia das associações de moradores e como interlocutora dos moradores de favela junto ao Estado (BURGOS, 1998).

Mesmo sob forte influencia da Igreja e do Estado, os moradores de favela se mobilizam na criação de entidades autônomas para negociação de seus interesses. A criação em 1957 da “Coligação dos Trabalhadores Favelados do Distrito Federal” indicava que a categoria favelado, originalmente forjado para uma identificação negativa, estava sendo

requalificada para a luta dos excluídos. A essa altura, fica claro ao Estado, a necessidade de eliminação da Igreja na articulação política das favelas, para uma negociação em terreno próprio da arena pública da época (BURGOS, 1998).

Como resposta, em 1960, o Estado busca uma aproximação com as favelas estimulando a criação de associação de moradores em comunidades onde estas não existiam. Todavia, o contexto real das ações do Estado era o de subordinar politicamente os moradores de favela buscando a cooptação das associações de moradores (BURGOS, 1998).

Mudanças de governos geram uma desestruturação política, levando a um avanço nas lideranças dos moradores de favelas. Preocupado com o amadurecimento das associações, o Estado investe na Companhia de Habitação Popular (Cohab) e na criação de mecanismos regulatórios mais concretos para o controle político. Esse momento coincidiu com a inserção da Ditadura militar no Brasil. Novamente, o Estado põe em pauta a política “remocionista” (assim como ocorreu nos parques proletários) através da construção de conjuntos habitacionais. A esta altura sob o regime militar, o Estado dispõe de soldados armados no intuito de inibir qualquer resistência dos moradores de favelas a política governamental. No entanto, a resposta dos moradores veio através das eleições de 1965. A derrota do candidato da situação para Negrão de Lima demonstra claramente a força do voto dos excluídos (BURGOS, 1998).

Sob a gestão de Negrão de Lima, a Cohab é deixada de lado, retomando a Fundação Leão XIII junto a associação de moradores, porém, a pedagogia cristã empregada na década de 50 é posta de lado. Nesta fase, a Leão XIII guiava suas ações por uma leitura de favela como o lugar de vício e da promiscuidade (refúgio de criminosos). Em 1968, sob o contexto do Ato Instituição número 5 (AI-5), um decreto estadual determina que associação de moradores fosse “representações dos interesses comunitários perante o Estado”, Estado este, altamente repressor (BURGOS, 1998, p.34-5).

Novamente a política “remocionista” é retomada através da Coordenação da Habitação de Interesse Social da Área Metropolitana (CHISAM), cujo objetivo era ditar uma política única para as favelas do Rio de Janeiro (BURGOS, 1998).

A CHISAM tinha por conceito a definição de que favela era um espaço urbano deformado, habitado por uma população alienada da sociedade por causa da habitação, sem benefícios de serviços pela ausência de pagamento de impostos. Este pensamento em muito, retoma, a definição da era vitoriana. Diante da definição da CODESCO, a solução do problema favela era sua erradicação. Para realizar este intento, a CHISAM determina esta missão a Companhia de Habitação Popular. Com recursos do Banco Nacional de Habitação, a

Cohab dá início a um programa maciço de construção de conjuntos habitacionais a serem ocupados por moradores de favelas (BURGOS, 1998). Entretanto o plano de erradicação das favelas encontra forte resistência dos próprios moradores contra a remoção. A história das remoções, entre o período de 1968 e 1975, é narrada como um dos capítulos mais violentos da repressão e exclusão do Estado brasileiro.

O período é marcado pelo sumiço de muitas lideranças das favelas, o atrelamento das associações de moradores ao Estado e a sensação de impotência causada pelo terror imposto nas favelas já removidas, fizeram com que muitas associações passassem a trabalhar pela remoção, já não representando os moradores e sim ao Estado. Entre 1968 e 1975 o número de pessoas removidas foi em torno de 100.000 mil pessoas, tendo sido destruída cerca de 60 favelas (BURGOS, 1998).

Entre 1975 e 1982, uma desarticulação da estrutura política, fruto da política de remoção, cria duas lógicas distintas na relação “favelado-Estado”. De um lado o sentimento remocionista, gerado pelas remoções violentas, tornando a vida social do favelado cada vez mais distanciado da vida social e política da cidade do Rio de Janeiro. De outro lado, desenvolve-se a dinâmica clientelista, resultante de uma acomodação dos excluídos às oportunidades existentes pelo autoritarismo político da época. É nesse contexto, ressentimento e clientelismo, que se caracteriza a relação dos moradores de favelas (e conjuntos habitacionais) com o poder público (BURGOS, 1998).

As eleições políticas de 1982 dão ensejo à tradução política do “ressentimento”. Coube a Leonel Brizola, então candidato às eleições estaduais, a captura do voto dos excluídos. Sua campanha se desenvolveria numa agenda social especialmente voltada para as favelas da cidade do Rio de Janeiro. Através do Programa de Favelas da Cidade (Proface), desenvolvido entre 1983 e 1985, o governo busca aumentar o fornecimento de água e esgoto encanado a cerca de 60 favelas da cidade. Aliado ao saneamento, muitas frentes de trabalho foram mobilizadas no governo Brizola, porém, o governo brizolista coopta as associações de moradores, estabelecendo uma relação clientelista tradicional (BURGOS, 1998).

Em diferentes comunidades carentes da cidade do Rio de Janeiro, os anos 80 e 90 são marcados por uma nova complexidade ao “problema favela”. A presença de grupo paraestatais no mundo dos excluídos é composta pelos banqueiros do jogo do bicho, e de outro lado, grupos dedicados ao tráfico de entorpecentes. São notórios e profundos os vínculos existentes entre o fenômeno da violência do Rio de Janeiro e a ausência da política de integração dos excluídos praticados no período da ditadura militar. A formação de redes clientelistas presentes nos governos militares e consequentes a estes, acabam por criar relações

sociais a novas redes de clientelas. Nas redes clientelistas, as comunidades criam negociações com os chamados “patrocinadores”, sem se dar a devida importância a procedência da ajuda. Para Leeds (apud BURGOS, 1998, p. 233) esse movimento não reconhece o limite entre o correto e o incorreto nas redes de negociação.

Explicações têm ocorrido acerca da presença do tráfico de entorpecentes na cidade do Rio de Janeiro, mas este é um fenômeno mundial, que na cidade do Rio de Janeiro, o descompasso entre ordem política e ordem social, no caso dos moradores de favelas, foi aprofundado pelo regime militar. A coincidência entre as ações de mobilização local nas favelas e as ações do poder paralelo, remonta uma continuidade da tragédia carioca vivenciada durante o regime militar. O constrangimento que o poder paralelo impõe as organizações locais, inclusive com o assassinato de muitas lideranças, gera uma continuidade ao terror antes imposto pelo Estado militar (BURGOS, 1998).

Posterior ao período do governo militar, a realização de políticas sociais desconectadas da atenção aos direitos civis tem sido marca dos governos seguintes da cidade do Rio de Janeiro. Uma das questões centrais apontada por Burgos (1998) ao se pensar em ações de integração na cidade é a deficiente articulação política e administrativa entre governo estadual, a quem cabe à política de segurança, e o governo municipal, que assume responsabilidades nas políticas sociais.

É nesse contexto, que a tarefa de democratização e inclusão do favelado à cidade, torna-se um grande desafio. Ao extravasar os limites da favela, a violência produzida pelo tráfico força a um debate mais amplo acerca do modelo de cidade que se deseja para o Rio de Janeiro. Nessa hora, se repensa o problema favela – como problema de saúde pública ou quilombo cultural – aliado ao processo de redemocratização da cidade. Estas ideias acabam por exigir novas respostas. A alternativa padrão é a exclusão, fruto de uma história sócio política que não se fez no vazio (BURGOS, 1998).

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODOS**

### 3.1 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS

Pesquisa transversal, com abordagem quantitativa baseada nos pressupostos da avaliação normativa. O estudo foi realizado nas oito Unidades de Saúde que compõem o Complexo da Maré da cidade do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu entre o período de novembro de 2013 a março de 2014.

Para o estudo foram utilizadas duas abordagens metodológicas.

#### 3.1.1 Revisão Integrativa da Literatura

Foram desenvolvidas as seguintes etapas desse método: Primeiro- Escolha da questão norteadora: Quais são as publicações que utilizaram o ACIC para avaliar o modelo de atenção as condições crônicas?

A segunda parte constou de uma busca a partir de investigação de trabalhos já elaborados como artigos científicos em revistas no campo da epidemiologia, saúde pública e a enfermagem. Foi realizada uma pesquisa sistemática nos bancos de dados eletrônicos: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF), PubMed, Scientific Electronic Library Online (Scielo), CINAHL, Google acadêmico e Periódicos CAPES. Para localizar os artigos foram utilizadas as expressões que se aproximassem ao objeto de estudo, publicações entre os anos de 2000 a 2014, artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português, espanhol e francês. Foram utilizados os seguintes descritores: “Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) and Maccoll Institute and communicable illness and primary health care and tuberculosis”. Inicialmente, foram encontrados 85 artigos.

Como terceira etapa, realizou-se a seleção dos trabalhos segundo o critério de inclusão: publicações do período de 2000 a 2014, com resumos e textos completos disponíveis online nas bases de dados supracitadas e abordassem o objeto de interesse do estudo. Após uma leitura sistematizada dos resumos foram catalogados 12 artigos.

Na quarta etapa foi elaborado um formulário composto pelas variáveis relacionadas à identificação do artigo: título, periódico, ano de publicação e idioma, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Identificação dos artigos com base no título, período, ano e idioma (2000 - 2014)

<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Idioma</b>
Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): a Practical Tool to Measure Quality Improvement	<i>Health Services Research</i>	2002	Inglês
Improving the quality of health care for chronic conditions	<i>Qual Saf Health Care</i>	2004	Inglês
The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation	<i>J Eval Clin Pract</i>	2010	Inglês
Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland	<i>Health and Quality of Life Outcomes</i>	2010	Inglês
Academia, Chronic Care, and the Future of Primary Care	<i>Journal of general Internal medicine</i>	2010	Inglês
Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	2011	Inglês
Disease-management partnership functioning, synergy and effectiveness in delivering chronic-illness care	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	2012	Inglês
The Changes Involved in Patient- Centered Medical Home Transformation	<i>Prim Care Clin Office Pract</i>	2012	Inglês
A randomized trial of practice facilitation to improve the delivery of chronic illness care in primary care: initial and sustained effects	<i>Implementation Science</i>	2013	Inglês
The Importance of Relational Coordination and Reciprocal Learning for Chronic Illness Care within Primary Care Teams	<i>Health Care Manage Rev</i>	2013	Inglês
Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba	<i>Saúde Debate</i>	2014	Português
Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross-sectional analysis	<i>BMC Family Practice</i>	2014	Inglês

A quinta etapa consistiu na análise dos trabalhos selecionados, comparando-se os conhecimentos teóricos, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa, sendo possível identificar as análises referentes aos modelos de atenção a condição crônica.

Por fim, foi realizada uma análise crítica a partir dos resultados dos trabalhos selecionados, avaliando os objetivos e resultados produzidos e comparando-os aos conhecimentos teóricos correlacionados ao objeto do estudo.

### **3.1.2 Avaliação Normativa**

A avaliação (ou apreciação) normativa é aquela que procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas. Esta consiste em emitir um julgamento sobre uma intervenção comparando, por um lado, os recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e bens produzidos (processos) com os resultados obtidos. Trata-se de medir o grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação a um ou a diversos referenciais com critérios e normas. Em outros termos, o postulado de partida da avaliação normativa é haver uma relação estreita entre os critérios e às normas escolhidas com os efeitos reais da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011).

A avaliação normativa faz parte do processo de gestão e está estreitamente associada ao controle dentro das organizações, pois procura responder a perguntas relativas aos resultados, como exemplificado: 1) Os recursos são adequados para que se obtenham os resultados esperados?; 2) Os serviços são adequados para que se obtenham os resultados? e por fim; 3) Os resultados obtidos correspondem aos almejados? (CHAMPAGNE et al., 2011). Destacam-se a pergunta dois e três como centrais à pesquisa.

Estabelecer normas é de suma importância em pesquisas de avaliação normativa. Champagne et al. (2011) determinam a eleição de normas, em um universo de cinco normas, a critério de escolha do especialista que desenvolverá a avaliação normativa. A escolha de normas tem por objetivo não oferecer margens a qualquer variação individual no estudo.

No estudo, foram selecionadas três normas: Inicialmente, a realização de consultas em textos oficiais, leis ou regulamentações oficiais do Ministério da Saúde e uma revisão de literatura objetivando levantar textos relacionados ao objeto de estudo; Como segunda norma, realizou-se uma observação não participante das práticas realizadas pelos profissionais de



### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por equipes da ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que atuavam nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ e atendiam aos portadores de TB durante o tratamento da doença.

Como **critério de inclusão** para participação na pesquisa optou-se: ser da equipe de saúde, estar atuando no período de coleta de dados e que já tenham acompanhado pelo menos uma vez portadores de TB durante o tratamento.

Por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram levantados os números de equipes e profissionais que atuavam nos serviços de saúde do Complexo da Maré, conforme tabela 6.

Tabela 6 – Equipes de Saúde por Unidade de Saúde (Complexo da Maré)

UNIDADES DE SAÚDE DA AP 31	Nº Equipes	Médicos	Enfermeiros	Téc. enf.	ACS
SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	6	6	6	6	36
SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	3	3	3	3	18
SMS CMS GUSTAVO CAPANEMA - AP 31	6	6	6	6	36
SMS CMS HELIO SMIDT - AP 31	4	4	4	4	24
SMS CMS NOVA HOLANDA - AP 31	3	3	3	3	18
SMS CMS PARQUE UNIAO - AP 31	2	2	2	2	12
SMS CMS SAMORA MACHEL - AP 31	2	3	3	3	18
SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	7	7	7	7	42
Total de 8 unidades (AP 3.1)	33	34	34	34	204

Legenda:

Unidade tipo A: somente ESF, todas as equipes tratam TB

Unidade tipo B: possui CMS e ESF

Fonte: Rio de Janeiro, 2012.

Após o levantamento da população, foi estabelecido contato com a coordenação municipal do Programa de Controle da TB (PNCT) e com as Unidades de Saúde a fim de identificar quantos e quais profissionais já haviam atendido e acompanhado portadores de TB durante o tratamento da doença. No presente estudo, foi considerada toda a população, pois o

acompanhamento se dá de forma centralizada em ambulatórios de referência e equipe especializada para assistência ao portador de TB nas Unidades de Saúde.

O cálculo da amostra foi obtido, tendo como referencial a população total de profissionais que atuavam na Estratégia Saúde da Família nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ (n = 306). Considerou-se para o cálculo da amostra mínima os parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, por meio da equação:

$$n_0 = \frac{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{e^2}$$

$$n_0 = 384,16$$

A amostra mínima de profissionais a serem entrevistados foi calculada em relação à população total de profissionais utilizando:

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 / N)}$$

$$n = 384,16 / 1 + (384,16/306)$$

$$n = 171 \text{ profissionais entrevistados}$$

A partir desse cálculo, foi definida a partilha proporcional para determinar número de profissionais por categoria que foram entrevistados nas Unidades de Saúde.

Ao realizar o cálculo da porcentagem de profissionais de acordo com a categoria obteve-se:

$$\text{ENFERMEIRO: } 34/306 \times 100 = 11\%$$

$$\text{MÉDICO: } 34/306 \times 100 = 11\%$$

$$\text{TÉCNICO DE ENFERMAGEM: } 34/306 \times 100 = 11\%$$

$$\text{ACS: } 204/306 \times 100 = 67\%$$

Cálculo do nº de profissionais de saúde a serem entrevistados:

$$\text{ENFERMEIRO: } 11\% \times 171 = 19$$

MÉDICO:  $11\% \times 171 = 19$

AUX. / TÉCNICO DE ENFERMAGEM:  $11\% \times 171 = 19$

ACS:  $67\% \times 171 = 114$

Total = 171 profissionais a serem entrevistados

O tamanho da amostra calculada foi de 171 profissionais sendo 19 Enfermeiros, 19 médicos, 19 técnicos de enfermagem e 114 ACS.

### 3.4 INSTRUMENTOS E FONTE DE COLETA DE DADOS

#### 3.4.1 Instrumento *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC)

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) preconiza que a qualificação da atenção às condições crônicas no âmbito da Atenção Primária em Saúde depende de elementos chave, ligados ao sistema de atenção a saúde, incluindo: a organização da atenção, articulação com os recursos da comunidade, autocuidado apoiado, desenho do sistema de prestação de serviços, o apoio as decisões e sistema de informação clínica (KUSMA et al., 2012).

Conforme, explicado anteriormente, para avaliar e monitorar a implementação do modelo de atenção às condições crônicas, os pesquisadores da *MacColl Institute for Health Care Innovation* propuseram dois instrumentos vinculados aos princípios e elementos norteadores dos modelos de atenção às condições crônicas: o *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas e o *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions* (PACIC), ou Avaliação do usuário sobre o Cuidado as Condições Crônicas (KUSMA et al., 2012).

No estudo foi utilizado apenas ACIC<sup>4</sup>. Este instrumento permite a avaliação pelos profissionais de saúde acerca da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade, nos serviços e na relação com as pessoas usuárias. Construído com base em evidências, o ACIC é composto pelos seis elementos-chave (ou dimensões)

---

<sup>4</sup> Entre o período de abril e julho de 2013 o questionário foi adaptado e validado para a atenção à tuberculose pelo grupo GEOTB de Ribeirão Preto/USP.

vinculados aos requisitos para o desenvolvimento do modelo de atenção, mais um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes (KUSMA et al., 2012).

Ao final, o ACIC permite obter um escore que mostra a capacidade da equipe de saúde em desenvolver o MACC. Um escore de 0 a 2,9, significa capacidade limitada; um escore de 3 a 5,9, significa capacidade básica; um escore de 6 a 8,9, significa capacidade razoável; e um escore de 9 a 11, significa capacidade ótima.

Assim, as equipes de saúde devem correlacionar o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise, em relação, às condições crônicas consideradas.

Cada uma das sete dimensões é constituída de questões que são chamadas de componentes, das quais se pode obter as respostas em quatro níveis (D, C, B, A), sendo D correspondente ao nível mais desfavorável, C e B, intermediários e o nível A o mais favorável (APÊNDICE B).

As Dimensões foram definidas como:

**I - Organização da atenção à Tuberculose:** O manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada, esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.

**II - Articulação com a comunidade:** Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da tuberculose.

**III - Autocuidado apoiado:** O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas portadoras de TB e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a doença, além de reduzir as complicações e os sintomas.

**IV - Suporte a decisão:** O manejo efetivo da TB assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consulta com especialistas, educadores de saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

**V- Desenho do sistema de prestação de serviços:** A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção à TB envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado.

**VI - Sistemas de informação clínica:** Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

**VII - Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB:** Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc).

Complementado o questionário de coleta de dados, foi realizada uma observação das Unidades de Saúde investigadas com base em um roteiro pré-estruturado (APÊNDICE A). O roteiro é composto por quatro variáveis de observação:

**1 - “Registros”:** Quais são as fontes de registros para referentes ao programa de TB utilizadas pelas Unidades de Saúde?; Quem preenche? Todos têm acesso às informações?; Há a criação de registros paralelos da equipe, além dos oficiais recomendados pelo Ministério da Saúde?; Os registros são informatizados? Quais são? E; Os profissionais que acompanham o doente de TB na Unidade de Saúde fazem registros nos prontuários?;

**2 - “Recursos Humanos”:** Quem acompanha os casos de TB da Unidade de Saúde?; Faltam médicos?; Qual o envolvimento dos ACS no acompanhamento dos casos de TB na Unidade de Saúde?; Os ACS’s assumem ações ou não assumem por questões profissionais ou trabalhistas?;

**3 - “Integração entre programas, serviços de saúde e profissionais”:** No caso de necessidade de referenciar / encaminhar o doente de TB para consulta ou procedimentos com outro especialista ou serviço de saúde, quem marca? E; Há discussão de casos acompanhados pela Unidade de Saúde com outros serviços de saúde ou Vigilância Epidemiológica?;

**4 - “Processo assistencial”:** No caso de oferecimento de consultas mensais, quem atende?; O médico atende os doentes de TB mensalmente até o fim do tratamento ou em períodos específicos do mesmo?; A Unidade de Saúde oferece tratamento diretamente observado (TDO); Quem acompanha e registra as ações de TDO? Quais os registros utilizados?; Qual o envolvimento da equipe de enfermagem no processo de cuidado – quais ações realiza?; Há o envolvimento do enfermeiro de modo sistemático nas ações de tratamento de TB? – quais ações que são, de fato, realizadas por este profissional no que diz respeito ao tratamento da TB?

### 3.5 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO *ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC)* PARA A ATENÇÃO À TUBERCULOSE

Em fevereiro de 2013 foi realizada reunião com os pesquisadores dos diferentes centros multicêntricos na cidade de Ribeirão Preto para adaptação e ajustes do instrumento ACIC ao portador de tuberculose.

Entre o período de abril e julho de 2013, após correções pelo centro coordenador da pesquisa, o questionário foi aplicado nas diferentes Unidades de Saúde selecionadas pelos pesquisadores que atuaram na pesquisa multicêntrica. No Rio de Janeiro, foi escolhido uma Clínica de Família localizado na AP 1.0.

No primeiro momento de aplicação do questionário, foi determinado pelo centro coordenador da pesquisa multicêntrica o seguinte quantitativo de profissionais a serem entrevistados: dois médicos, dois Enfermeiros, dois técnicos de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. Ainda na fase que correspondeu à validação do questionário, foi utilizado como critério de inclusão: a experiência de pelo menos um ano no atendimento ao indivíduo com Tuberculose. Todos os centros que participavam da pesquisa aplicaram o mesmo questionário e o mesmo critério de inclusão.

Na cidade do Rio de Janeiro, como resultado inicial da primeira fase de aplicação do instrumento, os profissionais questionaram à temporalidade das respostas presentes nas diferentes dimensões que compõem o instrumento; falta de tempo para responder/participar da pesquisa e; alguns termos técnicos (ex. *feedback*) não foram compreendidos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Após correções sugeridas pelos centros que participaram da pesquisa, o centro coordenador realizou correções no instrumento, sendo marcado novo período de aplicação do questionário.

Na segunda etapa de adaptação e validação, foi sugerido o mesmo quantitativo de entrevistas a serem realizadas e os mesmos critérios de inclusão. Nesse segundo momento, foram entrevistados: um médico (os demais profissionais médicos que compunham as equipes alegaram ter menos de um ano de experiência em atendimento a paciente com TB), dois Enfermeiros, dois Técnicos e seis Agentes Comunitários de Saúde. Assim, após esta segunda etapa, o questionário foi validado pelo Centro Coordenador da Pesquisa.

### 3.6 PROCEDIMENTO PARA DE COLETA DE DADOS

Foram realizados *workshops* pelos coordenadores da pesquisa e os entrevistadores que participaram da fase de coleta de dados, no período de setembro a novembro de 2013. Os *workshops* tiveram por objetivo explicar aos entrevistadores o uso do questionário estruturado a partir de um formulário estruturado enviado pelo centro coordenador da pesquisa intitulado “Manual do entrevistador questionário para profissionais de saúde” (APÊNDICE C). Nesta fase, participaram 15 alunos de graduação em enfermagem, dois docentes e uma Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Inicialmente, optou-se por realizar seminários onde a Enfermeira da SMS-RJ apresentasse os indicadores da tuberculose no Brasil, Estado do Rio de Janeiro, município do Rio de Janeiro e por fim, a Área de Planejamento 3.1 – região onde está localizado o Complexo da Maré. Como segundo tema de seminário, foi realizada uma exposição sobre as fichas de registros relacionadas ao Programa de Controle da Tuberculose. Por fim, o terceiro tema abordou os desafios relacionados ao tratamento da tuberculose.

Coube aos docentes à realização de seminários acerca da abordagem metodológica de realização de entrevistas. Para atender aos métodos do estudo, os docentes optaram por seminários que abordassem a observação em campo e a técnica de coleta de dados através de entrevistas. Assim, com base em literaturas, os seminários buscaram discutir a realização da observação dos fatos e fenômenos – foi utilizado um roteiro de observação, proposto pelo centro coordenador da pesquisa - para que assim, os alunos que participaram da coleta de dados obtivessem maiores informações.

Após esta etapa, os pesquisadores deveriam estabelecer contatos com profissionais que atendesse os critérios de inclusão da pesquisa e aceitassem participar da mesma, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conhecendo algumas Unidades de Saúde que seriam pesquisadas foi realizado um contato prévio com todos os gerentes das Unidades do Complexo da Maré informando a presença dos pesquisadores e solicitando espaços reservados para o momento da entrevista com os profissionais de saúde.

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2013 a março de 2014 nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré.

Cada indivíduo entrevistado foi abordado pelos pesquisadores que explicaram a natureza e os objetivos do estudo, bem como solicitaram a participação do mesmo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). As entrevistas foram realizadas em locais que resguardaram a privacidade dos entrevistados.

Após a fase de coleta de dados, os dados obtidos foram digitados e armazenados no programa Microsoft Excel®.

### 3.7 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Em atendimento a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, o referido projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro e posteriormente sob avaliação do Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. O estudo foi aprovado em ambas instituições com parecer número: 1.043.830 (APÊNDICE E).

### 3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados no Programa R®. Para alcançar o objetivo foi utilizada a análise exploratória das variáveis do instrumento, utilizando gráficos (gráfico de setores, histogramas, gráficos de barras, *boxplot*), medidas de tendência central (média, moda, mediana, proporção) e medidas de dispersão (desvio-padrão, amplitude).

Para análise dos resultados do objetivo primário do estudo foram utilizados: testes de hipóteses, análise de variância e modelos de regressão.

Para determinar e classificar a capacidade de atenção ao portador da Tuberculose, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, foi somado o total de cada dimensão contida no questionário estruturado (APÊNDICE B), calculando-se em seguida o valor médio correspondente. Ao final da pontuação de cada dimensão, realizou-se a soma e completado o valor médio de cada um como um todo.

O questionário adaptado para a atenção à TB é organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e uma estrutura ótima para a atenção à doença. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção à TB. A interpretação dos resultados é a seguinte:

Entre “0” e “2,99” = capacidade limitada para a atenção à TB;

Entre “3” e “5,99” = capacidade básica para a atenção à TB;

Entre “6” e “8,99” = razoável capacidade para a atenção à TB;

Entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção à TB.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Atendendo ao rigor metodológico do instrumento utilizado, a classificação da capacidade de atenção ao portador de tuberculose foi obtida a partir das médias obtidas por cada dimensão, componente, tipo de serviço e categoria profissional avaliada. As medianas aplicadas ao gráfico de *boxplot* foram utilizadas como complemento ao estudo para demonstrar o comportamento dos dados a partir da variável analisada. Ressalta-se que, inicialmente os dados foram apresentados em tabelas e posteriormente em gráficos *boxplot* acerca da categoria de análise.

As distribuições das variáveis contidas no instrumento mostraram-se assimétricas e após os testes de normalidade, constatou-se que, as variáveis estudadas não podem ser consideradas normalmente distribuídas, sendo assim, optou por testes não paramétricos.

Foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existências de grupos com a mesma distribuição de probabilidade. Ao rejeitar a hipótese nula ( $p\_valor < 0,05$ ), pode-se concluir que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes.

Foram entrevistados 174 profissionais que atuavam na Estratégia Saúde da Família nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ, sendo, 18 (10,3%) médicos, 21 (12,1%) enfermeiros, 20 (11,5%) técnicos de enfermagem e 115 (66,1%) Agentes Comunitários de Saúde (Tabela 7).

No cenário de estudo, cinco Unidades de Saúde eram Unidades do tipo A e três Unidade de Saúde eram do tipo B. Destes, 105 (60,3%) profissionais pertenciam as Unidades de Saúde do tipo A e 69 (39,7%) profissionais atuavam na Estratégia Saúde da Família das Unidades de Saúde do tipo B.

Tabela 7 - Quantitativo de profissionais entrevistados por função e por Unidade de Saúde do Complexo da Maré/RJ

Serviço	Unidade de Saúde	Agente			Médico	Técnico de Enfermagem	Total
		Comunitário de Saúde	Enfermeiro				
<b>Tipo A</b>	CMS Helio Smidt	15	1	2	3	21	
	CMS Parque União	10	2	0	2	14	
	CMS Samora Machel	14	3	2	2	21	
	CMS Vila do João	18	3	2	3	26	
	USF Augusto Boal	14	3	3	3	23	
	CMS Américo Veloso	15	3	3	3	24	
	CMS Gustavo Capanema	14	3	3	1	21	
<b>Tipo B</b>	CMS Nova Holanda	15	3	3	3	24	
	<b>Total</b>	115	21	18	20	174	

#### 4.1 ANÁLISE DO TEMPO DE FUNÇÃO E TEMPO DE PERMANÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DO COMPLEXO DA MARÉ/RJ

Buscou-se realizar uma análise descritiva em relação ao tempo que os profissionais exercem a função (tempo de formação do profissional) e o tempo de permanência deste profissional nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ. Ressalta-se que, a análise das variáveis permanência e função foram descritas em meses. Posteriormente, em atendimento aos objetivos propostos no estudo, foram realizadas análises referentes às dimensões do questionário “Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção as Condições Crônicas” adaptado e validado ao portador de tuberculose.

##### 4.1.1 Categoria de Análise – Tempo de Função dos Profissionais nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

A categoria analisou a variável tempo que os profissionais exercem a função, ou seja, o tempo de formação dos profissionais entrevistados nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ.

Inicialmente, a análise foi realizada com base no tempo de exercício da função dos profissionais nas oito Unidades de Saúde; tempo de exercício da função por tipo de atenção à saúde (unidades do tipo A e tipo B) e, por fim, optou-se por agrupar tempo de exercício da função em relação ao nível de escolaridade<sup>5</sup>: graduados (médicos e Enfermeiros) e não graduados (técnicos de enfermagem e ACS's), conforme Tabela 8.

A média geral do tempo de exercício da função foi de 89.52 meses ( $\sigma = 81.99$ ). O tempo de exercício variou entre 04 meses a 456 meses.

Os profissionais que tem menos tempo de exercício da função atuam no CMS Parque União (média de 28.5 meses), no entanto, na Unidade de Saúde Américo Veloso os profissionais possuem maior tempo de exercício da função (média de 143.5 meses). A média do tempo de exercício da função entre as Unidades apresentou diferença significativa (p-value = 0.0005909). O Gráfico 2 demonstra o boxplot do tempo de exercício da função entre as Unidades de Saúde.

Não houve significância estatística quanto ao tempo de exercício da função entre os tipos de atenção - Unidades de Saúde A e B - (p-value= 0.08932 ).

Entre graduados e não graduados, o tempo de exercício da função apresentou diferença significativa (p-value = 0.02041). A média para graduados foi de 143.4 meses ( $\sigma = 44.51$ ) e para não graduados a média foi de 73.97 ( $\sigma = 51.87$ ).

Nas Unidades do tipo A, os profissionais graduados possuem média de tempo na função de 81.3 meses e os profissionais não graduados apresentaram média de 102 meses. No entanto, não houve significância estatística em relação ao tempo de formação dos profissionais que atuam nas Unidades do tipo A (p-value = 0.05534). Nestas Unidades, os médicos possuem maior tempo de exercício da função (média: 174.7 meses), seguido dos técnicos de enfermagem (média: 86.77 meses). Enfermeiros e ACS's possuem média de tempo de exercício da função muito próximas (70.92 e 70.23 meses, respectivamente) (Gráfico 3).

Nas Unidades do tipo B, as médias do tempo de exercício da função entre graduados e não graduados apresentaram significância estatística (p-value = 0.00414). Os médicos também apresentaram maior tempo de exercício da função (média: 248 meses), seguido dos

---

<sup>5</sup> Destaca-se que, esta categoria de análise apresenta limitação por não se definir o nível de escolaridade dos profissionais entrevistados, ou seja, se estes profissionais possuem ensino fundamental (in) completo, ensino médio (in) completo, especialização (*lato sensu* ou *strictu sensu*), dentre outros.

técnicos de enfermagem (média: 114.9 meses), Enfermeiros (média: 104 meses) e ACS's (média: 69.73 meses), conforme Gráfico 4.

Tabela 8 – Tempo de função por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço (A e B) e Escolaridade

<b>Serviço média (<math>\sigma</math>)</b>	<b>Unidades de Saúde</b>	<b>Média* (desvio padrão - <math>\sigma</math>)</b>	<b>p-valor</b>	
<b>Tipo A</b> 81.3 (73.85)	CMS Helio Smidt	85.71 (78.25)	0.0005909	
	CMS Parque União	28.5 (18.29)		
	CMS Samora Machel	96.38 (92.23)		
	CMS Vila do João	82.35 (58.04)		
	CMS Augusto Boal	94.48 (79.14)		
<b>Tipo B</b> 102 (92.19)	CMS Américo Veloso	143.5 (108.84)		
	CMS Gustavo Capanema	85.52 (49.95)		
	CMS Nova Holanda	75 (91.13)		
<b>Categoria Profissional</b>				
<b>Tipo A</b>	Médico	174.7 (139.82)		0.08932
	Enfermeiro	70.92 (42.25)		
	Técnico de Enfermagem	86.77 (65.20)		
	Agente Comunitário de Saúde	70.23 (59.92)		
<b>Tipo B</b>	Médico	248 (143.12)		
	Enfermeiro	104 (79.14)		
	Técnico de Enfermagem	114.9 (74.89)		
	Agente Comunitário de Saúde	69.73 (46.11)		
<b>Escolaridade</b>				
<b>Tipo A</b>	Graduados	115.4 (107.56)	0.05534	
	Não Graduados	72.79 (60.65)		
<b>Tipo B</b>	Graduados	176 (134.44)	0.00414	
	Não Graduados	75.92 (52.42)		

\*Tempo em meses.

Gráfico 2 - Tempo que os profissionais exercem a função por Unidade de Saúde do Complexo da Maré/RJ

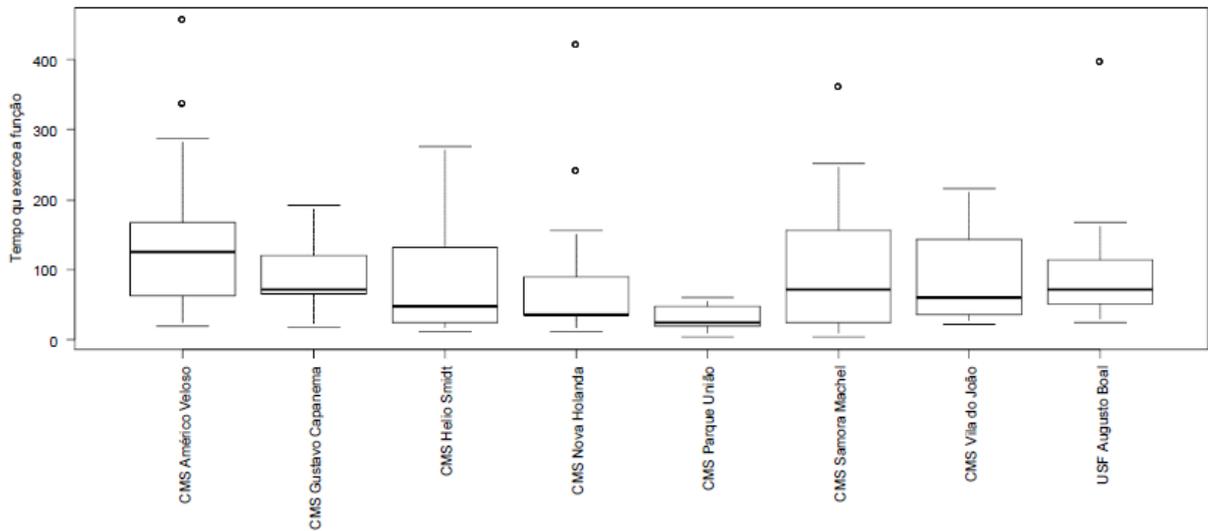


Gráfico 3 - Tempo de exercício da função por ocupação profissional nas Unidades de Saúde do tipo A – Complexo da Maré/RJ

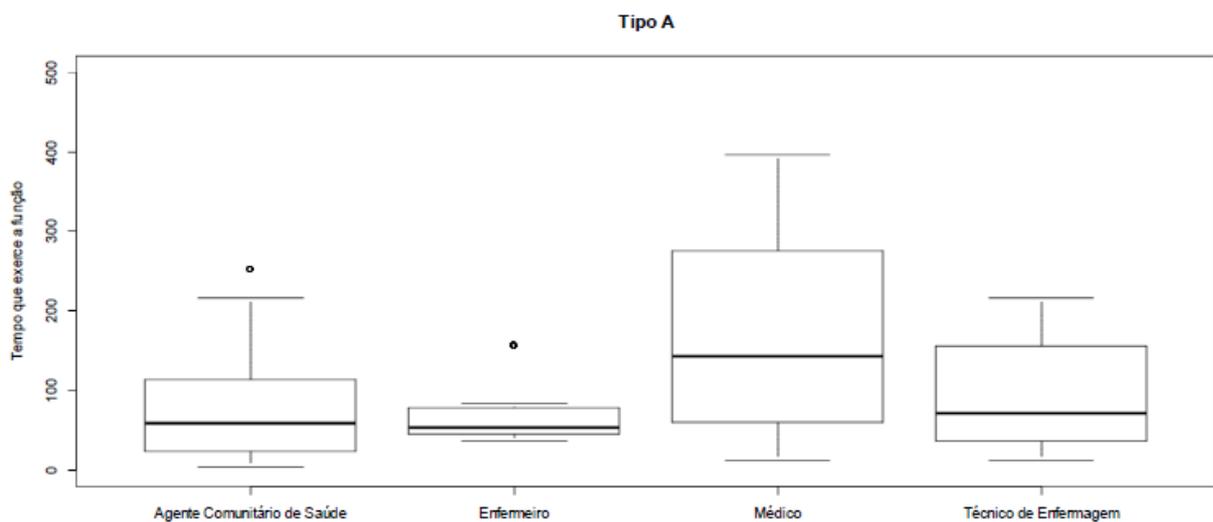
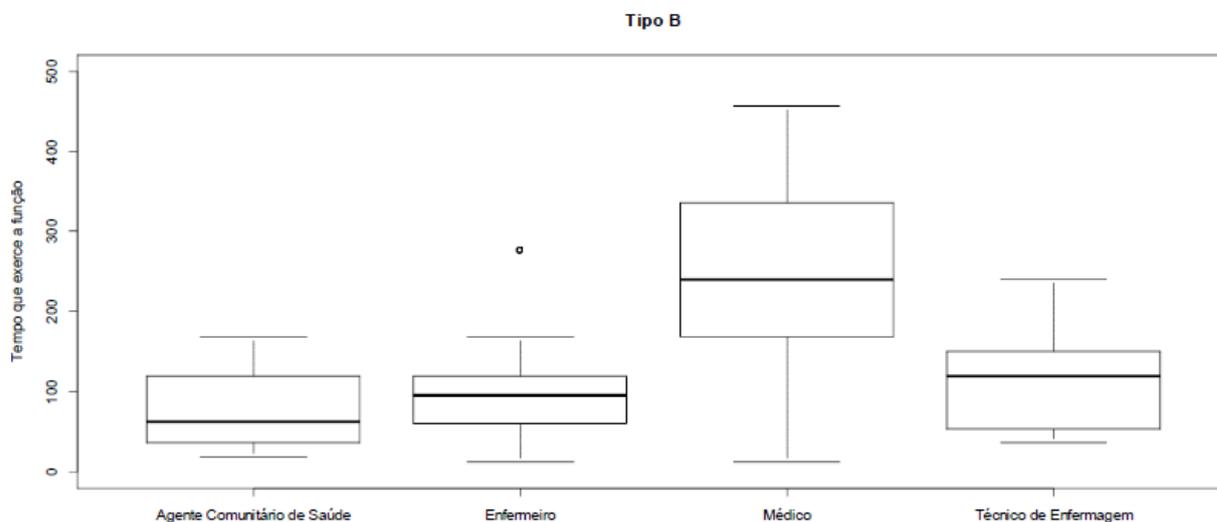


Gráfico 4 - Tempo de exercício da função por ocupação profissional nas Unidades de Saúde do tipo B – Complexo da Maré/RJ



#### 4.1.2 Categoria de Análise – Tempo de Permanência dos Profissionais nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

Esta categoria analisou o tempo de permanência dos profissionais nas oito Unidades de Saúde do Complexo da Maré. A análise foi realizada com base nas seguintes categorias: tempo de permanência dos profissionais nas Unidades de Saúde, tipo de nível de atenção à saúde (Unidade do tipo A e Unidade do tipo B), categoria profissional e posteriormente, agrupou-se a formação profissional dos entrevistados pelo nível de escolaridade - graduados (médicos e enfermeiros) e não graduados (técnicos de enfermagem e ACS's)

Houve significância estatística em relação ao tempo de permanência dos profissionais entre as Unidades de Saúde ( $p\text{-value} = 0.0003598$ ) (Gráfico 5). O tempo médio de permanência nas Unidades de Saúde foi de 56.9 meses ( $\sigma = 50.96$ ) e a amplitude variou entre 01 mês e 240 meses.

Os profissionais que permanecem menos tempo nas Unidades de Saúde estão alocados no CMS Parque União (media: 17.93 meses). A Unidade de Saúde Vila do João foi a Unidade de saúde em que os profissionais permanecem mais tempo (media: 81.88 meses), demonstrado no Gráfico 6.

A análise comparativa entre o tipo de atenção (tipo A e tipo B) não demonstrou diferença significativa no tempo de permanência (p-value = 0.9741).

Para uma melhor compreensão, o Gráfico 7 demonstra o comportamento do tempo de permanência por categoria profissional em relação as Unidades de Saúde do tipo A e B.

Quanto à categoria profissional, médicos permanecem menos tempo nas Unidades do tipo A (média = 21.78 meses) em comparação as Unidades do tipo B (46.11 meses) (p-value = 0.7565). Enfermeiros obtiveram tempo de permanência muito próxima nas Unidades do tipo A quanto nas Unidades do tipo B. Os Enfermeiros que atuavam nas US do tipo A apresentaram média de 48.92 meses e nas US tipo B, estes mesmos profissionais apresentaram média de 42.67 (p-value = 1).

Observou-se grande diferença na média do tempo de permanência dos técnicos de enfermagem nas Unidades do tipo A em relação aos técnicos de enfermagem que atuam nas Unidades do tipo B (85.38 – tipo A e média de 31.57 – tipo B, respectivamente). Apesar da diferença das médias nesta categoria profissional, não houve diferença significativa no tempo de permanência entre os técnicos de enfermagem que atuavam nas Unidades do tipo A e nas Unidades do tipo B (p-value = 0.1497).

Os ACS's apresentaram médias de permanência nas Unidades do tipo A e B muito próximas, sendo, 60.25 meses nas Unidades do tipo A e 61.95 meses nas Unidades do tipo B (p-value = 0.4069).

Entre profissionais graduados e não graduados, a média geral do tempo de permanência nas Unidades de Saúde foi de 40.56 meses para profissionais graduados e 61.74 meses entre os profissionais não graduados.

As análises dos profissionais graduados e não graduados por tipo de serviço apresentou o seguinte comportamento: Nas Unidades do tipo A, a média de permanência dos profissionais graduados foi de 37.3 meses e entre os profissionais não graduados a média foi de 64.14. Houve diferença significativa entre as médias do tempo de permanência entre profissionais graduados e não graduados nas Unidades do tipo A (p-value = 0.02041) e; Nas Unidades do tipo B, a média de permanência dos profissionais graduados foi 44.39 meses e entre os profissionais não graduados foi de 57.78 meses. A média do tempo de permanência entre as Unidades do tipo A e as Unidades do tipo B apresentou significativa (p-value = 0.005604).

Tabela 9 – Tempo de permanência nos serviços de saúde por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço (A e B) e Escolaridade

<b>Serviço</b>	<b>Média (<math>\sigma</math>)</b>	<b>Unidades de Saúde</b>	<b>Média* (desvio padrão - <math>\sigma</math>)</b>	<b>p-valor</b>
		CMS Helio Smidt	66.29 (59.2)	
<b>Tipo A</b>		CMS Parque União	17.93 (12.34)	
	58.77	CMS Samora Machel	68.95 (70.03)	
	(55.03)	CMS Vila do João	81.88 (52.77)	0.0003598
		CMS Augusto Boal	41.35 (35.39)	
<b>Tipo B</b>		CMS Américo Veloso	47.5 (48)	
	54.29	CMS Gustavo Capanema	53.24 (36.05)	
	(44.32)	CMS Nova Holanda	62 (47.56)	
<b>Categoria Profissional</b>				
		Médico	21.78 (15.62)	
<b>Tipo A</b>		Enfermeiro	48.92 (53.38)	
		Técnico de Enfermagem	85.38 (68.05)	
		Agente Comunitário de Saúde	60.25 (53.38)	0.9741
		Médico	46.11 (53.96)	
<b>Tipo B</b>		Enfermeiro	42.67 (42.37)	
		Técnico de Enfermagem	31.57 (22.12)	
		Agente Comunitário de Saúde	61.95 (44.45)	
<b>Escolaridade</b>				
<b>Tipo A</b>		Graduados	37.3 (43.06)	0.02041
		Não Graduados	64.14 (56.68)	
<b>Tipo B</b>		Graduados	44.39 (47.09)	0.005604
		Não Graduados	57.78 (43.24)	

\*Tempo em meses.

Gráfico 5 - Tempo de permanência dos profissionais nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

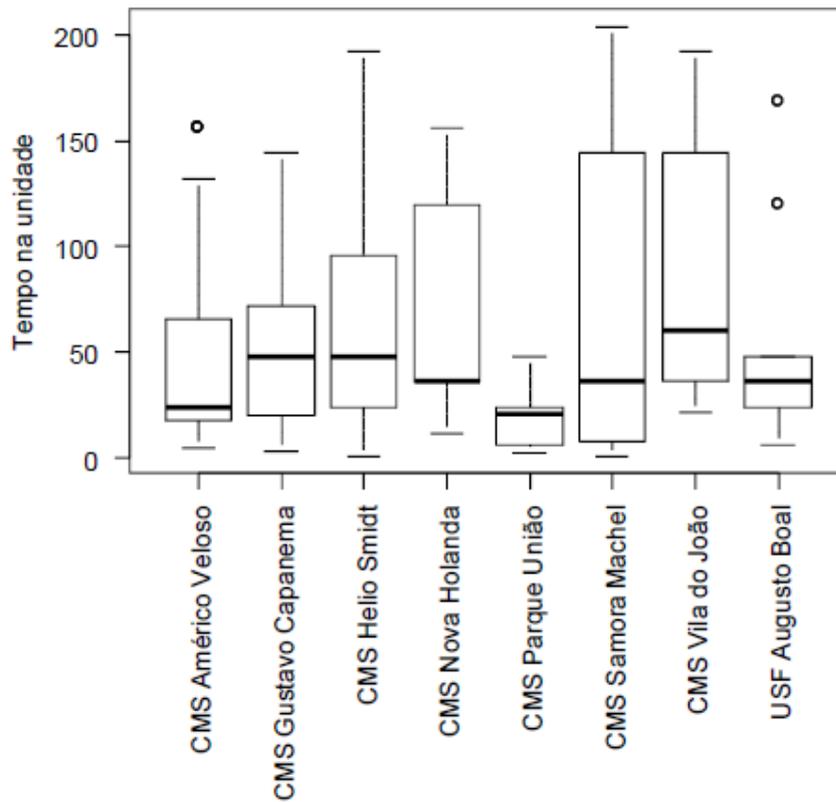
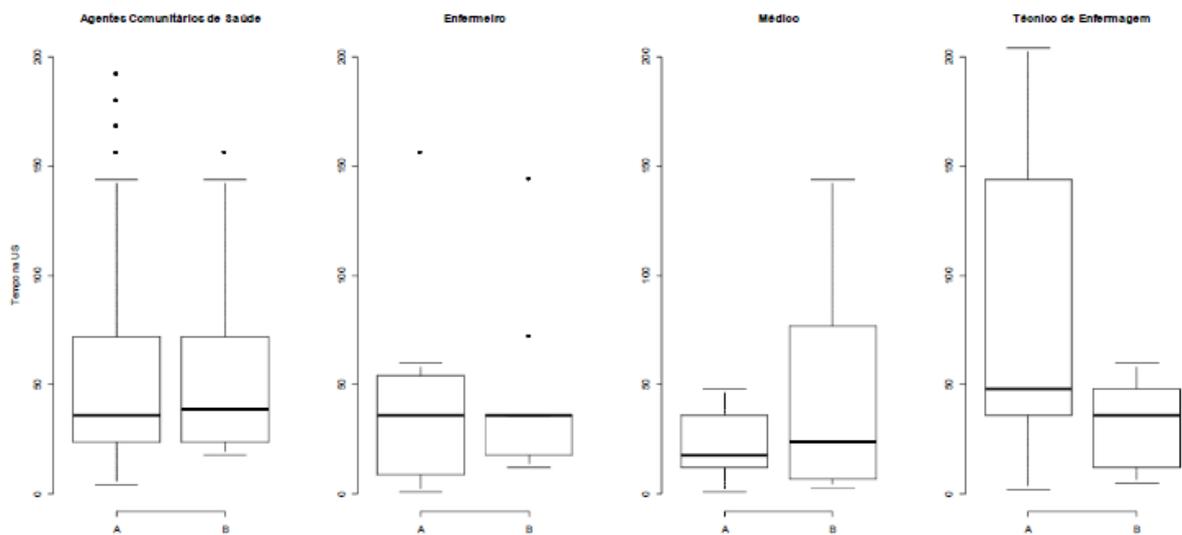
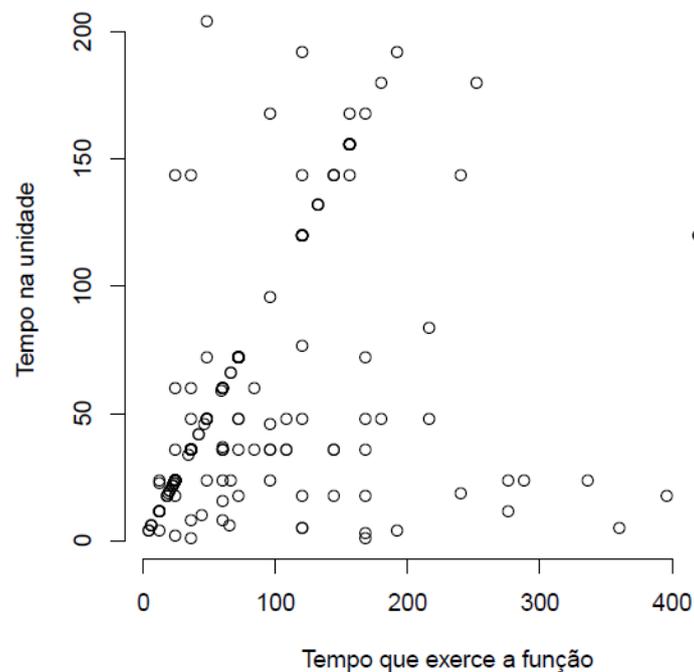


Gráfico 6 - Tempo de permanência dos profissionais por tipo de Unidade de Saúde (A e B) - Complexo da Maré/RJ



Buscando compreender a existência de uma correlação entre a variável “tempo de permanência” nas Unidades de Saúde e o “tempo que os profissionais exercem a função” (tempo de formação), optou-se por realizar a correlação de *Spearman*. Optou-se por este coeficiente de correlação, uma vez que, no estudo utilizaram-se testes não paramétricos. A correlação linear de *Spearman* demonstrou-se fraca entre as variáveis analisadas (0.473) ( $p\text{-value} \leq 0.05$ ), conforme Gráfico 7.

Gráfico 7 - Tempo de permanência na unidade de Saúde por tempo que os profissionais exercem a função – Complexo da Maré/RJ



## 4.2 CAPACIDADE DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO COMPLEXO DA MARÉ/RJ

A capacidade de atenção ao portador de tuberculose no Complexo da Maré foi classificada pelos profissionais como razoável (média 6,67). Este dado é semelhante em seis Unidades de Saúde analisadas, que também foram classificadas com capacidade de atenção razoável. Duas Unidades de Saúde foram classificadas com capacidade de atenção básica. Houve diferença entre as Unidades de Saúde apresentou ( $p\text{-value} = 0.001183$ ) (Tabela 10 e Gráfico 8).

As médias das dimensões variaram entre 5,1 a 7,6. Seis Dimensões foram classificadas com capacidade de atenção razoável e apenas uma dimensão, articulação com a comunidade, foi classificada com capacidade de atenção Básica (Gráfico 8).

Quanto ao nível de atenção dos serviços de saúde, as Unidades de Saúde do tipo A e B apresentaram capacidade razoável. Não houve diferença significativa em relação ao nível de atenção ( $p\text{-value} = 0.318$ ) (Gráficos 9).

Observou-se diferença significativa em relação às categorias profissionais ( $p\text{-value} = 0.04637$ ). A classificação da capacidade de atenção pelos profissionais foi razoável (Gráfico 10).

Tabela 10 - Capacidade de atenção ao portador de tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Dimensão, Nível de Atenção e Categoria Profissional

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Media</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
<b>CAPACIDADE DE ATENÇÃO</b>	<b>6.67</b>	<b>1.63</b>	<b>RAZOÁVEL</b>
<b>Unidades de Saúde</b>			
CMS Américo Veloso	6.42	2,0	Razoável
CMS Gustavo Capanema	5.84	1,6	Básica
CMS Helio Smidt	6.76	1,7	Razoável
CMS Nova Holanda	7.27	0,6	Razoável
CMS Parque União	6.80	0,9	Razoável
CMS Samora Machel	7.49	1,6	Razoável
CMS Vila do João	5.74	1,3	Básica
USF Augusto Boal	7.24	2,1	Razoável
<b>Dimensões</b>			
I - Organização da atenção à Tuberculose	7,1	1,6	Razoável
II- Articulação com a comunidade	5,1	2,3	Básica
III- Autocuidado apoiado	7,6	2,3	Razoável
IV- Suporte a decisão	6,7	2,2	Razoável
V- Desenho do sistema de prestação de serviços	7,6	2,2	Razoável
VI- Sistemas de informação clínica	6,0	1,7	Razoável
VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB	6,7	1,9	Razoável
<b>Nível de Atenção</b>			
Tipo A	6.76	8.21	Razoável
Tipo B	6.54	7.58	Razoável
<b>Categoria profissional</b>			
Médico	6.61	1,6	Razoável
Enfermeiro	7.57	1,5	Razoável
Técnico de Enfermagem	6.63	1,4	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	6.53	1,7	Razoável

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2.9 capacidade limitada; entre 3 e 5.9 capacidade básica; entre 6 e 8.9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 8 - Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose das Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

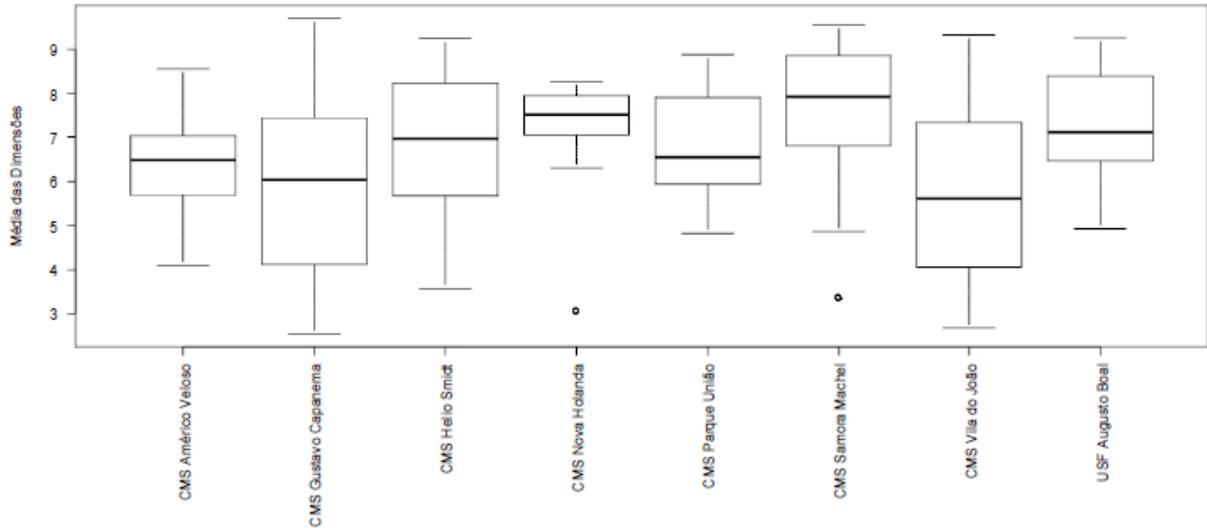


Gráfico 9 - Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose pelo nível de atenção à saúde (Tipo A e Tipo B) – Complexo da Maré/RJ

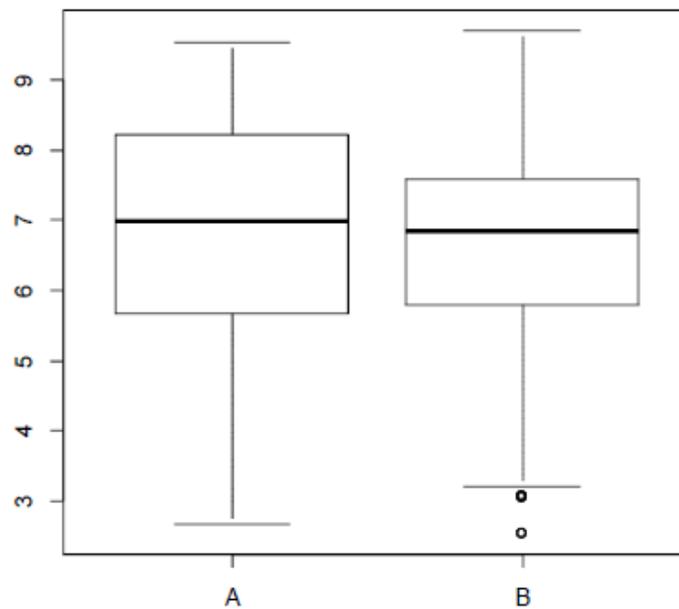
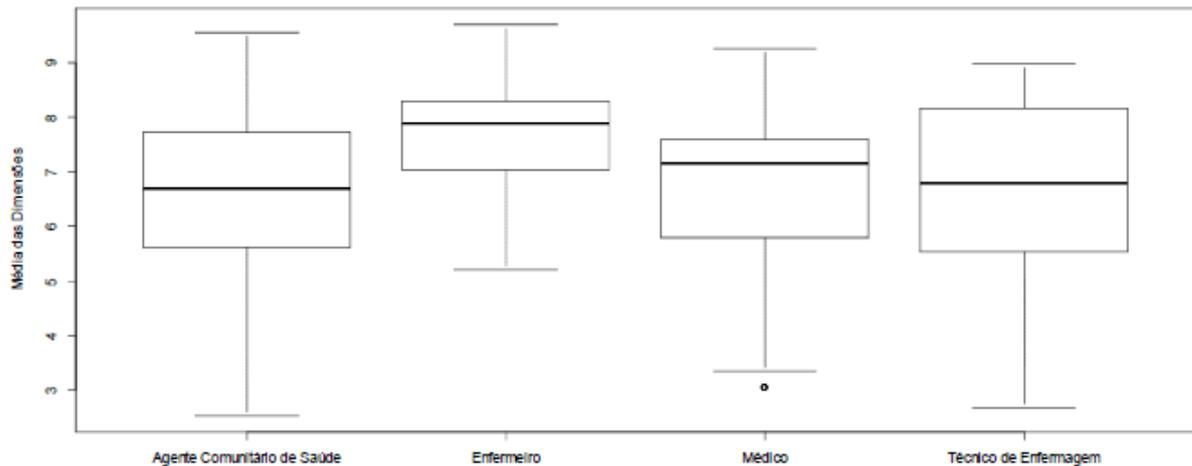
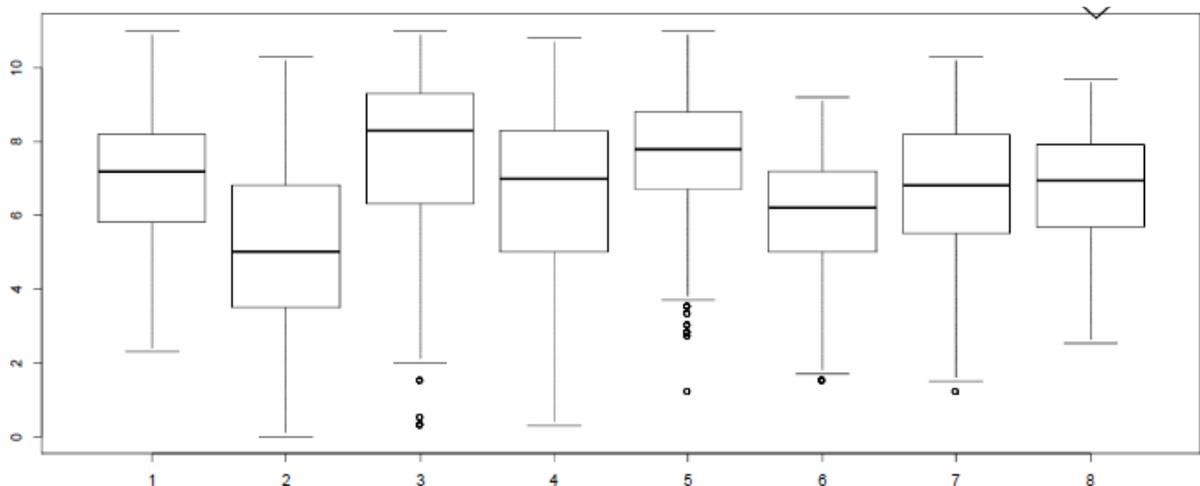


Gráfico 10 - Boxplot das Dimensões em relação à Ocupação Profissional (ACS, Enfermeiro, Médico e Técnico de Enfermagem) nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ



O Gráfico 11, demonstra o comportamento da mediana de cada dimensão (1 a 7) e a mediana final da capacidade de atenção ao portador da tuberculose, enumerada com a legenda 8. Observa-se que, a dimensão 4 (Suporte à decisão) e 7 (Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com tuberculose nas Unidades de Saúde) apresentaram medianas próximas a mediana da classificação final.

Gráfico 11 – Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose e mediana das dimensões (1 a 7) avaliadas pelos profissionais das Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

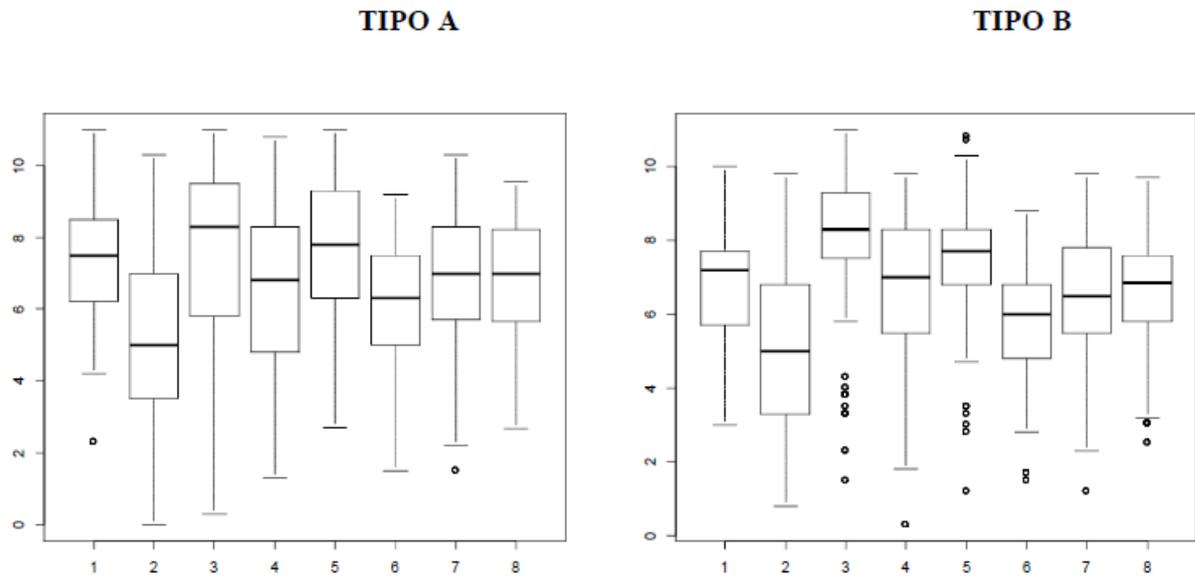


O Gráfico12 demonstra o comportamento da mediana das dimensões (1 a 7) em relação à mediana final (legenda 8) por tipo de serviço de saúde (A e B).

Nas Unidades do tipo A, as dimensões 4 (Suporte à decisão) e 7 (Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com tuberculose nas Unidades de Saúde) apresentaram medianas próximas à mediana final das Unidades do tipo A (legenda 8).

Nas Unidades do tipo B, as medianas das dimensões 4 e 7 também foram próximas à mediana final das Unidades do tipo B (legenda 8).

Gráfico 12 – Boxplot da capacidade de atenção ao portador de tuberculose das Dimensões em relação ao nível de atenção à Saúde (TIPO A e TIPO B) – Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ



### 4.3 ANÁLISE DAS DIMENSÕES

As análises visam identificar de forma mais clara e objetiva cada uma das dimensões que compõem o instrumento de avaliação e assim, atendendo ao objetivo geral do estudo, auxiliar a partir da percepção das equipes de saúde, se a expansão da Estratégia Saúde da Família ocorrida no Complexo da Maré/RJ atende o modelo de atenção às condições crônicas ao portador da tuberculose.

#### 4.3.1 Dimensão I - Organização da Atenção à Tuberculose

A Organização da Atenção à Tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ foi classificada com capacidade razoável, este dado é semelhante nas oito Unidades de Saúde da Maré, que também apresentaram capacidade de atenção razoável (média 7,1). Observou-se diferença significativa entre as Unidades de Saúde ( $p$ -value = 0.008939).

Quanto ao tipo de serviço de saúde as Unidades de Saúde do tipo A e B apresentaram capacidade razoável. Houve diferença significativa entre os tipos de serviços ( $p$ -value= 0.01).

Os profissionais classificaram a Organização da Atenção à Tuberculose com capacidade razoável (Tabela 11). Constatou-se diferença significativa em relação à categoria profissional ( $p$ -value = 0.009708).

O componente I.6 “benefícios e incentivos aos portadores de TB”, da dimensão “Organização da Atenção à TB”, apresentou capacidade limitada (média = 2,4), ou seja, não são oferecidos benefícios e incentivos aos portadores de Tuberculose atendidos pelas Unidades de Saúde do Complexo da Maré. Os demais componentes da dimensão apresentaram capacidade razoável, que compreendem: a existência de interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose e existência de profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB; metas pactuadas e registradas pela unidade de saúde para o controle da TB na área de abrangência são acompanhadas e revistas periodicamente; existência de estratégias para melhoria da atenção à TB e são efetivas quando surgem problemas; existência de estratégias para que a atenção primária à saúde seja o local para o tratamento da TB com objetivo de melhorar a assistência ao portador de TB, promovendo maior acesso, vínculo e adesão ao tratamento; o gerente da unidade incentiva esforços para melhoria da atenção à TB, conforme Tabela 10 e Gráficos 13 e 14.

Tabela 11 - Organização da Atenção à Tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e categoria na Unidade de Saúde

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
I.1 – O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose	8,1	2,4	Razoável
I.2 – Metas pactuadas e registradas pela unidade de saúde para o controle da TB na área de abrangência	8,3	2,4	Razoável
I.3 – Estratégias para melhoria da atenção à TB	8,0	2,3	Razoável
I.4- Estratégias para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB	7,5	2,1	Razoável
I.5 – Participação do gerente da unidade de saúde para melhoria da atenção à TB	8,0	1,9	Razoável
I.6 – Benefícios e incentivos aos portadores de TB.	2,4	3,5	Limitada
<b>Unidades de Saúde</b>	<b>7,1</b>	<b>1,6</b>	<b>Razoável</b>
CMS Vila do João	7,6	1,3	Razoável
CMS Gustavo Capanema	6,3	1,6	Razoável
CMS Helio Smidt	8,1	1,7	Razoável
CMS Parque União	7,4	0,9	Razoável
CMS Samora Machel	6,9	1,6	Razoável
CMS Nova Holanda	7,1	0,6	Razoável
CMS Américo Veloso	6,7	2,0	Razoável
USF Augusto Boal	6,7	2,1	Razoável
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>			
Tipo A	7,3	1,7	Razoável
Tipo B	6,7	1,5	Razoável
<b>Função na Unidade</b>			
Médico	7,4	1,6	Razoável
Enfermeiro	8,1	1,5	Razoável
Técnico de Enfermagem	7,0	1,4	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	6,8	1,7	Razoável

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2.9 capacidade limitada; entre 3 e 5.9 capacidade básica; entre 6 e 8.9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 13 – Boxplot da Dimensão I em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

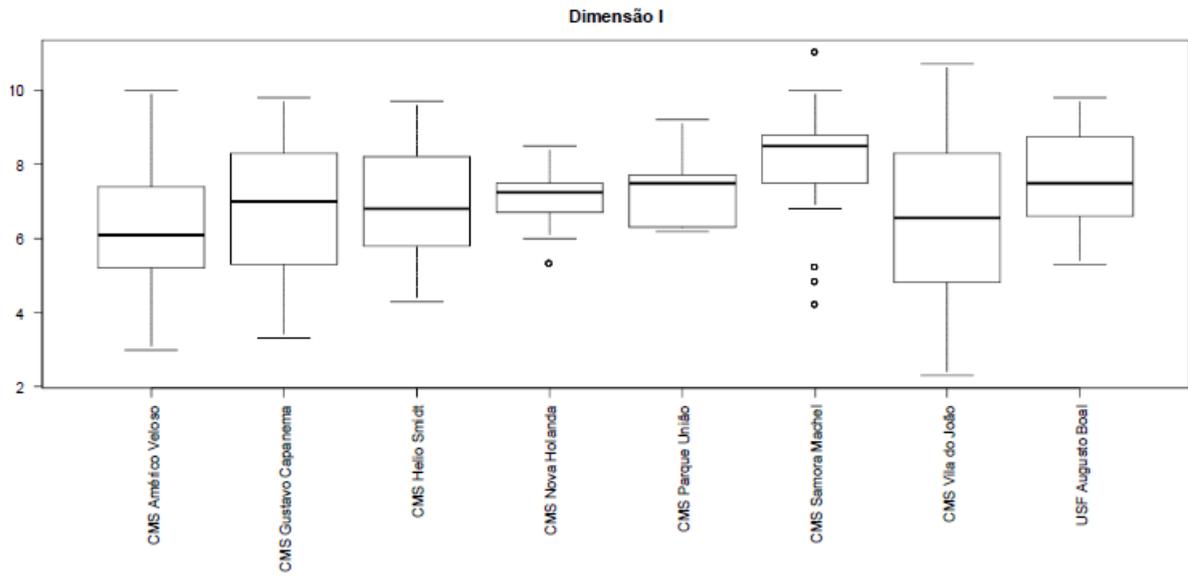
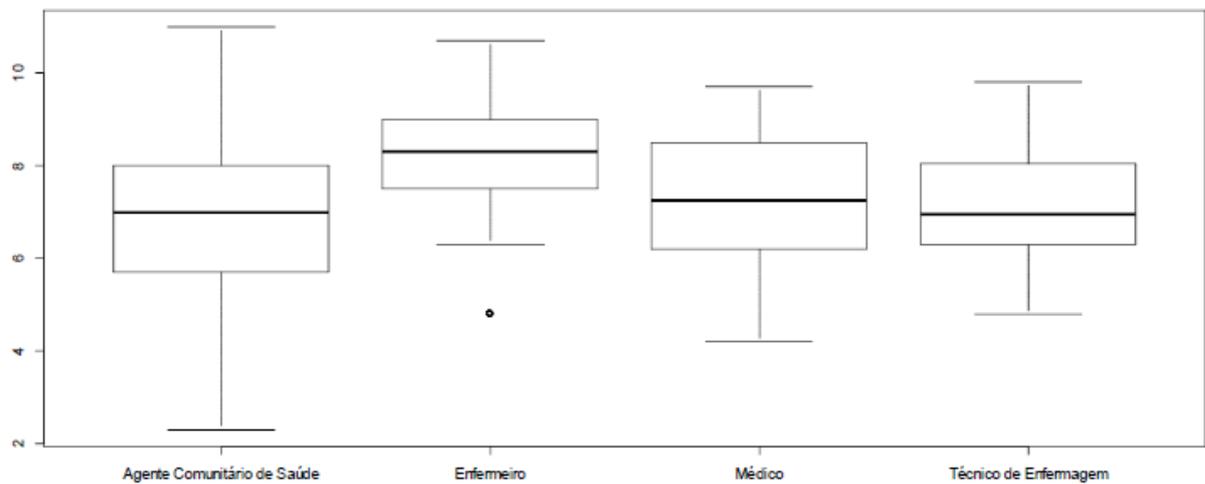


Gráfico 14 – Boxplot da Dimensão I. “Organização da Atenção à Tuberculose” nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional



### 4.3.2 Dimensão II - Articulação com a comunidade

A articulação com a comunidade foi classificada com capacidade básica (média: 5,1), este dado é semelhante em cinco Unidades de Saúde avaliadas do Complexo da Maré/RJ. As demais unidades foram classificadas com capacidade razoável. Houve diferença significativa entre as Unidades de Saúde ( $p\text{-value} = 0.04245$ ) (Gráfico 15).

Nos itens que compõe a dimensão II. “Articulação com a comunidade” foi observado que apenas o item II.10 que se refere a atuação do ACS, apresentou capacidade razoável (média = 8,6), ou seja, o ACS está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com a Equipe da Unidade, mas não com os recursos da comunidade (ONGs, Pastorais, Igrejas). Os demais itens foram classificados em capacidade básica, que compreendem: a articulação com a comunidade é limitada a uma lista dos recursos oferecidos pelas organizações disponíveis; as parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB estão sendo consideradas, mas não foram implementadas; o conselho/comissão local de saúde, que participam das decisões e sugestões para a melhoria da assistência na Unidade de Saúde, existem, mas não tem poder de decisão (Tabela 12).

Em relação ao Tipo de Serviço de Saúde, as Unidades do Tipo A e B apresentaram capacidade básica de articulação com a comunidade. Não houve diferença significativa entre as Unidades do tipo A e do tipo B ( $p\text{-value} = 0.4$ ).

Todos profissionais classificaram a articulação com a comunidade com capacidade básica e entre os profissionais não apresentaram diferença estatística ( $p\text{-value} = 0.1236$ ) (Tabela 12 e Gráfico 16).

Tabela 12 - Articulação com a comunidade nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
II.7 – Articulação da unidade de saúde e portadores de TB com as organizações da comunidade	3,9	3,7	Básica
II.8 – Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB	3,3	3,3	Básica
II.9 – Conselho/Comissão Local de Saúde	4,6	3,7	Básica
II.10 – Agente Comunitário de Saúde	8,6	2,0	Razoável
<b>Unidades de Saúde</b>	<b>5,1</b>	<b>2,3</b>	<b>Básica</b>
USF Augusto Boal	6,0	2,5	Razoável
CMS Américo Veloso	4,2	1,9	Básica
CMS Samora Machel	6,1	2,4	Razoável
CMS Parque União	4,8	2,1	Básica
CMS Helio Smidt	5,7	2,4	Básica
CMS Nova Holanda	6,4	1,7	Razoável
CMS Vila do João	3,8	2,0	Básica
CMS Gustavo Capanema	4,0	2,1	Básica
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>			
Tipo A	5,3	2,4	Básica
Tipo B	4,9	2,2	Básica
<b>Função na Unidade</b>			
Médico	5,0	2,3	Básica
Enfermeiro	5,9	2,1	Básica
Técnico de Enfermagem	5,4	2,4	Básica
Agente Comunitário de Saúde	4,9	2,3	Básica

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2,9 capacidade limitada; entre 3 e 5,9 capacidade básica; entre 6 e 8,9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 15 - Boxplot da Dimensão II em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

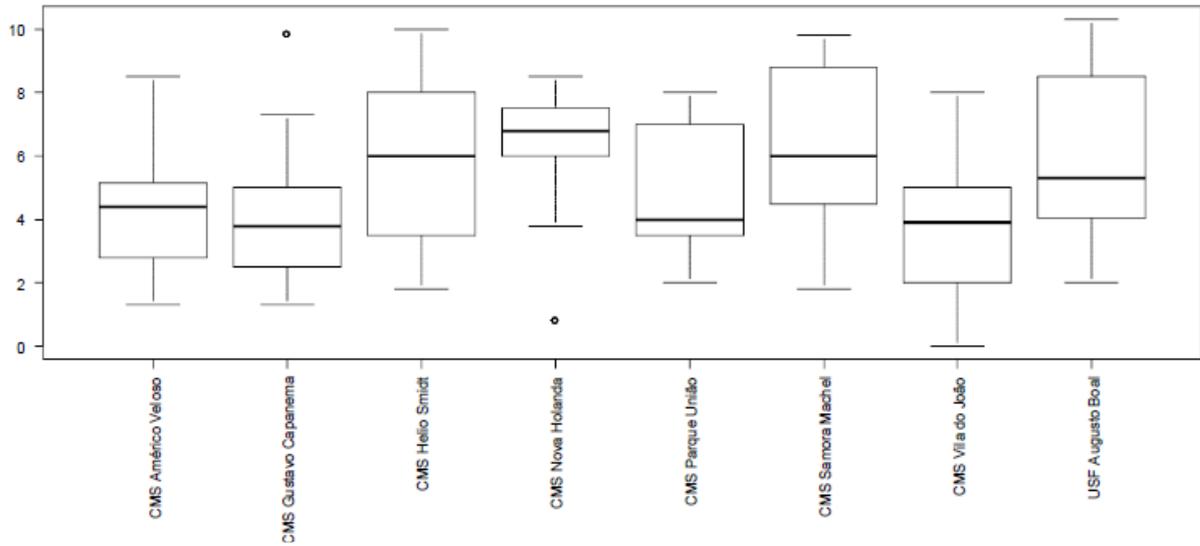
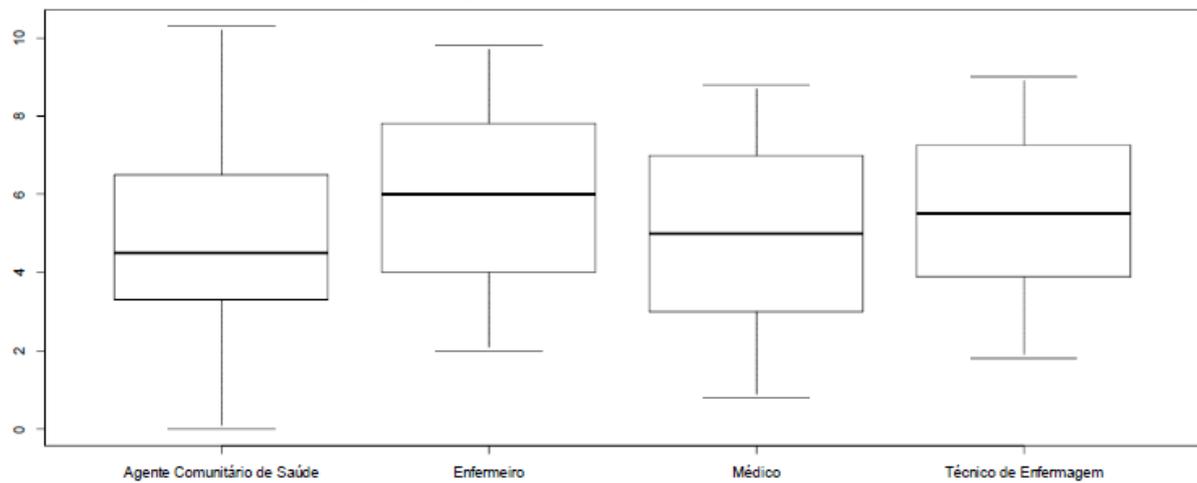


Gráfico 16 – Boxplot da Articulação com a comunidade nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Ocupação Profissional



### 4.3.3 Dimensão III - Autocuidado apoiado

O autocuidado apoiado nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré foi classificado com capacidade razoável (média=7,6).

Todos os componentes da dimensão autocuidado apoiado foram classificados com capacidade razoável de atenção ao portador de TB, ou seja: os registros relacionados ao apoio dos profissionais da Unidade de Saúde para o portador de TB cuidar da própria saúde são realizados de maneira padronizada; o suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde é oferecido por profissionais capacitados que fazem parte da equipe, mas não envolve a adesão medicamentosa; o acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias é realizado e solucionado na própria US; intervenções de mudança de comportamento (parar de fumar, beber, usar drogas) de portadores de TB é realizado por meio de encaminhamento a Centros Especializados (Tabela 13).

As oito Unidades de Saúde do Complexo da Maré também apresentaram a classificação razoável (Gráfico 17). Não houve diferença significativa entre as Unidades de Saúde (p-value = 0.66).

Quanto ao tipo de serviço de saúde, as Unidades do Tipo A e B foram classificadas com capacidade razoável ao portador de TB (Tabela 13 e Gráfico 17).

Em relação à categoria profissional, todos os profissionais classificaram o autocuidado apoiado em razoável. Não houve diferença significativa em relação à categoria profissional (p-value = 0.1236), como demonstrado no Gráfico 18.

Tabela 13 - Autocuidado apoiado nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
III.11 – Registros relacionados ao apoio dos profissionais na US para o portador de TB cuidar da própria saúde	7,6	2,9	Razoável
III.12 – Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde	7,7	3,4	Razoável
III.13 – Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias	7,7	2,2	Razoável
IV.14 – Intervenções de mudança de comportamento de portadores de TB	7,5	3,0	Razoável
<b>Unidades de Saúde</b>	7,6	2,3	Razoável
USF Augusto Boal	8,5	1,7	Razoável
CMS Américo Veloso	8,4	2,0	Razoável
CMS Samora Machel	8,0	2,2	Razoável
CMS Parque União	7,3	2,0	Razoável
CMS Helio Smidt	7,2	2,6	Razoável
CMS Nova Holanda	8,2	0,8	Razoável
CMS Vila do João	6,4	2,9	Razoável
CMS Gustavo Capanema	6,8	2,9	Razoável
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>			
Tipo A	7,5	2,4	Razoável
Tipo B	7,8	2,2	Razoável
<b>Função na Unidade</b>			
Médico	7,9	2,1	Razoável
Enfermeiro	8,7	1,9	Razoável
Técnico de Enfermagem	6,9	3,3	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	7,5	2,2	Razoável

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2.9 capacidade limitada; entre 3 e 5.9 capacidade básica; entre 6 e 8.9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 17 - Boxplot da Dimensão III em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

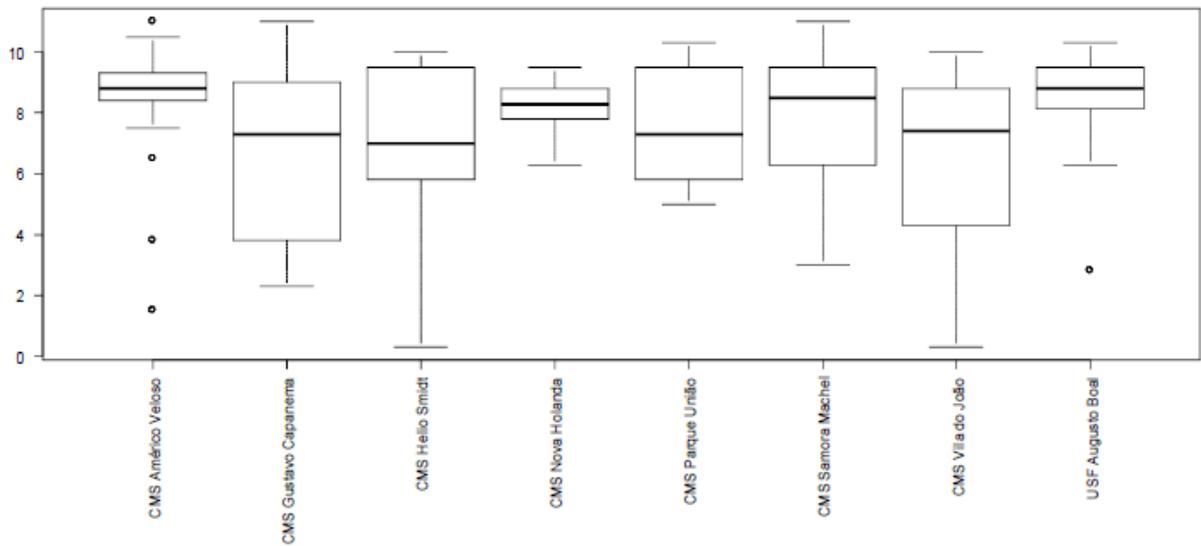
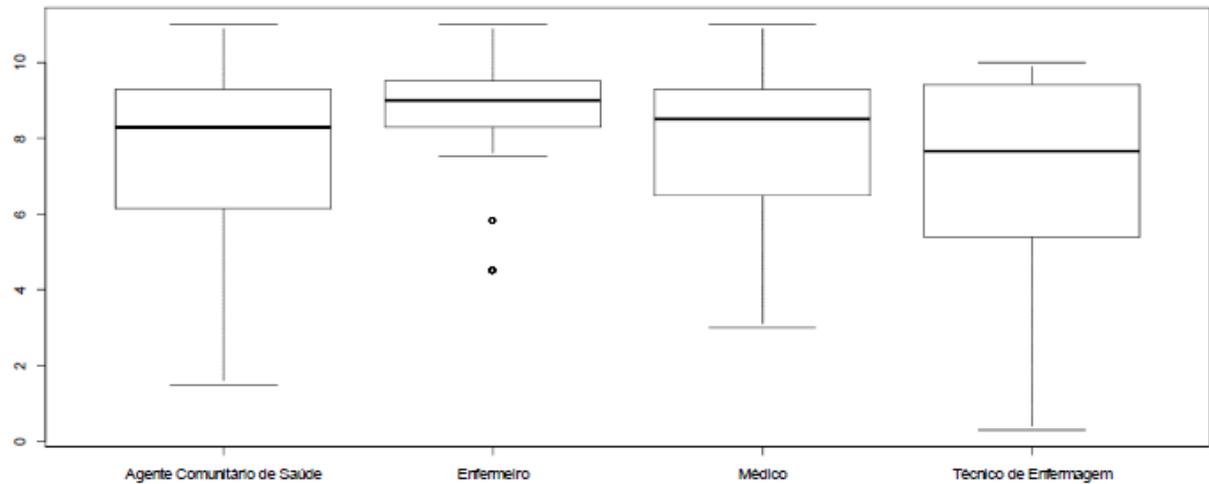


Gráfico 18 – Boxplot do Autocuidado apoiado nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Ocupação Profissional



#### 4.3.4 Dimensão IV- Suporte a decisão

A Dimensão 4. “Suporte a decisão” foi classificado com capacidade institucional de atenção razoável (média: 6,7).

Duas Unidades de Saúde apresentaram classificação básica. As demais Unidades de Saúde foram classificadas com capacidade razoável. Observa-se diferença significativa entre as Unidades de Saúde ( $p\text{-value} = 0.0003527$ ) (Tabela 14 e Gráfico 19).

Com relação aos componentes do suporte a decisão observa-se que: o envolvimento de especialistas em TB, que não fazem parte da equipe, no apoio aos profissionais (média=5,0) e a capacitação dos profissionais para a atenção à tuberculose foram classificadas com capacidade básica (média=5,7).

A capacidade razoável foi observada nos demais componentes, ou seja: o manual de diretrizes para o controle da TB na Unidade de Saúde estão disponíveis, mas limitados aos momentos de capacitação dos profissionais e as informações às pessoas sobre TB são realizadas para grupos vulneráveis à TB (comunicantes, portadores de HIV/AIDS, moradores de rua, etc) por meio de informações escritas e verbais (folders, cartazes, etc) (Tabela 13).

Não houve diferença significativa na classificação do tipo de serviço de Saúde ( $p\text{-value} = 0.67$ ), sendo as Unidades A e B, classificadas com capacidade razoável.

Todos os profissionais classificaram o suporte a decisão com capacidade razoável. Não houve diferença significativa entre os profissionais ( $p\text{-value} = 0.8945$ ), (Tabela 14 e Gráfico 20).

Tabela 14 – Suporte a decisão nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
IV.15 – Manual de diretrizes para o controle da TB na Unidade de Saúde	7,8	2,9	Razoável
IV.16 – Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais da unidade.	5,0	3,1	Básica
IV.17 – Capacitação dos profissionais para a atenção à TB	5,7	3,5	Básica
IV.18 – Informações às pessoas sobre TB	8,1	2,5	Razoável
<b>Unidades de Saúde</b>	<b>6,7</b>	<b>2,2</b>	<b>Razoável</b>
USF Augusto Boal	6,8	1,6	Razoável
CMS Américo Veloso	6,3	1,9	Razoável
CMS Samora Machel	7,6	2,0	Razoável
CMS Parque União	7,3	2,5	Razoável
CMS Helio Smidt	6,8	1,7	Razoável
CMS Nova Holanda	7,8	1,9	Razoável
CMS Vila do João	5,3	2,5	Básica
CMS Gustavo Capanema	5,9	2,3	Básica
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>			
Tipo A	6,6	2,2	Razoável
Tipo B	6,7	2,1	Razoável
<b>Função na Unidade</b>			
Médico	6,5	2,3	Razoável
Enfermeiro	7,0	1,7	Razoável
Técnico de Enfermagem	6,4	2,4	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	6,7	2,2	Razoável

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2.9 capacidade limitada; entre 3 e 5.9 capacidade básica; entre 6 e 8.9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 19 – Boxplot da Dimensão IV em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

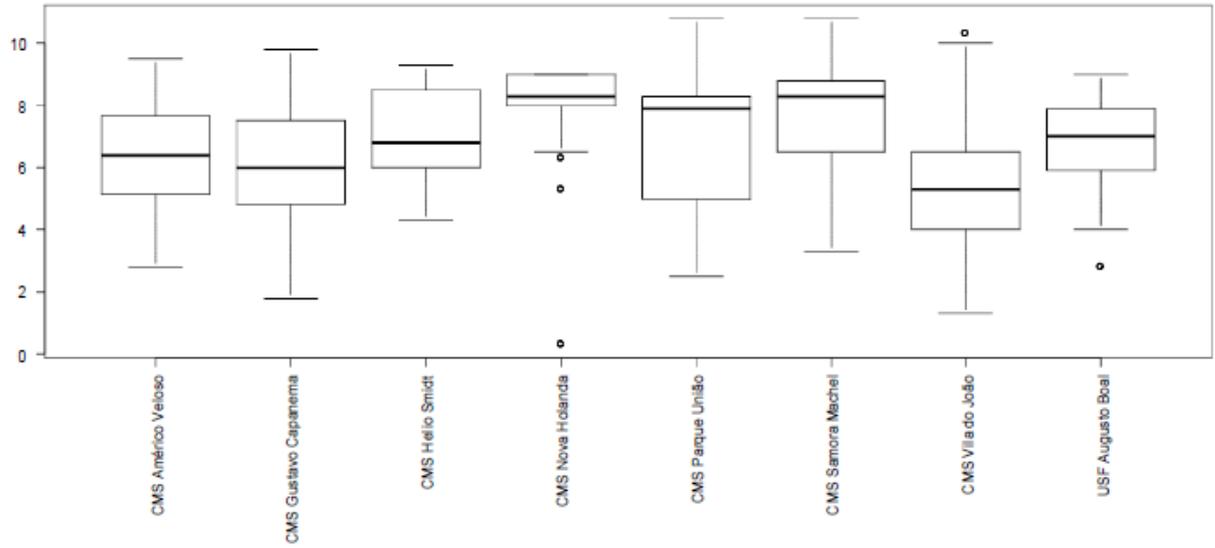
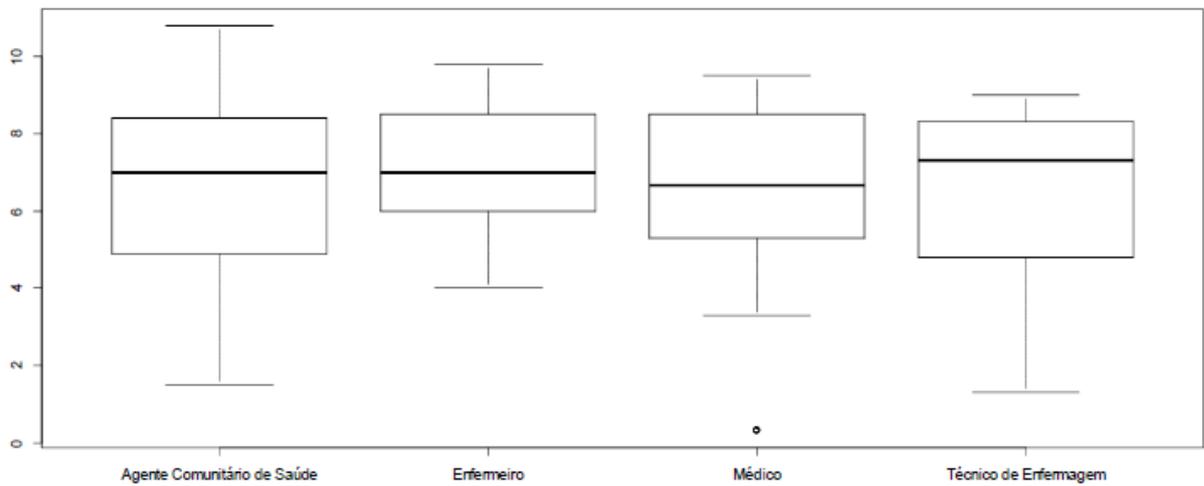


Gráfico 20 - Boxplot do Suporte a decisão nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional



#### 4.3.5 Dimensão V- Desenho do sistema de prestação de serviços

O desenho do sistema de prestação de serviços foi classificado com capacidade razoável (média=7,6). Houve diferença significativa entre as Unidades de Saúde (p-value = 0.01456) (Gráfico 21).

Todos os componentes do desenho do sistema de prestação de serviços das Unidades de Saúde foram classificados com capacidade razoável de atenção ao portador de TB, ou seja: o trabalho em equipe para o controle da TB é assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro (equipe de enfermagem, médico e ACS) e nos problemas que surgem; o Profissional da própria Unidade de Saúde que é referência para o desenvolvimento de ações de Controle da TB existe, mas não atribui responsabilidade para o restante da equipe; Sistema de agendamento para o tratamento da TB está organizado para agendamento de consultas médicas; Monitoramento da situação da TB na comunidade é realizado pela Vigilância Epidemiológica e divulgado para os profissionais que atuam na atenção à TB; a Atenção planejada para controle da TB é utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizam o tratamento da TB e seus comunicantes e; Continuidade (registro da referência e contrarreferência do portador de TB) do cuidado ao portador de TB ocorre por telefone ou em reuniões na unidade de saúde e entre unidades de saúde, de forma verbal, com registro formal (guias e prontuário clínico) e escrito (Tabela 15).

Os tipos de serviços de saúde foram classificados em razoável. Não houve diferença significativa entre os tipos de serviços (p-value = 0.16).

Entre os profissionais a classificação da capacidade de atenção foi razoável. Não houve diferença significativa entre os profissionais (p-value = 0.0326) (Gráfico 22).

Tabela 15 - Desenho do sistema de prestação de serviços nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
V.19 – Trabalho em equipe para o controle da TB	6,8	2,4	Razoável
V.20 – Profissional da própria Unidade que é referência para o desenvolvimento de ações de controle da TB	7,4	3,0	Razoável
V.21 – Sistema de agendamento para o tratamento da TB	7,4	2,3	Razoável
V.22 – Monitoramento à situação da Tb na comunidade	7,9	6,7	Razoável
V.23 – Atenção planejada para o controle da TB	8,1	2,8	Razoável
V.24 – Continuidade do cuidado ao portador de TB	8,2	2,4	Razoável
<b>Unidades de Saúde</b>	<b>7,6</b>	<b>2,2</b>	<b>Razoável</b>
USF Augusto Boal	7,6	1,6	Razoável
CMS Américo Veloso	8,0	1,0	Razoável
CMS Samora Machel	7,8	2,0	Razoável
CMS Parque União	8,5	1,1	Razoável
CMS Helio Smidt	7,7	1,8	Razoável
CMS Nova Holanda	7,9	3,1	Razoável
CMS Vila do João	8,1	2,3	Razoável
CMS Gustavo Capanema	6,6	2,7	Razoável
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>			
Tipo A	7,7	1,9	Razoável
Tipo B	7,5	2,5	Razoável
<b>Função na Unidade</b>			
Médico	7,3	2,3	Razoável
Enfermeiro	8,6	1,5	Razoável
Técnico de Enfermagem	7,8	1,6	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	7,4	2,3	Razoável

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2.9 capacidade limitada; entre 3 e 5.9 capacidade básica; entre 6 e 8.9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 21 - Boxplot da Dimensão V em relação as Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

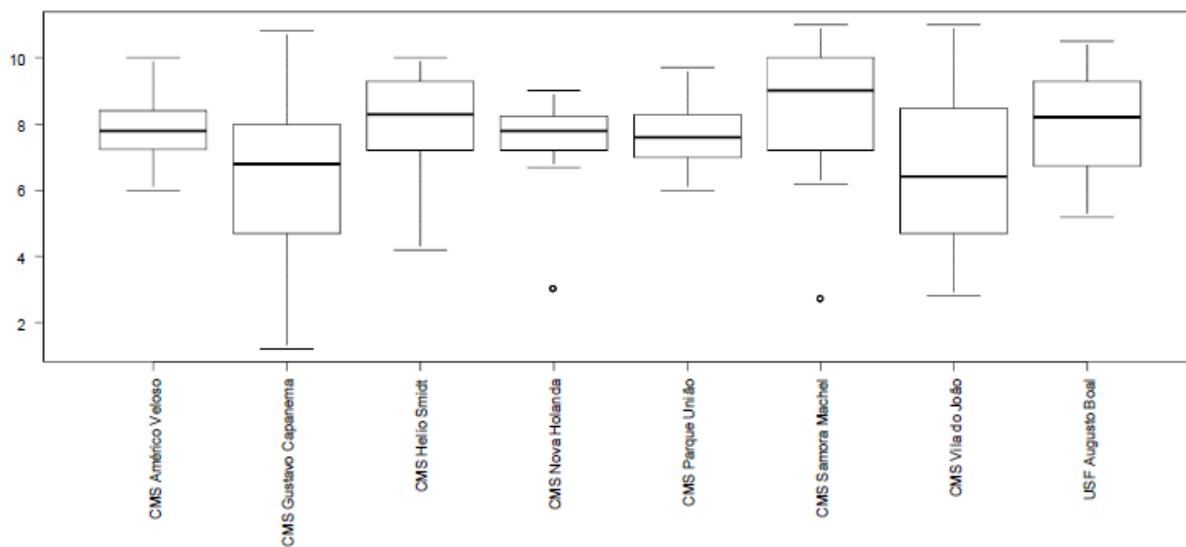
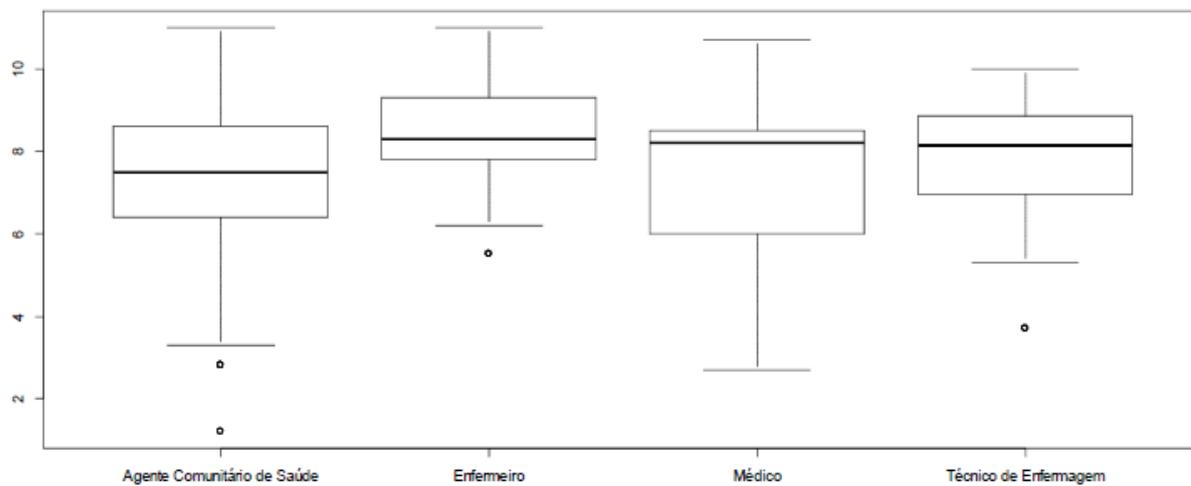


Gráfico 22 - Boxplot do Desenho do sistema de prestação de serviços nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional



#### 4.3.6 Dimensão VI - Sistema de informação clínica

O sistema de informação clínica foi classificado com capacidade razoável (média=6,0), no entanto, quatro Unidades de Saúde avaliadas apresentaram capacidade básica. Houve diferença significativa entre as Unidades de Saúde (p-value = 0.03902) (Tabela 16 e Gráfico 23).

Os componentes da dimensão VI. foram classificados com capacidade razoável, ou seja: o prontuário clínico está disponível, e inclui registros de diagnósticos, terapêutica e agendamento de retorno, registros de tratamento supervisionado ou autoadministrado, solicitação de exames de controle dos contatos; registros de portadores de TB com pelo menos três tipos de formulários preenchidos e incluindo dados de identificação (telefone, endereço), dados clínicos e resultados de exames; recebem avisos e alertas para profissionais emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc e devolvem ações de monitoramento na área de abrangência; o retorno de informações (Vigilância Epidemiológica/Coordenação de PCT) sobre o desempenho da Unidade de Saúde em relação ao controle da TB são divulgados periodicamente e discutidos com a equipe de nível local; as informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito está disponível em outro tipo de serviço e pode ser obtido quando solicitado e; o plano de cuidado para portadores de TB é feito em conjunto pela equipe da Unidade de saúde e o portador de TB, incluindo o registro e monitoramento de ações, incluindo o planejamento do cuidado (Tabela 16).

Observou-se diferença significativa na classificação entre os tipos de serviço de saúde, sendo as Unidades do tipo A, classificadas com capacidade razoável (média = 6,2) e as Unidades do tipo B, classificadas com capacidade de atenção básica (média=5,7). No entanto, não houve diferença significativa entre os tipos de serviço (p –value = 0.06).

Médicos e ACS's atribuíram capacidade básica ao sistema de informação clínica nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré, enquanto Enfermeiros e Técnicos de enfermagem classificaram com capacidade razoável. Não houve diferença significativa entre os profissionais (p-value = 0.08721) (Gráfico 24).

Tabela 16 - Sistema de informação clínica nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
VI.25 – Prontuário clínico	8,0	2,1	Razoável
VI.26 – Registro dos portadores de TB	8,2	2,4	Razoável
VI.27 – Avisos e alertas para profissionais emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc.	6,6	2,9	Razoável
VI.28 – Retorno de informações	6,5	3,1	Razoável
VI.29 – Informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito	7,3	2,8	Razoável
VI.30 – Plano de cuidado para os portadores de TB	7,5	2,5	Razoável
<b>Unidades de Saúde</b>	<b>6,0</b>	<b>1,7</b>	<b>Razoável</b>
USF Augusto Boal	6,6	1,5	Razoável
CMS Américo Veloso	5,6	1,3	Básica
CMS Samora Machel	6,8	1,6	Razoável
CMS Parque União	5,9	1,5	Básica
CMS Helio Smidt	6,1	1,8	Razoável
CMS Nova Holanda	6,2	1,0	Razoável
CMS Vila do João	5,6	1,9	Básica
CMS Gustavo Capanema	5,3	2,2	Básica
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>			
Tipo A	6,2	1,7	Razoável
Tipo B	5,7	1,6	Básica
<b>Função na Unidade</b>			
Médico	5,7	2,0	Básica
Enfermeiro	6,7	1,4	Razoável
Técnico de Enfermagem	6,5	1,0	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	5,8	1,7	Básica

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2.9 capacidade limitada; entre 3 e 5.9 capacidade básica; entre 6 e 8.9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 23 - Boxplot da Dimensão VI em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

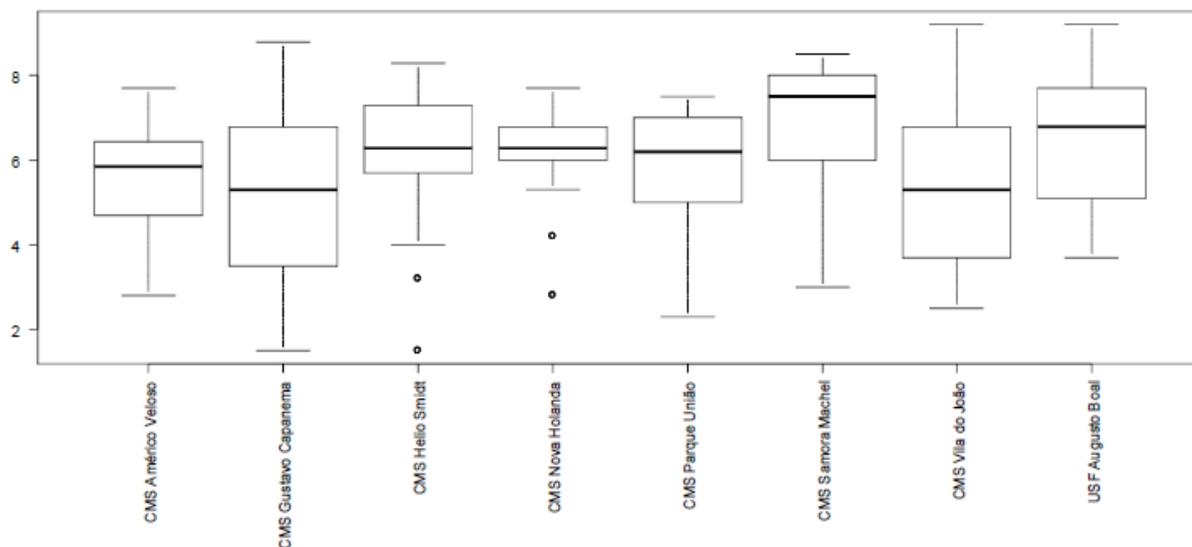
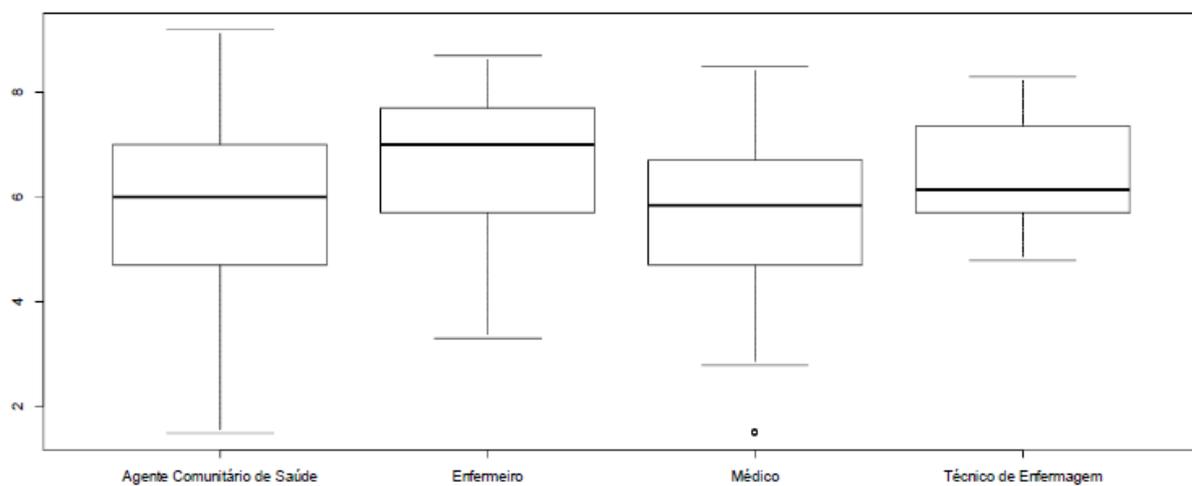


Gráfico 24 - Boxplot do Sistema de informação clínica nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional



#### **4.3.7 Dimensão VII - Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com tuberculose**

A integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, das Unidades de Saúde do Complexo da Maré foram classificadas com capacidade razoável (média=6,7). No entanto, duas Unidades de Saúde foram classificadas com capacidade básica. Evidenciou-se diferença significativa entre as Unidades de Saúde (p-value = 0.003324) (Tabela 17 e Gráfico 25).

Com relação aos itens que compõe a integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, o componente “Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, entre outros)” foi classificado com capacidade básica (média=3,7), ou seja, estabelecem comunicação com as Unidades esporadicamente sobre a situação de saúde dos portadores de tuberculose em suas atividades. Os demais componentes da dimensão VII foram classificados com capacidade razoável, onde infere-se que: a Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado são obtidas através de Orientações gerais sobre medicação e cuidados com a saúde reforçada com o oferecimento de informação escrita (material educativo) elaborada especificamente para cada plano de cuidado; os registros do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde e as ações de enfermagem programadas, com classificação de risco do doente; o Planejamento da atenção à TB na Unidade de Saúde que o doente realiza o tratamento é registrado pela equipe que utiliza dados do sistema de informação com base na identificação de grupos vulneráveis (pessoas susceptíveis a desenvolver a TB); o monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB é realizado e registrado por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na Unidade de saúde que disponibiliza aos membros de equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento e; as recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB são fornecidas a todas as pessoas usuárias verbalmente ou através de folhetos explicativos para ajuda-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde (Tabela 17).

Os tipos de serviços de saúde foram classificados com capacidade de atenção razoável. Não houve diferença significativa entre os tipos de serviços de saúde, sendo ambos classificados com capacidade razoável (p-value = 0.31).

Todos os profissionais atribuíram capacidade de atenção razoável (Gráfico 26). Houve diferença significativa em relação à categoria profissional (p-value = 0.007474).

Tabela 17 - Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por Unidade de Saúde, Tipo de Serviço de Saúde e Função na Unidade de Saúde

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Classificação</b>
VII.31 – Informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado	7,1	2,5	Razoável
VII.32 – Prontuários	7,4	2,6	Razoável
VII.33 – Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc)	3,7	3,3	Básica
VII.34 – Planejamento da atenção à TB na Unidade de Saúde que o doente realiza o tratamento	6,5	2,1	Razoável
VII.35 – Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB.	7,6	2,6	Razoável
VII.36 – Recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB	7,8	2,8	Razoável
<b>Unidades de Saúde</b>	<b>6,7</b>	<b>1,9</b>	<b>Razoável</b>
USF Augusto Boal	7,3	1,4	Razoável
CMS Américo Veloso	6,4	0,9	Razoável
CMS Samora Machel	7,4	1,6	Razoável
CMS Parque União	7,1	1,5	Razoável
CMS Helio Smidt	6,7	1,7	Razoável
CMS Nova Holanda	7,5	1,6	Razoável
CMS Vila do João	5,8	2,6	Básica
CMS Gustavo Capanema	5,7	2,4	Básica
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>			
Tipo A	6,8	2,0	Razoável
Tipo B	6,6	1,8	Razoável
<b>Função na Unidade</b>			
Médico	6,5	2,1	Razoável
Enfermeiro	8,0	1,4	Razoável
Técnico de Enfermagem	6,4	2,1	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	6,5	1,8	Razoável

Nota: Interpretação dos resultados: entre 0 e 2.9 capacidade limitada; entre 3 e 5.9 capacidade básica; entre 6 e 8.9 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima.

Gráfico 25 - Boxplot da Dimensão VII em relação às Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ

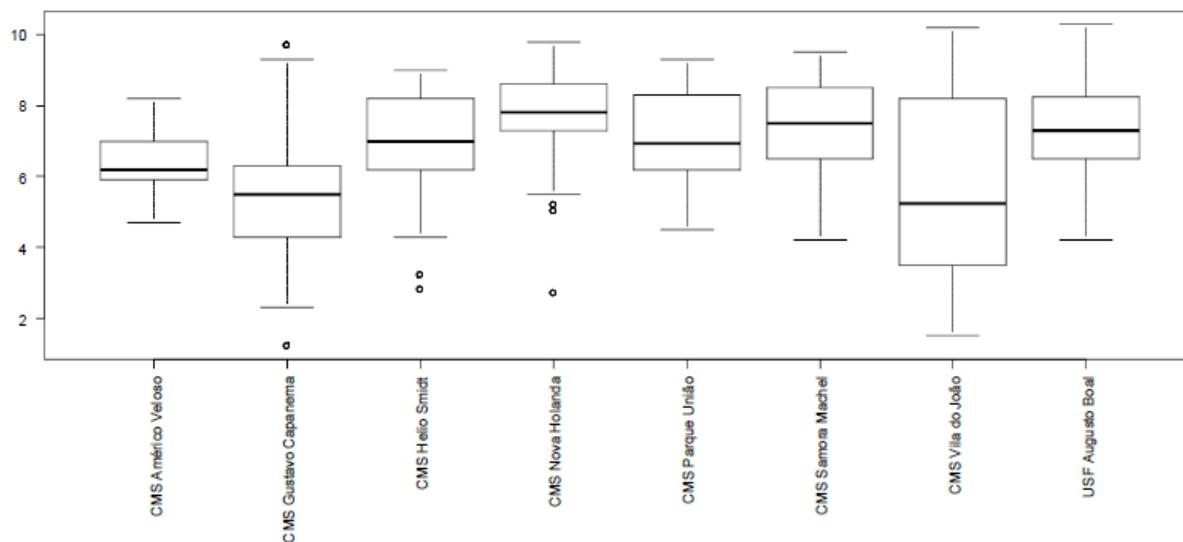
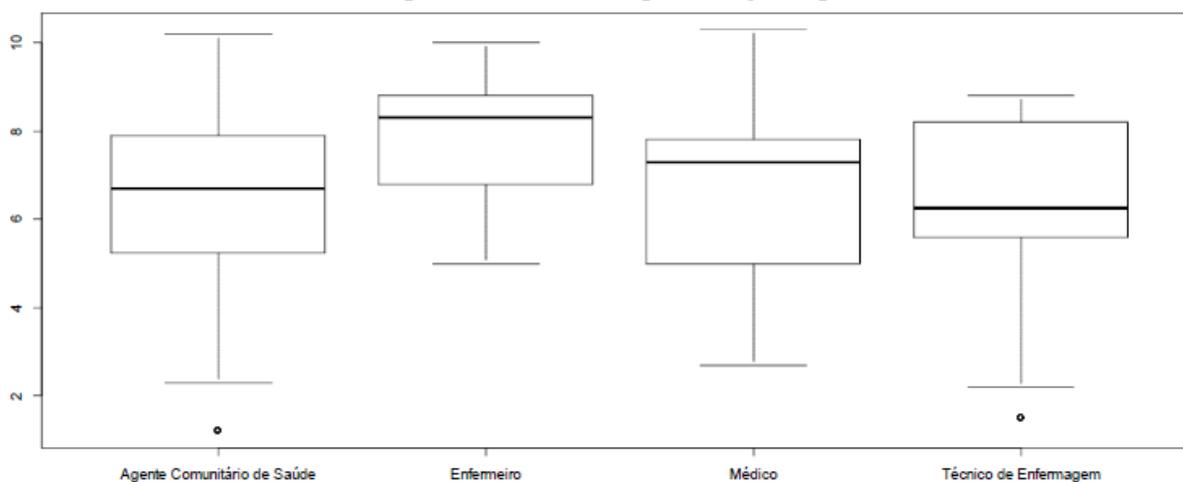


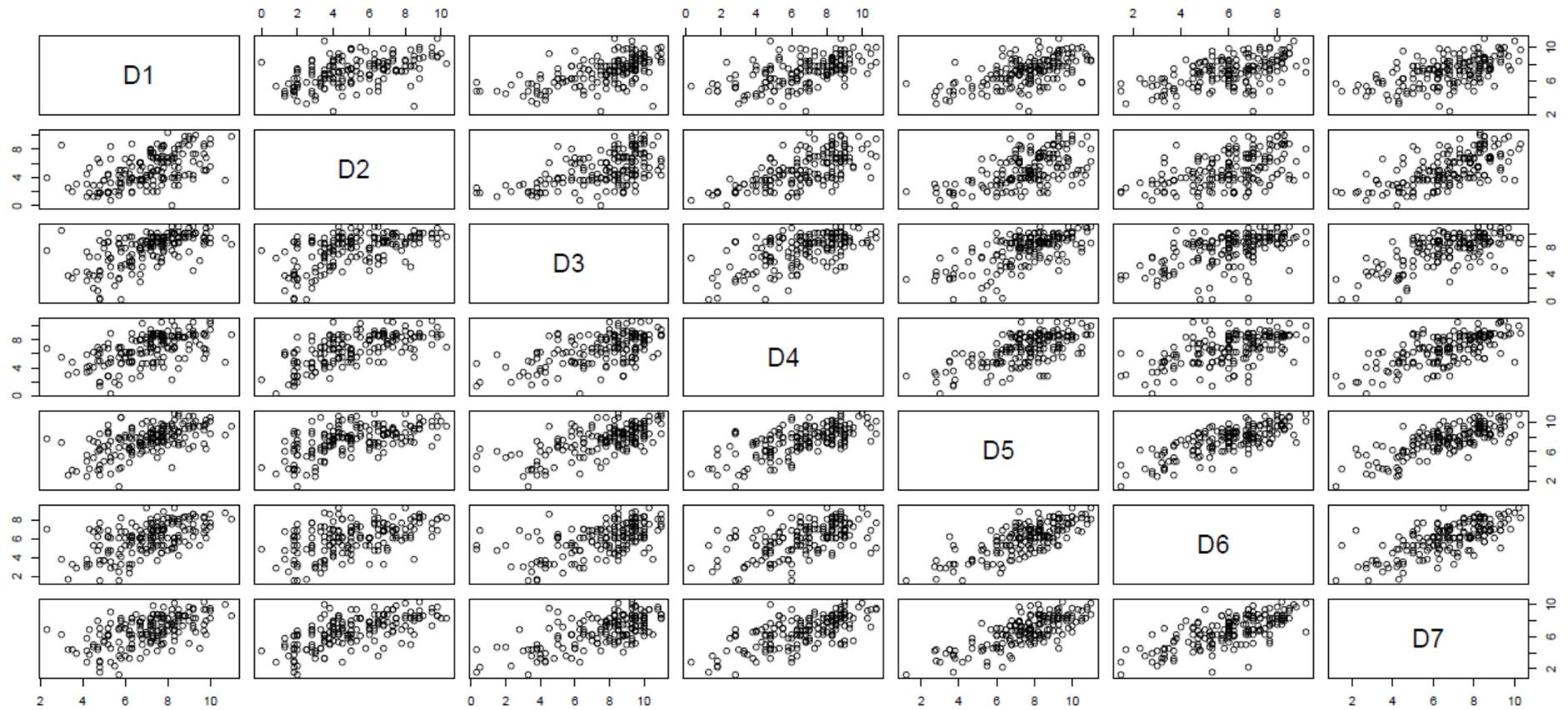
Gráfico 26 – Boxplot da Integração dos componentes do modelo de atenção nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ por categoria profissional



Os Gráficos 27, 28 e 29 são gráficos de dispersão. Estes gráficos buscam representar a forma como duas ou mais variáveis foram organizadas em função da outra. Os gráficos de dispersão são úteis para correlacionar dados (ALVES; PAULISTA, 2015).

O Gráfico 27 demonstra como se comportou as médias pontuadas pelos profissionais em cada uma das sete dimensões. A partir deste gráfico, constatou-se uma “possível correlação positiva” entre as Dimensões IV, V e VI.

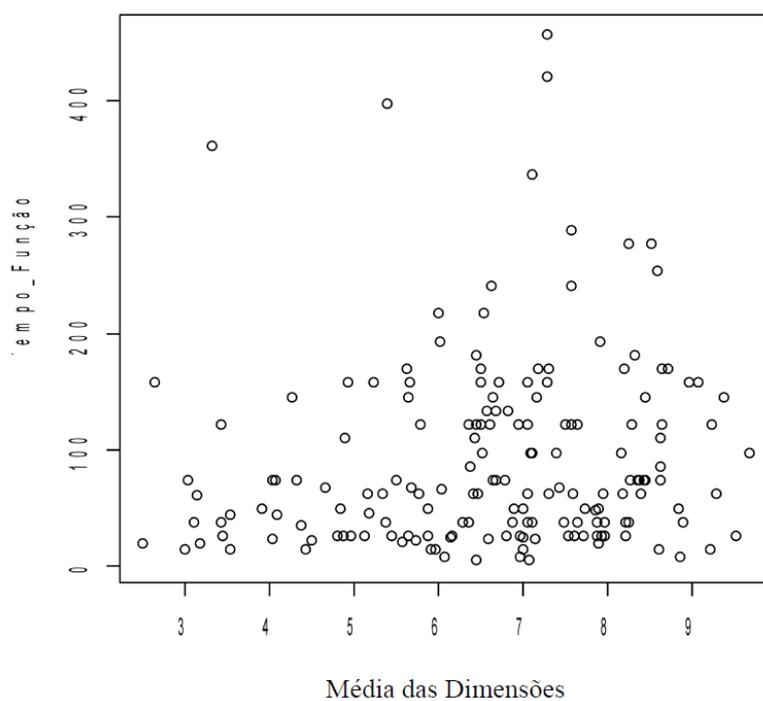
Gráfico 27 – Dispersão das Médias das Dimensões I a VII a partir das avaliações realizadas pelos profissionais das Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ



Procurando melhor compreender as dimensões analisadas, buscou-se identificar se há correlação entre a média das dimensões dos entrevistados em relação as seguintes variáveis: “tempo de exercício da função” e “tempo de permanência dos profissionais”, como demonstrado no gráfico 28 e 29.

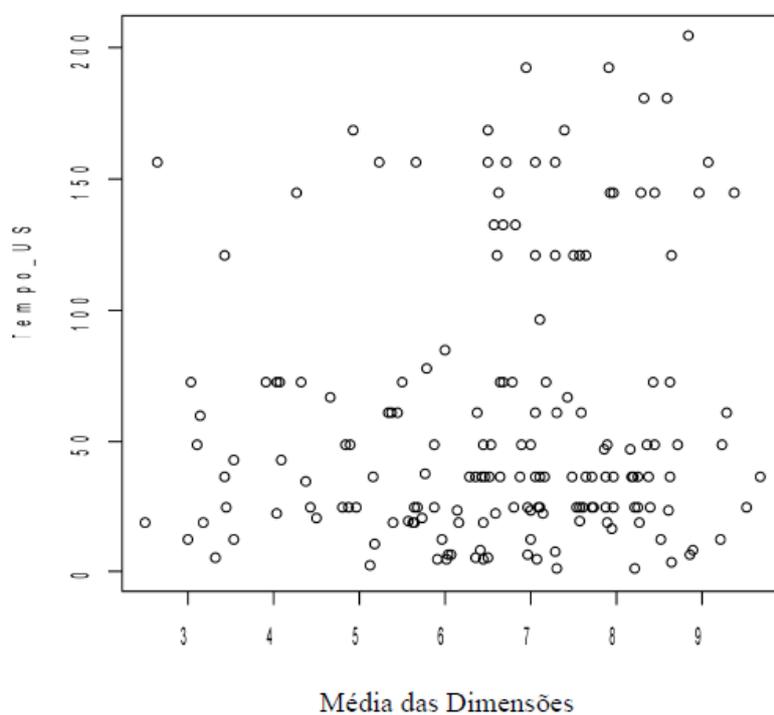
Conclui-se que, não houve relação entre as variáveis: média da dimensão dos profissionais e o “tempo de exercício da função”, conforme Gráfico 28.

Gráfico 28 - Dispersão da média das dimensões por tempo de função nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ



O Gráfico 29 apresenta a análise entre o tempo de permanência dos profissionais nas Unidades de Saúde e as médias dos profissionais. Também nesta análise, não houve relação entre as duas variáveis analisadas.

Gráfico 29 - Dispersão das dimensões por tempo que os profissionais exercem de permanência nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ



## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSSÃO**

## 5.1 CAPACIDADE INSTITUCIONAL LOCAL EM DESENVOLVER O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS AO PORTADOR DE TUBERCULOSE: PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE

Conforme descrito, estudos que utilizaram como instrumento de pesquisa o “*Assessment of Chronic Illness Care*” (ACIC) descrevem a presença de seis elementos nos sistemas de saúde que visam otimizar o cuidado a pacientes com a doença crônica, são eles: Organização da atenção, apoio à decisão, autocuidado apoiado, desenho do sistema de prestação de serviços e Sistemas de informação clínica. Para o desenvolvimento de cuidados em saúde a pacientes com condição crônica (caso da tuberculose) tem-se como premissa básica um modelo de atenção à saúde onde: os elementos descritos acima devam estar presentes, presença de equipes pró-ativas, pacientes envolvidos nos cuidados e equipes de saúde atuando com responsabilidade compartilhada (NOEL et al., 2014).

Destaca-se que, as pesquisas utilizadas para a presente discussão utilizaram o *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) para avaliar a atenção ao portador com diferentes condições crônicas, no entanto, apenas no Brasil o instrumento foi validado para atenção ao portador da tuberculose. No entanto, na busca de elementos que pudessem embasar a presente discussão, utilizou-se os diferentes estudos captados a partir de revisão e a utilização do ACIC fundamentado na ideia inicial de capacidade de atenção dos serviços acerca dos modelos de atenção a condição crônica.

O presente estudo procurou inicialmente dimensionar em que medida a baixa permanência dos profissionais nas Unidades de Saúde podem afetar a capacidade de atenção ao portador de tuberculose em nível local? A relevância desta discussão para a política de saúde do país está relacionada ao contexto de que, a expansão da Estratégia Saúde da Família deve estar atrelada à profissionais capacitados e que permaneçam maior tempo nos serviços de saúde, corroborando com o princípio de longitudinalidade.

Embora a pesquisa não tenha por objetivo os motivos relacionados à baixa permanência dos profissionais, o que seria possível com a associação de análise qualitativa de cada relato dos profissionais, a baixa permanência de profissionais graduados nos serviços de saúde foi verificada em estudos anteriores com base em revisão.

No estudo foi observado que os profissionais graduados permanecem menos tempo nas Unidades de Saúde comparativamente aos não graduados. A evidência científica aponta para uma grave crise de situação de trabalho dos profissionais atuantes no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dentre os principais fatores de rotatividade apontadas nos diferentes estudos, destaca-se: a precarização do vínculo de trabalho, questão salarial, a fragmentação da formação de profissionais, o estilo de gestão autoritário e más condições de trabalho. Este dado condiciona para a desmotivação, “desresponsabilização” na execução das atividades – por exemplo, não-cumprimento da carga horária – e abandono do trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008; COTTA et al., 2006; MEDEIROS et al., 2010).

Esse achado parece reforçar a ideia de que dispositivos organizacionais dos cuidados primários em saúde carecem de estratégias de captação e permanência destes profissionais nos serviços de saúde. Não obstante, os portadores de tuberculose carecem de profissionais qualificados no sentido de busca ativa, diagnóstico, tratamento e adesão. Entretanto, os comunicantes dos portadores da doença certamente também deverão ser assistidos. Este fato coloca o tratamento da tuberculose numa relação de permanência na Unidade e qualificação destes profissionais nos cuidados prestados aos portadores da doença e familiares.

Pesquisa que abordou o conhecimento de acadêmicos de medicina numa instituição americana ressaltou a necessidade de direcionamento do conhecimento para o modelo primário de atenção (WAGNER, 2010). Em pesquisa realizada na cidade de Brasília, o discurso de muitos profissionais e gestores que atuam na ESF seguem o modelo hospitalocêntrico. Os resultados apontam a falta de profissionais que detenham conhecimento sobre a atenção primária (SOUSA et al., 2013).

A capacitação dos profissionais mostra-se de grande relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações do cotidiano dos serviços de saúde, principalmente o trabalho em equipe e o contato com o usuário. Quando se está num Estado com uma população que cresce cada vez mais e possui elevadas taxas incidência da tuberculose, os caminhos relativos às medidas de controle da doença estão na qualificação dos futuros profissionais e uma reorientação para o modelo da atenção básica.

A equipe de pesquisa se deparou com um fato relevante, apesar de constar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a composição completa das

equipes da ESF, em duas Unidades de Saúde havia uma disponibilidade de médicos em relação aos dias e horários da semana para atendimento dos casos de tuberculose. Em uma Unidade de Saúde, o déficit de profissional (Agente Comunitário de Saúde) acarretava em remanejamento interno, no intuito de, suprir a microárea afetada. Observou-se que o remanejamento ocorria, desde que, não houvesse interferência na continuidade do tratamento na Equipe de origem deste profissional.

Constata-se que a baixa permanência dos profissionais acarreta em sobrecarga de trabalho, fato este observado nas Unidades de Saúde, e rompimento da formação de vínculos sólidos e permanentes, dificultando na percepção de necessidades, não ligadas diretamente a doença. Mesmo diante do acréscimo de equipes ao longo dos anos na cidade do Rio de Janeiro, ainda é um desafio superar o déficit de equipes a fim de atingir níveis de saúde que possibilitem trabalhar ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos em sua totalidade (CONCEIÇÃO; ANDRADE, 2011).

O Complexo da Maré está entre as favelas bairro mais populosa da cidade do Rio de Janeiro com cerca de 130 mil habitantes (RIO DE JANEIRO, 2015). A área tem uma das piores rendas per capita da cidade do Rio de Janeiro e baixos indicadores de desenvolvimento humano. Atrelado a este último indicador, elementos como violência, determinantes e condicionantes em saúde e a ausência “planejada” do poder público sob muitas configurações exigem uma “formação” do profissional que vão além da formação acadêmica.

A ausência do poder público em questões de segurança pública e a presença de três facções criminosas na Maré acarretou numa “divisão” da região fora da esfera do Estado. Cada uma das sub-regiões são “gerenciadas” por um grupo de narcotraficantes diferentes. A equipe de pesquisa se deparou com constantes tiroteios na região, o que levam também, a supressão de serviços essenciais como energia elétrica. Ressalta-se que, por vezes, a equipe de pesquisa e profissionais que não moravam na comunidade, eram impedidos de entrar na Maré ou, ambos eram impedidos de saírem das Unidades de Saúde, em virtude de tiroteios entre facções criminosas e policiais.

Essa situação foi também ilustrada em estudo realizado na área de Planejamento 1.0, região que envolvem bairros centrais da cidade do Rio de Janeiro, os autores concluíram que a dimensão violência nas comunidades, dificultam o tratamento da Tuberculose, uma vez que, impede a entrada e saída dos visitantes domiciliares. Os

resultados demonstram também que para realizar o Tratamento Diretamente Observado nas comunidades carentes, a equipe de saúde utiliza estratégias de pactuação com os líderes do tráfico, policiais e pacientes objetivando garantir a supervisão do tratamento da Tuberculose (SOUZA et al., 2007).

Projetos têm sido realizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no sentido de garantir a implantação de infraestrutura básica, equipamentos públicos e níveis de acessibilidade satisfatórios para as chamadas favelas urbanizadas - que, segundo definições da Secretaria Municipal de Habitação, é aquela que tenha sido objeto de programas de urbanização integrada, tais como Favela-Bairro (caso da Maré), Bairro Novo, Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e outros similares (RIO DE JANEIRO, 2014b).

Atrelado as mudanças na infraestrutura básica das comunidades carentes, a Estratégia Saúde da Família se constitui como um modelo de atenção à saúde capaz de modificar a dinâmica dos serviços de saúde, estabelecendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. A utilização do modelo da vigilância em saúde, na perspectiva de um território de abrangência, auxilia na efetivação do processo de trabalho das equipes de saúde da família, pois possibilita intervir numa situação de saúde específica a um determinado grupo populacional. Parte-se então do princípio de que expandir as equipes de saúde da família seja sinônimo de expansão das intervenções de saúde (CONCEIÇÃO; ANDRADE, 2011; ROCHA et al., 2013).

No presente estudo, o tempo permanência entre os profissionais graduados (médicos e enfermeiros) foram inferiores aos profissionais não graduados (técnicos de enfermagem e agente comunitários de saúde). A presença de fatores que desestimulam os profissionais a permanecerem atuando na ESF nesta comunidade podem ser inúmeros, no entanto, devido à temporalidade do tratamento da tuberculose, o estudo demonstra a necessidade no desenvolvimento de estratégias de captação e de fixação desses profissionais no ambiente trabalho, apoio por parte dos outros níveis de atenção e principalmente, por parte dos gestores.

Por fim, a constatação do estudo de baixa permanência dos profissionais atrelada ao baixo tempo de exercício da função, apresenta desafios relacionados à qualificação dos profissionais para assumirem as responsabilidades inerentes ao controle da TB em nível local. Questão que emerge ações relacionadas a vínculo e integração da equipe de

saúde e pacientes no controle da doença, e que por fim, representa um dos desafios para a expansão consistente da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro.

As discussões que seguem, buscam analisar, com base nas pontuações das médias pontuadas pelos profissionais, o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado ao portador de tuberculose.

No Complexo da Maré, a capacidade de atenção ao portador da tuberculose foi classificada como razoável (média 6.67). Verificou-se significância estatística em relação às médias das dimensões nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré ( $p$ -value = 0.001183). Esse resultado nos leva a afirmar que o avanço da atenção primária vem provocando mudanças nas diferentes dimensões no modelo de atenção empregado ao portador da tuberculose, no entanto, as mudanças são heterogêneas nos serviços de saúde.

Avanços nos modelos de atenção às condições crônicas são demonstrados em diferentes pesquisas. Estudo antes e depois realizado na cidade de Curitiba, demonstrou que, no início da implantação de um modelo voltado às condições crônicas a média da capacidade de atenção foi de 5.70 (classificação básica), e após um ano, a média foi 7.67 (razoável). As dimensões que apresentaram tendências de melhoria mais importantes foram: articulação com a comunidade, o suporte a decisão e o desenho da prestação de serviços, com foco nas mudanças promovidas no programa da atenção e monitoramento das condições crônicas (SCHWAB et al., 2014).

Significância estatística também foi evidenciado em pesquisa realizado por Bonomi et al. (2002): a amostra foi composta de 108 equipes de oito serviços de saúde nos Estados Unidos. A capacidade de atenção foi classificada como razoável (média 6,41). As médias das dimensões variaram de 4.36 para os sistemas de informação (capacidade básica) a 6,42 para a organização da atenção (capacidade razoável).

Na Suíça, o ACIC apresentou médias que variaram de 2.06 (Sistema de Informação em Saúde) a 6.80 (Organização da Atenção) (STEURER-STEY et al., 2012).

Estudo randomizado realizado na região do sul do Texas dos Estados Unidos a partir da avaliação de profissionais acerca da capacidade de atenção em pacientes com Diabetes, a capacidade de atenção foi classificada como básica, com uma média geral de pontuação da ACIC em todos os locais de prática de 5,67 para 6.33 (PARCHMAN et al., 2013).

A Tabela 18 apresenta a média da capacidade de atenção ao portador da tuberculose nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré em relação aos estudos que também utilizaram o ACIC.

Tabela 18 – Média obtida nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré em relação a estudos que utilizaram o ACIC

<b>País / Região de Estudo (autor, ano)</b>	<b>Média</b>
Complexo da Maré – Rio de Janeiro/Brasil	6.67
Curitiba – Paraná/Brasil (SCHWAB et al., 2014)	7.67
Estados Unidos (BONOMI et al., 2002)	6.41
Texas – Estados Unidos (PARCHMAN et al., 2013)	6.33
Suíça (STEURER-STEY et al., 2012)	5.38

As análises demonstram que a capacidade de atenção ao portador de tuberculose no Complexo da Maré apresentou média maior do que nos países desenvolvidos. Este resultado merece especial atenção, uma vez que, o Brasil está entre os 22 países com alta carga da tuberculose. A comparação da média obtida no estudo leva a inferir que o modelo de atenção empregado na Maré ao portador de tuberculose vem apresentando avanços, no entanto, não se deve esquecer que ações ainda são necessárias no sentido de alcançar a capacidade de atenção ótima.

Diferenças nos valores das médias são explicitados pelo *MacColl Institute*. Os autores descrevem que “mesmo que as equipes não tenham alcançado valores condizentes com seu desempenho esperado, espera-se que sua compreensão sobre atenção integral aumente e com a continuidade do processo, mudanças efetivas poderão ser observadas” (STEURER-STEY et al., 2012, p. 3-4)

Inicialmente é importante compreender a necessidade de priorização das condições de saúde consideradas como “chaves” nas políticas de saúde, áreas de incerteza clínica, áreas com muita variabilidade, condições para as quais existam intervenções efetivas que podem reduzir a mortalidade e a morbidade, condições iatrogênicas e por fim, as necessidades percebidas por diferentes atores sociais da saúde para uma determinada diretriz clínica (MENDES, 2012).

Os resultados apontados pela revisão realizada por Wagner et al. (2001) demonstram que maioria das organizações que buscam implementar um modelo de

atenção à condição crônica tem realizado melhorias mensuráveis na qualidade de seus cuidados. Por fim, os autores ressaltam que “estratégias de melhoria de doenças crônicas de maior sucesso são consistentes com conceitos e componentes identificados no MACC” (WAGNER et al., 2001, p.64).

Autores corroboram que há um aumento das doenças crônicas em todo o mundo e que estes indivíduos com condições crônicas não recebem os cuidados adequados. No caso da tuberculose questões relacionadas à qualidade do atendimento, acesso aos serviços de saúde, principalmente aos subgrupos desfavorecidos da população em geral, são narrados por diferentes pesquisadores. Assim, a classificação razoável da capacidade de atenção ao portador de tuberculose demonstram pontos fortes e fragilidades que devem ser abordadas e trabalhadas nos serviços de saúde.

Buscando aprofundar as discussões acerca do modelo de atenção empregado ao portador de tuberculose, as análises a seguir buscaram aprofundar as discussões referentes às sete dimensões do instrumento ACIC adaptado e validado ao portador de tuberculose.

### **5.1.2 Discutindo as dimensões**

Para avaliar a percepção dos profissionais na capacidade de atenção ao portador de tuberculose na Maré, as discussões que se seguem, buscam uma maior reflexão acerca das dimensões e as variações das médias aplicadas pelos profissionais, para assim, buscar pontos de fragilidades e/ou solidificados presentes no modelo de atenção às condições crônicas ao portador da tuberculose.

As análises identificaram que as médias das Unidades de Saúde variaram entre de 5.74 a 7.49. As observações em campo demonstraram que a Unidade de Saúde que obteve maior pontuação, as ações de registro e supervisão são concentradas numa única Enfermeira responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose, o estudo não pretende minimizar as ações pertinentes ao Enfermeiro, uma vez que, esta categoria conforme protocolo do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose na atenção básica, é apontada como fundamental para a condução das ações de controle da tuberculose (BRASIL, 2011). No entanto, parece razoável discutir que a Unidade com maior média tenha suas ações concentradas num único profissional de forma pontual.

Considerando todos os elementos no modelo de atenção à condição crônica este dado gera um impasse sobre o que é preconizado nos avanços do modelo de atenção às condições crônicas. O reconhecimento desse campo de “tensão” é importante para sinalizar um problema que tende a se agravar. Este fato pode ser constatado na Unidade de Saúde com menor média. A equipe de pesquisa observou sobrecarga de serviço e equipes de ESF incompletas.

A **Dimensão I. “Organização da atenção à Tuberculose”** avaliou se o “manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose podem ser mais efetivos se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença”.

A classificação desta dimensão em razoável demonstra a existência de pontos de fragilidades que necessitam de melhorias e pontos que ainda não estão consolidados. Assim, são necessárias ações que fortaleçam os aspectos abordados para que se obtenha um modelo de atenção com classificação ótima.

Assim, infere-se que em relação à **Organização da atenção à saúde** o interesse do gerente da unidade de saúde quanto às mudanças na atenção à tuberculose existe, e há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB; em relação às metas pactuadas e registradas pela unidade de saúde para o controle da TB na área de abrangência (exemplo: cobertura de tratamento supervisionado, solicitação de exames de baciloscopia de escarro) são acompanhadas e revistas periodicamente; As estratégias como oferta de tratamento supervisionado, flexibilidade de horário do tratamento supervisionado, atividades educativas, prioridade no atendimento, facilidade de agendamento, entre outros, que visem à melhoria da atenção à tuberculose, existem e são efetivas quando surgem problemas; Estratégias relacionadas à facilidade de agendamento para atendimento, retaguarda laboratorial, capacitação dos profissionais na Unidade de Saúde para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB, existem para melhorar a assistência ao portador de TB (promover maior acesso, vínculo e adesão ao tratamento); O gerente da unidade de saúde incentiva esforços para melhoria da atenção à TB e por fim; Os benefícios e incentivos aos portadores de TB (café da manhã, leite, vale transporte, cesta básica, etc.) não são oferecidos.

A organização da atenção é um importante aspecto para a gestão em saúde. Para tanto é essencial identificar as necessidades em saúde, com base nas características da

população em um dado território e, com base nesse levantamento, pensar sobre ações em saúde que se relacione com o indivíduo.

Embora o eixo norteador do estudo esteja relacionado aos princípios da atenção primária e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré, foi observado que as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no controle da Tuberculose são adaptadas à especificidade dos serviços de saúde, diferente das ações conjuntas preconizadas pelo Programa de Controle da Tuberculose. Esse dado pode ser apontado como um ponto de fragilidade.

A relevância desta discussão direciona a pensar em ações que resultem no enfrentamento das condições crônicas. Estas ações exigem mudanças nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações conjuntas a curto, médio e longo prazo. Assim, apesar dos avanços na expansão da Estratégia Saúde da Família, barreiras são presentes no elenco das medidas governamentais, que muitas vezes, possuem ações voltadas à assistência única e exclusivamente curativa, esquecendo que as ações devem incorporar, tanto possibilidades de promoção quanto prevenção (MOYSES, S. T.; SILVEIRA FILHO; MOYSES, S. J., 2012; PINHEIRO, 2006).

Quatro componentes apresentaram médias maiores (ou igual) a oito (8,0) são eles: O interesse do gerente da Unidade de Saúde em relação às mudanças na atenção à TB; Metas pactuadas e registradas pela Unidade de Saúde para o controle da TB na área de abrangência; Estratégias para melhoria da atenção à TB; Participação do gerente da Unidade de Saúde para melhoria da atenção à TB. Com base na média obtida nesta dimensão, infere-se que, na percepção dos profissionais os gerentes podem estar identificando melhorias na atenção à saúde onde ações que reforcem as mudanças sistêmicas podem estar sendo implementadas.

Esse dado gera preocupação, uma vez que os achados referentes a esta dimensão apresentaram limitação, pois apesar de não ter sido objeto da pesquisa questões relacionadas às relações de trabalho, alguns profissionais entrevistados eram terceirizados. Uma das hipóteses pode estar relacionada ao processo de precarização do trabalho que induz “um medo subjetivo” da perda do emprego.

No entanto, um “contraponto” que pode embasar a avaliação feita pelos profissionais, refere-se ao processo assistencial nas Unidades de Saúde da Maré. Este processo é monitorado através de reuniões para cada subsistema da Área de Planejamento 3.1. Estas reuniões ocorrem com cada subsistema no intervalo de cinco

semanas. Nas reuniões participam o gerente da Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) e os responsáveis pelo programa da TB das respectivas Unidades de Saúde (médicos e/ou Enfermeiros). Após cinco semanas, as Unidades devem enviar um retorno com uma matriz de acompanhamento mediante as pactuações que foram realizadas entre a Coordenação de Área e as Unidades de Saúde. A proposta tem como meta o acompanhamento e o encerramento dos casos de TB, realizar educação permanente e apoio logístico as Unidades de Saúde.

Assim, os profissionais que participam das reuniões têm papéis definidos e aparentemente centralizados nas metas pactuadas. Estas ações coordenadas entre profissionais de nível local e o gerente da DAPS parecem estar presentes e podem estar auxiliando de maneira positiva a organização da atenção à saúde nos serviços de saúde da Maré.

Para Mendes (2011), mudanças referentes à “Organização da atenção” objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Isso se faz por meio de: Melhoria do suporte as mudanças propostas em todos os níveis da organização, especialmente com os gestores; Introdução de estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas; Fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde; Provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção à saúde e; Desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e através das organizações.

Um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às condições crônicas deve estar preparado para mudanças na organização e para poder implementá-las por processos de gestão de mudanças (MENDES, 2011).

A **Dimensão II. Articulação com a Comunidade** permitiu avaliar se a “Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da tuberculose”. No estudo, essa dimensão foi classificada com capacidade básica.

Duas pesquisas que utilizaram o ACIC obtiveram resultados semelhantes. Estudo realizado na Suíça a articulação com a comunidade obteve a menor média (3,78) (STEURER-STEY et al., 2010). Em Curitiba/Brasil a articulação com a comunidade obteve média 4,3 (SCHWAB et al., 2014).

Sobre a articulação com a comunidade pode-se inferir que: a articulação com a comunidade é limitada a uma lista dos recursos oferecidos pelas organizações disponíveis, mas não foram implementadas no contexto de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família nas Unidades de Saúde da Maré; as parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB estão sendo consideradas, mas não foram implementadas; o Conselho/ Comissão Local de Saúde (conselho da própria Unidade de Saúde - a exemplo: profissionais e membros da comunidade) que participam das decisões e sugestões para a melhoria da assistência na Unidade de Saúde existe, mas não tem poder de decisão e; o Agente Comunitário de Saúde está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com a Equipe da Unidade, mas não com os recursos da comunidade (ONGs, Pastorais, Igrejas, etc).

A classificação em limitada condiz com a história sócio-política-cultural inerente às comunidades carentes do Rio de Janeiro. O complexo da Maré tem uma população heterogênea, com dificuldades socioeconômicas, vivendo em condições de vulnerabilidade social.

A desarticulação política (fruto de anos de políticas distintas na relação “favelado-Estado”) ocasionou num legado onde a vida social do “favelado” tornou-se cada vez mais distanciado da vida social e política da cidade do Rio de Janeiro. Fato este constatado com a presença de narcotraficantes onde a violência apresenta-se incorporada ao ambiente de trabalho dos profissionais e ao cotidiano dos moradores. Regras são impostas pelos narcotraficantes: horário de abertura e fechamento das Unidades de Saúde em dias de tiroteio e impedimento de circulação dos profissionais, pacientes e familiares.

Estas constatações também foram realizadas em estudo feito na Área Programática 1.0 da cidade do Rio de Janeiro, que teve como eixo a dimensão da violência e as ações de controle à tuberculose. O estudo demonstrou que a presença do tráfico está incorporada ao trabalho dos profissionais influenciando a dinâmica do tratamento do doente com TB (SOUZA et al., 2007).

Nessa perspectiva, um atributo fundamental desta dimensão foi a avaliação do componente “II.10. Agente Comunitário de Saúde” do instrumento aplicado, que obteve a maior média (8.6) entre os 36 componentes do estudo, ou seja, para os profissionais entrevistados o ACS está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com a Equipe da Unidade, mas não com os recursos da comunidade (ONGs,

Pastorais, Igrejas, etc). Para Mendes (2012), a incorporação do ACS constitui um grande diferencial na ESF porque cria possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias, organizações e movimentos sociais do território.

Também se aplica à média do componente II.10, a média do tempo de permanência dos Agentes comunitários de Saúde (60.25 meses) nas Unidades de Saúde. O elevado tempo de permanência e as ações desenvolvidas nos serviços podem ser explicados em pesquisa realizada no município de Vitória/ES. Os autores sugerem a influência do tempo de serviço do ACS sobre a qualidade das ações desenvolvidas por estes profissionais no controle da tuberculose (MACIEL et al., 2010). No entanto, deve ser considerado sobre esta análise, o programa de educação continuada nas rotinas, demandando ações que, idealmente, utilizem diretrizes baseadas em evidência. Isso significa valorizar o momento educacional como parte da carga horária contratada.

Este achado reforça o fato de que, embora os agentes comunitários de saúde constituam parte de uma equipe de saúde, esse fato gera preocupação, afinal para a construção de um modelo de atenção voltado à cronicidade do portador de tuberculose, os demais profissionais devem estar incorporados às atividades ligadas ao tratamento da tuberculose.

A **Dimensão III. Autocuidado Apoiado** diz respeito a sistematização de intervenções educacionais e apoio com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde. Estas ações englobam a elaboração de metas e o acompanhamento periódico de mudança, com foco no reconhecimento de problemas e na elaboração de solução (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Esta dimensão apresentou a maior média (7,6) e foi classificado com capacidade razoável. Assim como a classificação geral desta dimensão, todos os componentes tiveram médias maiores que 7.0, demonstrando que, na concepção dos profissionais estão presentes aprimoramentos nos “Registros relacionados ao apoio dos profissionais na Unidade de Saúde para o portador de TB cuidar da própria saúde”, “Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde”, “Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias” e “Intervenções de mudança de comportamento de portadores de TB”.

Estudos apontam que ações de apoio aos doentes (e famílias) objetivando oferta de melhor cuidado, num processo colaborativo entre pacientes e profissionais, apresentam benefícios a longo prazo (BONOMI et al., 2002; SCHWAB et al., 2014). Sob esta análise, as visitas domiciliares (VD) podem estar associadas ao eixo central no autocuidado. As visitas domiciliares devem ser consideradas prioritárias numa região que apresentou 26.9% de abandono de tratamento no período de janeiro de 2012 a julho de 2013.

A análise se baseia ao fato das visitas domiciliares apresentarem estratégias inerentes ao autocuidado descritos nos cuidados às condições crônicas e presentes na ESF, onde as equipes devem ajudar as pessoas a compreenderem seu papel central em gerenciar sua condição crônica, disponibilidade de tempo na agenda para as atividades de autocuidado, explicar às pessoas o papel de cada profissional da equipe no autocuidado, auxiliar as pessoas a definirem metas de melhoria de sua saúde, apoio na elaboração de plano de ações que aumentem sua confiança no cumprimento dessas metas, comunicação eficaz, preparar um plano de autocuidado por escrito que envolva as metas e por fim, um plano de ação claro as pessoas envolvidas (MENDES, 2011).

No entanto, para que as ações de autocuidado não fiquem apenas no plano teórico, é fundamental que toda equipe da ESF esteja envolvida e que haja um de seus membros liderando esse processo e responsabilizando-se para o aperfeiçoamento da equipe em relação ao autocuidado.

Embora não haja correlação estatística entre o tempo de permanência dos profissionais e a média das dimensões, este é um achado que se torna fundamental (ressalta-se que, este achado carece de aprofundamento acerca de fatores correlacionados à baixa permanência destes profissionais nos serviços de saúde). Partindo do princípio de que, se um profissional esta incorporado há mais tempo nos serviços de saúde infere-se que este profissional está mais bem integrado às atividades ligadas ao tratamento da tuberculose. Nessa perspectiva, este parece ser um atributo importante da atenção primária no que diz respeito nas relações do serviço, equipe, portador da doença e família.

A **Dimensão IV. Suporte a decisão** é referido por diferentes autores como o eixo central nos modelos de atenção a condição crônica. Esta dimensão demonstra desafios relacionados à intersectorialidade e a interdisciplinaridade, conforme estudo realizado no município de Curitiba/Brasil acerca das condições crônicas em saúde

(SCHWAB et al., 2014). A evidência sugere que orientações baseadas em protocolos e acesso ao mesmo, presença de profissionais com experiência (principalmente no atendimento ao modelo das condições crônicas) tem um impacto significativo nas ações e decisões da equipe (SCHMITTDIEL et al., 2007).

A esta dimensão infere-se que: o Manual de diretrizes para o controle da TB na Unidade de Saúde estão disponíveis; no entanto, estas são limitadas aos momentos de capacitação dos profissionais; o Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da Equipe no apoio aos profissionais da Unidade É alcançado por meio da participação de especialistas, porém se limita às solicitações da Unidade de Saúde para o controle da TB; a capacitação dos profissionais para a atenção à TB É realizada sistematicamente com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários, etc) e; a informação às pessoas sobre TB é realizada para grupos vulneráveis à TB (comunicantes, portadores de HIV/AIDS, moradores de rua, etc) por meio de informações escritas e verbais (folder, cartazes, etc).

Duas Unidades de Saúde apresentaram capacidade de atenção básica (CMS Vila do João e CMS Gustavo Capanema). Sobre este resultado, numa das Unidades de Saúde que apresentou classificação básica as observações em campo constataram que existe alternância no interesse do profissional em participar da reunião entre profissional da Unidade e gerente da DAPS.

Este fato é ilustrado por Mendes (2012, p. 373), onde o autor ressalta que, “a equipe deve fazer uma análise das condições presentes na instituição e de enfrentamento da condição de saúde na ESF”. Isso significa, operacionalmente, desenhar os fluxos das pessoas usuárias em busca de cuidados primários, anotando o que é feito e por quais profissionais. Essa análise situacional permite identificar os pontos frágeis que devem ser modificados.

A média classificada por categoria profissional foram muito próximas. A partir deste resultado, infere-se que, os profissionais sentem que as decisões no manejo da tuberculose, são baseadas em diretrizes clínicas incorporadas na prática cotidiana das Unidades de Saúde. No entanto, maior suporte deve ser dado aos ACS's, pois em uma Unidade percebeu-se o desconhecimento de protocolos do programa de controle da TB por estes últimos e o déficit de conhecimento nas ações pertinentes a estes profissionais. Novamente, este dado aponta para a aplicação de estratégias educacionais às equipes de saúde, através de programas de educação permanente.

O **Desenho do sistema de prestação de serviços (Dimensão V)** avaliou “a gestão efetiva da atenção à tuberculose envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas, sendo necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado”. Ressalta-se que, para Mendes (2011, p. 152), “a atuação da equipe de saúde para um bom desempenho do sistema de prestação de serviços, deve se basear nas necessidades das pessoas usuárias e nas metas de autocuidado”. A média e a classificação obtida nesta dimensão foi semelhante ao autocuidado apoiado (7,6).

Com base na média dos componentes avaliados nesta dimensão, foi constatado que: o trabalho em equipe para o controle da TB é assegurado por reuniões regulares das equipes com enfoque nas responsabilidades de cada membro (equipe de enfermagem, médico e ACS) e nos problemas que surgem; o profissional da própria Unidade de Saúde que é referência para o desenvolvimento de ações de controle da tuberculose existe, mas não atribui responsabilidade para o restante da equipe; o sistema de agendamento para o tratamento da TB está organizado com ênfase no agendamento de consultas médicas; o monitoramento da situação da TB na comunidade é realizado pela Vigilância Epidemiológica e divulgado para os profissionais que atuam na atenção à TB; a atenção planejada para controle da TB é utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizam o tratamento da TB e seus comunicantes e; a Continuidade do cuidado ao portador de TB (registro da referência e contrarreferência) demonstra que, a comunicação ocorre por telefone ou em reuniões na unidade de saúde e entre unidades de saúde, de forma verbal, COM registro formal (guias e prontuário clínico) e escrito.

No estudo, foi observado que a organização das ações dos profissionais é realizada da seguinte maneira:

- Médico: são baseadas na realização da consulta, diagnóstico e modificação da terapia prescrita quando o paciente tem reação medicamentosa;

- Enfermeiro: em sua maioria, é o profissional que realiza o acompanhamento e supervisão do tratamento da tuberculose;

- Técnico de Enfermagem: tem ações específicas em cada Unidade de Saúde. Em seis Unidades pesquisadas, o técnico de enfermagem realiza a visita domiciliar, quando necessário. Em uma Unidade de Saúde o técnico de Enfermagem tem por ação, a realização de triagem dos pacientes com suspeita de Tuberculose;

- Agente Comunitário de Saúde: em todas as Unidades de Saúde, observou-se o papel do ACS como fortalecedor do vínculo entre profissional e paciente. Em duas Unidades de Saúde o ACS é o profissional efetivamente responsável pelo Tratamento Diretamente Observado.

Corroborando, Mendes (2011, p. 152) afirma que “para um bom desempenho do desenho da prestação do sistema é necessário definir o papel da equipe multiprofissional nos atendimentos de grupos de pessoas usuárias”. No entanto, o desenho do sistema de prestação de serviço não deve se basear apenas em definições de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde. Para se obter um nível ótimo de atenção deve haver o uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência, provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas, monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde, provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura (MENDES, 2011).

A capacidade de atenção por categorial profissional é um reflexo dos achados referentes á observação em campo. Constata-se que as equipes têm papéis definidos, no entanto, algumas ações estão concentradas num único profissional. Os Enfermeiros aplicaram maiores médias assim, para estes profissionais a implantação e a sustentabilidade de estratégias podem estar sendo desenvolvidas em ações conjuntas no que tange a garantia do cuidado ao portador TB.

A **Dimensão VI. Sistema de informação clínica** buscou avaliar a “Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, sendo este um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais”. Esta dimensão foi classificada como razoável (média 7,60).

Este resultado mostra-se satisfatório em relação a outras pesquisas que também utilizaram o ACIC. Em pesquisa realizada por Bonomi et al. (2002), o sistema de informação clínica obteve média 4,36. Na Holanda, um estudo antes e depois realizado por Steurer-Stey et al. (2010) o sistema de informação clínica variou entre 6,25 e 6,78.

A análise dos componentes desta dimensão demonstram que: o prontuário clínico está disponível, e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de

retorno registros de realização de Tratamento Supervisionado ou autoadministrado, solicitação de exames de controle e vigilância dos contatos; constata-se que em relação ao registro dos portadores de TB (lista de nomes, livro de registro acompanhamento de pessoas com TB- livro verde- sintomáticos respiratórios), pelo menos três tipos de formulários estão preenchidos e incluem dados de identificação (telefone, endereço), dados clínicos e resultados de exames; quanto aos avisos e alertas para profissionais emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, entre outros (identificação de casos novos na área, identificação de grupos vulneráveis, etc) os profissionais recebem e desenvolvem ações de monitoramento dos casos na área de abrangência; o retorno de informações (Vigilância Epidemiológica/ Coordenação de PCT) sobre o desempenho da Unidade de Saúde em relação ao controle da TB são divulgados periodicamente e discutidos com a equipe de nível local; as informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito estão disponíveis em outro tipo de serviço, no entanto, pode ser obtido quando solicitado; o plano de cuidado para os portadores de TB são realizados em conjunto pela equipe da Unidade de saúde e o portador de TB, incluindo o registro e monitoramento de ações, incluindo o planejamento do cuidado.

A análise das médias entre os tipos de Unidades de Saúde apresentou diferença na classificação, sendo as Unidades do tipo A, classificadas com capacidade razoável e as Unidades do tipo B, classificadas com capacidade básica. Esta diferença pode estar associada ao fato das Unidades de Saúde do tipo A terem equipes exclusivas para a ESF, demonstrando que, a principal porta de entrada do sistema de saúde parece estar caminhando para um sistema de informação de qualidade para toda a Rede de Atenção à Saúde.

A maioria das Unidades de Saúde foram classificadas com médias maiores que seis. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que, todas as Unidades de Saúde do Complexo da Maré terem implantado como base de registros uma rede informatizada, possibilitando, assim, a disseminação de dados e divulgação de informações.

Na AP 3.1 o fluxo de dados ocorre da seguinte maneira: As Unidades de Saúde realizam o registro em nível local e posteriormente enviam os dados para a Região Administrativa de Referência (neste caso: Ilha do Governador, Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle e Penha) onde os profissionais da Vigilância em Saúde atuam com a Divisão de Ações e Programas de Saúde. No ano de 2013 foi estabelecido

na região da AP 3.1, a utilização do Sistema Informatizado (PRIME Saúde/Eco Sistemas®) dos registros terapêuticos do paciente com Tuberculose. O Sistema foi implementado nas oito Unidades de Saúde do Complexo da Maré.

Os pedidos dos exames para realização de baciloscopia são inseridos no software Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). O fluxograma de inserção dos exames de baciloscopia são realizados a partir do pedido de exames de escarro que são solicitados na unidade e /ou no domicílio (em unidades que não há um local reservado para coleta). Diariamente o exame é recolhido na unidade de saúde e encaminhado ao laboratório de referência da AP 3.1. O laboratório recebe os pedidos através do sistema, analisam o escarro e o resultado através do GeneXpert. Pelo GAL, o resultado pode ser fornecido em 24 horas do recebimento pelo laboratório, ou até em 72 horas, uma vez que, são os próprios técnicos que digitam o resultado. Na Unidade de Saúde, qualquer profissional pode realizar a consulta do exame.

A partir do exposto constata-se que a organização dos dados dos sistemas de registros vem facilitando o diagnóstico e tratamento do portador de tuberculose tornando-a mais eficiente e efetiva. Embora conte com um sistema informatizado, quatro Unidades de Saúde obtiveram classificação básica. Relacionado a este resultado, infere-se um ponto de fragilidade, uma vez que o sistema de informação clínica não está consolidado, fato este constatado em uma Unidade de Saúde, onde a utilização de papéis ainda era usual.

A utilização periódica e atualização de base de dados informatizadas são condições fundamentais para o acompanhamento da situação epidemiológica, acompanhamento do tratamento e desfecho da doença (cura, abandono, óbito, entre outros), formas clínicas, rápido acesso aos resultados da baciloscopia através do GAL e demais informações fundamentais para a definição de estratégias de intervenção.

Em duas Unidades de Saúde classificadas que foram classificadas como básica, o ACS possui acesso limitado ao sistema. O acesso ao sistema limita-se a dados referentes à data de visita domiciliar, data da consulta a ser realizada na unidade e dados pessoais do portador de TB como nome, data de nascimento e endereço. Nestas Unidades de Saúde, os Enfermeiros e Médicos relataram que a restrição ao acesso integral dos ACS's ao sistema informatizado, está correlacionada à quebra do sigilo das informações de pacientes na comunidade local. Esta observação também pode estar correlacionada a média 5,8 (capacidade de atenção básica) classificada pelos ACS's.

Nesta perspectiva, pode-se reconhecer que há um ponto de observação importante na relação entre acesso ao sistema de informação e a correta utilização do sistema.

Constatou-se que, os profissionais médicos classificaram os sistemas de informação clínica como básica, no entanto, pelo fato destes profissionais apresentarem baixa permanência nas Unidades, pode-se inferir déficit na educação continuada acerca do uso do sistema informatizado aos profissionais recém-admitidos.

No entanto, apesar das fragilidades apontadas a informatização do sistema de informação é um avanço no modelo de atenção empregado nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré.

**A Dimensão VII. Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB** avaliou se o “Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc)” (Mendes, 2012). Esta dimensão obteve média (6,7) e foi classificada como razoável.

Em relação aos componentes desta dimensão, infere-se que: Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado Orientações gerais sobre medicação e cuidados com a saúde reforçada com o oferecimento de informação escrita (material educativo) elaborada especificamente para cada plano de cuidado; em relação aos prontuário, o registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde e as ações de enfermagem programadas, com classificação de risco do doente; os Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc) estabelecem comunicação com as Unidades ESPORADICAMENTE sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades; o planejamento da atenção à TB na Unidade de Saúde que o doente realiza o tratamento É registrado pela equipe que utiliza dados do sistema de informação com base na identificação de grupos vulneráveis (pessoas susceptíveis a desenvolver a TB); o monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB é realizado e registrado por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na Unidade de Saúde que disponibiliza aos membros da equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento; Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB é realizado e

registrado por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na Unidade de Saúde que disponibiliza aos membros da equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento e; as recomendações do Ministério da Saúde para o Controle da TB são fornecidas a todas as pessoas usuárias verbalmente ou através de folhetos explicativos para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde.

Nesta dimensão, duas Unidades de Saúde apresentaram classificação básica, demonstrando que, as ações nas diferentes dimensões destas Unidades de Saúde podem estar fragmentadas. Assim, a atenção principal dos profissionais que lá atuam, pode estar voltada prioritariamente às condições e aos eventos agudos do portador de tuberculose, enquanto nas Unidades com classificação razoável, os sistemas não estão completamente integrados assim, ora os profissionais tendem a atuar sobre as condições agudas ora sobre as crônicas.

Face ao exposto, os sistemas fragmentados de atenção à saúde hegemônicos, se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2011).

Mendes (2011, p. 50) ilustra que “nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, há a vigência de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidades crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia”.

Acerca desta dimensão, refere-se ao Componente VII.33 que avaliou os programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc) - classificada como básica -. Novamente o estudo se depara com questões relacionadas à história sócio-política-cultural das comunidades carentes do Rio de Janeiro. O fato deste dado estar presente, leva a considerar que este componente deve ser avaliado no intuito de fortalecimento e definição de políticas de saúde neste setor.

## 5.2 MODELO DE ATENÇÃO DESENVOLVIDO NAS UNIDADES DE SAÚDE DO COMPLEXO DA MARÉ/RJ AO PORTADOR DA TUBERCULOSE

Apoiado em pesquisas realizadas pela *Maccoll Institute*, estudo realizado por Wagner et al. (2005) demonstrou que o Modelo de Atenção Crônica objetiva mudanças nas práticas em saúde com o intuito de melhorar a assistência ao paciente portador de doença crônica. O cuidado de maneira eficaz ao paciente portador de doença crônica deve ser baseado em decisões clínicas e evidências científicas rigorosas. Posteriormente, os autores descrevem que, o apoio eficaz para o paciente inclui esforços para aumentar a participação do deste último no autocuidado e na definição de metas e planejamento colaborativos de tratamentos. Assim, o modelo de atenção a condição crônica deve ser baseado em evidências e centradas no paciente.

Acerca desta categoria de análise, o estudo apresenta limitação, uma vez que, foram coletadas informações de análise do modelo de atenção apenas sob a percepção dos profissionais. Assim, a utilização de questionário que abordassem a percepção dos usuários, caso do PACIC, será de extrema relevância.

No Brasil, estudos evidenciam efeitos importantes da Atenção Primária em Saúde, especialmente da Estratégia Saúde da Família, às doenças crônicas. Os resultados de análise realizada a partir do PCATool-Brasil no município do Rio de Janeiro apontam, assim como grande parte do Brasil, para uma tripla carga de doenças: afecções agudas (ex: dengue) e condições materno-infantis (mortalidade infantil e materna, sífilis congênita) ainda não resolvidas, presença de doenças crônicas (doenças cardiovasculares, doenças mentais, tuberculose, HIV/AIDS) e de causas externas (violência e acidentes). Os resultados demonstram que, todos esses grupos de morbimortalidade se apresentam principalmente na população vulnerável socioeconomicamente (HARZHEIM; LIMA; HAUSE, 2013).

Em avaliação de estudos que também utilizaram o ACIC, resultado com média próxima ao estudo ocorreu em Unidades de Saúde de Curitiba (média variou entre 6.09 para 6.42). Este achado aponta que, as ações voltadas aos modelos de cuidado às Condições Crônicas, em duas diferentes regiões do Brasil (Rio de Janeiro e Curitiba), podem estar apresentando modelos de atenção semelhantes. No entanto, novos estudos

que utilizem o ACIC poderiam apresentar como esse modelo de atenção vem ocorrendo em diferentes regiões do país.

A Estratégia Saúde da Família se constitui como um modelo de atenção à saúde capaz de modificar a dinâmica dos serviços de saúde, estabelecendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. A utilização do modelo da vigilância em saúde, na perspectiva de um território de abrangência, auxilia na efetivação do processo de trabalho das equipes de saúde da família, pois possibilita intervir numa situação de saúde específica a um determinado grupo populacional. Parte-se então do princípio de que expandir as equipes de saúde da família seja sinônimo de expansão das intervenções de saúde (CONCEIÇÃO; ANDRADE, 2011).

Projetos têm sido realizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no sentido de garantir a implantação de infraestrutura básica, equipamentos públicos e níveis de acessibilidade satisfatórios para as chamadas favelas urbanizadas - que, segundo definições da Secretaria Municipal de Habitação, é aquela que tenha sido objeto de programas de urbanização integrada, tais como Favela-Bairro (caso da Maré), Bairrinho, Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e outros similares (RIO DE JANEIRO, 2012a).

A ESF ainda enfrenta dificuldades para organizar sua prática assistencial e incorporar atribuições para um modelo de atenção que atenda a cronicidade do portador de tuberculose. Considera-se que, a transferência de competências e responsabilidades para a atenção primária exige, além de adequada alocação de recursos, de um suporte gerencial e técnico para que as Unidades de Saúde organizem suas práticas incorporando os princípios e atributos inerentes ao modelo e atenção ao portador de tuberculose de forma planejada e resolutiva.

A estas últimas, agrega-se especial atenção quanto à necessidade de mudanças nos sistemas de atenção, no intuito de, estarem direcionadas a trabalharem as fragilidades apresentadas e desenvolverem um modelo de atenção que seja: integrado, reativo, que atenda às demandas de condições e eventos agudos ao portador de tuberculose, proativo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde das pessoas com tuberculose e seus familiares.

O estudo corrobora com Mendes (2012), pois o processo de solução de fragilidades constitui uma das principais habilidades que as pessoas devem adquirir para conviver com uma condição crônica porque, afinal, ela vive, por um tempo significativo

ou definitivamente, com essa condição de saúde. A pessoa deve estar preparada para solucionar os problemas que surgem cotidianamente em sua vida.

Assim, objetivando descrever o modelo de atenção que vem sendo empregado às pessoas portadoras de tuberculose profissionais, a descrição a seguir, foi realizada com base nas dimensões:

A **Organização da atenção à saúde** descreve que esforços de melhoria da atenção vêm sendo realizados. Apesar da média obtida nesta dimensão (7,1), o modelo de atenção à saúde ao portador de tuberculose vem sendo pactuada em algumas Unidades de Saúde da Maré. Este resultado é fortalecido ao se constatar que as médias aplicadas às dimensões foram maiores ou igual a oito.

No entanto, no modelo de atenção, como ponto de fragilidade, destaca-se que os benefícios e incentivos aos portadores de tuberculose devem ser discutidos. Há necessidade de maior encorajamento das pessoas usuárias para participarem em programas comunitários de forma efetiva, além de parcerias entre as organizações de saúde e as organizações comunitárias no intuito de maior apoio e desenvolvimento de programas que ajudem a atender às necessidades das pessoas usuárias.

A **articulação com a comunidade** foi um importante ponto de fragilidade no modelo de atenção ao portador de tuberculose nas Unidades de Saúde da Maré. Os resultados demonstram que as parcerias com a comunidade nos programas de atenção a tuberculose não estão estabelecidas entre as Organizações de saúde (Unidades de Saúde e Coordenação de Área de Planejamento) e a comunidade.

Um resultado que chama atenção no estudo está relacionado aos componentes que descrevem ações em conjunto com a comunidade e/ou movimentos sociais. Os componentes que avaliaram estas ações apresentaram classificação de limitada a básica, dentre eles: I.6 Benefícios e incentivos aos portadores de TB (café da manhã, leite, vale transporte, cesta básica, etc) (média = 2,4); II.8 Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB (média = 3,3); VII. 33 Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, entre outros (média = 3,7); Articulação da unidade de saúde e dos portadores de TB com as organizações da comunidade (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc) (média = 3,9); e por fim II.9 Conselho/ Comissão Local de Saúde (conselho da própria Unidade de Saúde) - grupo de pessoas (profissionais e membros da comunidade) que participam das decisões e sugestões para a melhoria da assistência na Unidade de Saúde - (média = 4,6). Pelo fato

de algumas Unidades de Saúde estarem geograficamente próximas umas das outras, este resultado pode sinalizar uma percepção dos profissionais na necessidade de mudanças no contexto local. Dessa forma, a busca de parcerias com as organizações poderá “produzir” uma intervenção prolongada, abrangente e profunda entre serviços de saúde e comunidade. A integração dos serviços de saúde é um atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde.

A inserção de mudanças nos sistemas de saúde que visem à implementação de estratégias de pactuação, desenvolvimento de competências, habilidades e a inserção de ações que visem à coparticipação e corresponsabilidade entre profissional, portador de TB e comunidade devem ser pensadas e trabalhadas.

O **Autocuidado apoiado**, assim como o Desenho de Prestação do Sistema apresentaram as maiores médias (7,6). O processo de expansão da ESF ainda é inicial, assim, a classificação como razoável demonstra que a ampliação da participação dos usuários na definição de estratégias vem ocorrendo. Na prática, isso implica que a colaboração estreita entre a equipe de saúde e as pessoas com tuberculose pode estar acontecendo, no entanto, a classificação razoável, nos leva a pensar se este autocuidado acontece conjuntamente entre profissionais, portador de tuberculose e família, na resolução de problemas que aparecem ao longo do tratamento da doença e instituição do plano de cuidados.

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais e as pessoas usuárias, mas o foco principal parece vir sendo desenvolvido no intuito de apoiar as pessoas. No entanto, novamente faz-se necessário trazer a discussão dos altos indicadores de abandono da região – já narrado anteriormente no presente estudo.

O **Suporte à decisão** apresentou médias que variam entre as Unidades de Saúde do Complexo da Maré. Com base na variação das médias, o modelo de atenção ao portador de tuberculose está sendo apoiada ora em diretrizes clínicas consistentes ora em diretrizes clínicas inconsistentes. Essas diretrizes necessitam ser trabalhadas entre os profissionais e devem ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada a estas últimas. Sobre estas, ressalta ser fundamental o envolvimento de especialistas atuando em conjunto com às equipes das Unidades de Saúde no cuidado à portadores de tuberculose de maiores riscos, ou seja,

aqueles que apresentam falências dos esquemas básicos de tratamento, resistência à múltiplas drogas, casos de retratamento após abandono, entre outros.

O **Desenho do sistema de prestação de serviços** obteve média semelhante ao autocuidado apoiado (7,6). Os resultados demonstram que, as ações desenvolvidas ao portador da tuberculose na Maré podem estar direcionando para um modelo de cuidados específicos ao portador da TB - muito presente e narrado nos modelos de atenção à condição crônica. Assim, a atuação das equipes de saúde pode estar sendo relacionada às necessidades das pessoas usuárias.

No entanto, por esta dimensão ser classificada como razoável, as ações nas Unidades de Saúde da Maré e da Coordenação de Área de Planejamento podem não estar perpassando por toda a equipe, assim, sobre esta dimensão, o modelo demonstra fragilidades na identificação de: sintomáticos respiratórios; registro dos portadores de tuberculose na rede laboratorial do sistema informatizado; realização de baciloscopias de escarro para todos os sintomáticos respiratórios e indivíduos com imagem radiológica anormal e; intensificação de exame de comunicantes.

O **Sistema de informação clínica** obteve média 6,0. Este resultado aponta que, a informatização do prontuário clínico, do sistema laboratorial e a utilização do Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG) podem estar representando expressivos avanços no modelo de atenção no sistema de informação clínica no modelo de atenção nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré.

Nas Unidades de Saúde da Maré, assim como na AP 3.1, a prioridade é o uso de prontuários clínicos eletrônicos. No modelo de atenção voltado aos sistemas de informação, mudanças devem ocorrer no sentido de utilização contínua do prontuário clínico eletrônico. Aqui, faz-se necessário recordar que as observações em campo demonstraram que, em algumas Unidades de Saúde, o registro é realizado de forma manual e, em algumas Unidades, os ACS's não possuem acesso integral ao sistema. Acerca desta observação, infere-se que o modelo vem apresentando retrocesso em relação à utilização deste sistema.

Por fim, em relação à **Integração dos Componentes do modelo de atenção as pessoas com tuberculose**, a média obtida nesta dimensão demonstra avanços significativamente associados com qualquer melhoria ou níveis mais elevados de qualidade do atendimento ao portador de tuberculose. Esta dimensão foi classificada como razoável, portanto, infere-se que, algumas dimensões avaliadas estão bem

integradas, a exemplo o Autocuidado apoiado e desenho do sistema de prestação de serviços, no entanto, a dimensão II. Articulação da Comunidade e dimensão VI. Sistema de Informação Clínica merecem ser mais bem articuladas e integradas ao modelo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do instrumento ACIC para a atenção ao portador de tuberculose demonstrou a possibilidade de reflexão sobre o modelo de atenção empregado ao portador de tuberculose na Maré, a partir da percepção das equipes de saúde.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas deve ser pensando como uma resposta a um sistema de saúde construído com base na atenção às condições agudas. A eleição desse modelo, dentre outros motivos, está na sua proposta de uso de recursos comunitários, a fim de melhorar a organização dos serviços de saúde, bem como por preconizar novas tecnologias de abordagem às condições de saúde.

O Programa Saúde Presente marcou o início de uma nova fase para o atendimento a saúde na cidade do Rio de Janeiro. O estudo averiguou esta assertiva utilizando como parâmetro a expansão da Estratégia Saúde da Família ocorrida na cidade do Rio de Janeiro, aqui mais necessariamente no Complexo da Maré, e os resultados presentes a partir desta expansão na capacidade dos serviços na oferta de atenção ao portador da tuberculose. A implementação deste modelo de saúde tem como objetivo focar as ações nos Cuidados Primários de Saúde, trabalhar a prevenção, a promoção da saúde e realizar diagnóstico precoce de doenças, através da implantação das Clínicas da Família.

Após cinco anos de expansão da Estratégia Saúde da Família na comunidade da Maré os resultados parecem ser suficientes para demonstrar que, o modelo de atenção empregado ao portador de tuberculose, apresenta uma mudança de foco em algumas organizações de saúde, principalmente as Unidades classificadas em razoável, retirando a ênfase nas condições agudas para implantar uma atenção que dê conta da atenção às condições crônicas (caso da tuberculose) e agudas.

No entanto, as médias obtidas nas diferentes dimensões foram dispersas. Este resultado demonstra que, alguns componentes presentes no modelo de atenção estão fragmentados. Assim, o estudo apresenta à gestão municipal a necessidade de realizar mudanças contínuas, no intuito de, prover ações que visem melhor apreensão das equipes acerca das fragilidades apontadas nas diferentes dimensões analisadas no estudo. No entanto, essas ações devem ser direcionadas principalmente às Unidades de Saúde que receberam classificação básica. Sobre estas últimas, há necessidade de apoio

assistencial e gerencial com o objetivo de treinar e melhorar substancialmente a capacidade da equipe de saúde na prestação de cuidados ao portador de tuberculose.

A partir da presente avaliação, estratégias organizacionais e mudanças na cultura organizacional, conforme proposto por Mendes (2012), devem ser pensadas, implementadas e avaliadas continuamente pelos atores envolvidos na expansão da ESF.

Fato relevante apresentado no estudo se refere às ações motivadoras que visem à manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a tuberculose. A baixa permanência dos profissionais merece especial atenção dos responsáveis pela formulação de políticas de recursos humanos na comunidade da Maré. Estas ações têm por base a capacitação e permanência dos profissionais nas Unidades de Saúde do Complexo da Maré. Ações contínuas são necessárias objetivando: a identificação de falhas presentes no sistema, detecção das dificuldades de permanência dos profissionais nos territórios, apontamento de correções e aprimoramento de habilidades assistenciais.

Por fim, o estudo apresenta limitações, uma vez que, baseou-se apenas na percepção dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ. Portanto, novas avaliações seriam importantes no sentido de avaliar a progressiva expansão da ESF no Complexo da Maré/RJ a partir da concepção de diferentes populações.

Sobre este último, um aspecto a ser considerado seria uma observação longitudinal para avaliar as mudanças efetivas ao longo da implementação da ESF e os avanços no modelo de atenção em nível local. A tuberculose está diretamente vinculada a determinantes sociais e comportamentais, os quais somente podem ser alterados em períodos mais longos de intervenção. No caso da Maré, ao analisar as respostas dos profissionais, foi possível capturar sinais de efetividade em alguns componentes num complexo sistema que aponta para mudanças na atenção à cronicidade do portador de tuberculose. No entanto, uma análise mais aprofundada de nexos causais, que possa associar o modelo a desfechos terminais em saúde, talvez só se concretize depois de transcorrido um tempo maior.

## REFERENCIAS

ABANI, C. A Generalização das Favelas. In: DAVIS, M. **Planeta favela**. Tradução de Beatriz Medina. São Paulo: Boitempo, 2006. 272p.

ALVES, R. A.; PAULISTA, P. H. Análise de aplicações das sete ferramentas da qualidade: uma abordagem teórica. **Rev. Cient. FEPI**, 2015. Disponível em: <<http://www.fepi.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/136/71>>. Acesso em: 02 out. 2015.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BONOMI, A. E. et al. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. **Health services research**, v. 37, n. 3, p. 791-820, 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.00049/abstract>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, DF, out. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/proesf/>>. Acesso em: 01 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** 4. ed. Brasília, DF, 2007. v. 4, 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, DF, 2011. 168 p.

BURGOS, M. B. Dos Parques Proletários ao Favela-Bairro: as políticas públicas nas favelas do Rio de Janeiro. In: ZALUAR, A.; ALVITO, M. (Org.). **Um século de favela**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 25-60.

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

CARVALHO, A. L. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012.

CASTEL, R. Da indignação à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 21-48.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. **Autocuidado Apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92p.

CHAMPAGNE, F. et al. A Apreciação Normativa. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 77-94.

CONCEIÇÃO, C. S.; ANDRADE, M. Distribuição espacial das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro: implicações sobre o indicador de saúde mortalidade por tuberculose. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 4, n. 1, p. 9-12, 2011.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CRAMM, J. M. et al. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch disease management programs. **Health Qual. Life Outcomes**, London, v. 9, p. 49, 2011.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964 apud MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

DINIZ, E.; BELFORT, M. C.; RIBEIRO, P. **Memória e identidade dos moradores do Morro do Timbau e Parque Proletário da Maré**. Rio de Janeiro: Editora Redes da Maré, 2013, 192 p.

DUDLEY, L.; GARNER, P. Strategies for integrating primary health services in low-and middle-income countries at the point of delivery. **The Cochrane Library**, 2011

EPPING-JORDAN, J. et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. **Qual. Saf. in health care**, London, v. 13, n. 4, p. 299-305, 2004.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, fev./mar. 2007.

FERREIRA, V. et al. DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 40-48, Feb. 2011.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro**: avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/areaponderacao/index.html>>. Acesso em: 02 out. 2015.

KUSMA, S.Z. et al. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. s9-s19, 2012 .

MACCOLL CENTER FOR HEALTH CARE INOVATION. **Chronic care model**. Disponível em: <<http://maccollcenter.org/>>. Acesso em: 02 out. 2015.

MACIEL, E. L. N. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. The international journal of tuberculosis and lung disease. **Int. j. tuberc. lung. dis.**, Paris, v. 14, n. 11, p. 1403, 2010.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2006. p. 41-66.

MEDEIROS, C. R. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2009.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MOYSES, S. T.; SILVEIRA FILHO A. D.; MOYSES, S. J. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS**: a implantação do Modelo de Atenção as Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. 193 p.

NÓBREGA JÚNIOR, E. D.; BELFORT, M. C. RIBEIRO, P. **Memória e identidade dos moradores de Nova Holanda**. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2012.168 p.

NÓBREGA JÚNIOR, E. D.; BELFORT, M. C. RIBEIRO, P. **Memória e identidade dos moradores do Morro do Timbau e Parque Proletário da Maré**. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2013.192 p.

NOËL, P. H. et al. Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross-sectional analysis. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 57, 2014.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Soc. Sci. Med.** New York, v. 57, n. 1, p. 179-188, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, DF, 2003.

PARCHMAN, M. L. et al. A randomized trial of practice facilitation to improve the delivery of chronic illness care in primary care: initial and sustained effects. **Implementar Science**, v. 8, p. 93, 2013.

PINHEIRO, R. As práticas do Cotidiano na relação oferta e demanda de serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2006. p. 67-114.

PINHEIRO, R.S. TORRES, T.Z.G. Análise exploratória de dados. In: MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 227-244.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios**. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/rio-de-janeiro\\_rj#idh](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/rio-de-janeiro_rj#idh)>. Acesso em: 01 nov. 2015.

REDES DA MARÉ. **Guia de ruas da maré**. Observatório de favelas, 2012.

RIO DE JANEIRO. **Favelas na cidade do Rio de Janeiro**: o quadro populacional com base no Censo, 2010.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Armazém de Dados**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/listaconteudo?search-type=clnicasinauguradas>>. Acesso em: 01 mar. 2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Estabelecimentos de Saúde. **Documentação Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <[http://dadosabertos.rio.rj.gov.br/apiSaude/apresentacao/pdf/documentacao\\_EstabelecimentosSaude.pdf](http://dadosabertos.rio.rj.gov.br/apiSaude/apresentacao/pdf/documentacao_EstabelecimentosSaude.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2013.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Portal de dados**. Disponível em: <[www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=90164](http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=90164)>. Acesso em: 01 maio 2014b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Tuberculose**. Disponível em: <[http://subpav.org/painel/painel.php?admi=painel&g=p\\_tb](http://subpav.org/painel/painel.php?admi=painel&g=p_tb)>. Acesso em: 22 mar. 2015.

ROCHA, A. A. et al. Motivação dos profissionais para ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Atenção primária*, v. 16, n. 3, set. 2013.

RUFFINO-NETTO, A. et al. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio Rede-TB, 2006. 210 p.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes do SUS: Marco Legal. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização do SUS. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2013. p. 22-88.

SANTOS, M. L. S. G. et al. A experiência de implantação do DOTS na cidade do Rio de Janeiro. In: RUFFINO-NETTO, A. et al. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio Rede-TB, 2006. p. 181-194.

SCHMITTDIEL, J. et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patient-centered Outcomes for Chronic Conditions. **J. gen. intern. med.**, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 77-80, 2007.

SCHWAB, G. L. et al. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde debate**, v. 38, n. esp., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600307&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600307&lng=en)>. Acesso em: 16 ago. 2015.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização do SUS. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SOUSA, M. D. et al. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013, Belém. **Anais...** Belém: CMFC, 2013. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1256/1246>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

SOUZA, F. B.A. et al. Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 318-322, maio/jun. 2007.

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

STEURER-STEY, C. et al. Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland. **Health and Qual. Life Outcomes**, London, v. 8, p. 122, 2010. 8:122.

TANAKI, O. Y.; TAMAKA, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

THE GLOBAL FUND. Disponível em  
<<http://www.theglobalfund.org/en/tuberculosis/>>. Acesso em: 27 maio 2012.

WAGNER, E. H. Academia, chronic care, and the future of primary care. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 25, Suppl. 4, p. 636-638, 2010.

\_\_\_\_\_. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Eff. clin. pract.**, Philadelphia, v. 1, p. 2-4, 1998. Disponível em:  
<<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

\_\_\_\_\_. The changing face of chronic disease care. In: SCHOENI, P. Q. **Curing the system**: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care; The Institute for Healthcare Improvement, 2002. p. 452-460.

WAGNER, E. H. et al. Finding common ground: patient centeredness and evidence-based chronic illness care. **J.Altern. Complem. Med.**, v. 11, Suppl. 1, p. 2-7-s15, 2005.

\_\_\_\_\_. Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Affairs**, Millwood VA, v. 20, p. 64-78, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report**. Geneva, 2013.

\_\_\_\_\_. **Stop TB partnership**, 2006. Disponível em:  
<[http://www.who.int/tb/strategy/stop\\_tb\\_strategy/en/](http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/)>. Acesso em: 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **The five elements of DOTS**, 2015. Disponível em:  
<<http://www.who.int/tb/dots/en/>>. Acesso em: 26 out. 2015.

ZALUAR, A.; ALVITO, M. **Um século de favela**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. 372 p.

## **APENDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

### **1) AÇÕES DE ENFERMAGEM**

- A) É oferecida consulta de enfermagem?
- B) Como é o processo de supervisão da enfermagem?

### **2) RECURSOS HUMANOS/ EQUIPE QUE ACOMPANHA OS CASOS DE TB NA UNIDADE DE SAÚDE.**

- A) Quem efetivamente atua no programa de TB?
- B) Como cada membro da equipe atua?
- C) Há problemas com falta de profissionais e descontinuidade nas equipes para o seguimento do doente com tuberculose?
- D) Disponibilidade de médicos por dias e horários da semana na unidade de saúde para atendimento dos casos de TB.
- E) Relação da equipe: trabalham individualmente ou se integram (da unidade de saúde)? Quem acompanha o doente de TB? Toda a equipe ou a equipe de referência conhecem os casos (coordenação da assistência dentro da própria equipe X coordenação do trabalho entre serviços de saúde- níveis assistenciais)?

### **3) REGISTROS SOBRE A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS (INÍCIO E TERMINO DO TRATAMENTO)**

- A) O sistema é informatizado? Qual o sistema utilizado?
- B) Todos tem acesso ao sistema?
- C) Todos registram?
- D) Há alguma fonte de registros que tenha sequência, continuidade das ações realizadas e evolução do caso durante o tratamento?
- E) São instrumentos de registros oficiais (fichas registros de tratamento, livro verde/livro de acompanhamento dos casos de TB)? Ou as equipes usam instrumentos ou planilhas criadas pelo próprio serviço?

### **4) SOBRE O TDO**

- A) Qual a frequência que o TDO é realizado para os pacientes acompanhados na unidade de saúde?
- B) Quem realmente acompanha e supervisiona a tomada da medicação?
- C) Quem supervisiona é o mesmo profissional que registra o tratamento?
- D) Quais os instrumentos são priorizados para registros das ações de TDO?
- E) Tais registros são realizados logo após/durante a realização da supervisão ou elege-se um período ou dia da semana para que estes registros sejam realizados?

## APENDICE B - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS

<b>Identificação</b>  <b>QUESTIONÁRIOS PARA PROFISSIONAIS</b>  <b>PROJETO: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil</b>	
<b>Parte A</b> Número do questionário: _____ Responsável pela coleta de dados: _____ Digitador: _____ Local da coleta: _____ Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____	
Município: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____ Data da digitação: ____/____/____	
<b>Parte B</b> Iniciais do entrevistado: _____ Nome da Unidade de Saúde em que trabalha: _____ Tipo de Unidade de Saúde: _____ (Unidade Básica de Saúde- UBS; Unidade de Saúde da Família –USF; Ambulatório de Referência - Programa de Controle da TB); Função que exerce na Unidade de Saúde: _____ (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem, Agente Comunitário de Saúde); Tempo que trabalha na Unidade de Saúde: _____ Tempo que exerce a função: _____	

<b>I - Organização da atenção à Tuberculose:</b> <b>O manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.</b>												
<b>Componentes</b>	<b>Nível D</b>			<b>Nível C</b>			<b>Nível B</b>			<b>Nível A</b>		
1. O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose...	Não existe ou há pouco interesse			Existe, <b>mas não</b> há profissionais e materiais disponíveis para a tratamento da TB			Existe, e há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB			Faz parte do planejamento da unidade a longo prazo, tem materiais e profissionais disponíveis		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
2. Metas pactuadas e registradas pela (ex. cobertura de tratamento supervisionado, solicitação de exames de baciloscopia de escarro) unidade de saúde para o controle da TB na área de abrangência...	Não estão disponíveis para equipe local			Existem, mas não são revistas regularmente			São acompanhadas e revistas periodicamente			São acompanhadas e revistas periodicamente, sendo incorporadas no planejamento da unidade.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
3. Estratégias* para melhoria da atenção à TB... <i>*(oferta de tratamento supervisionado, flexibilidade de horário do tratamento supervisionado, atividades educativas, prioridade no atendimento, facilidade de agendamento, etc)</i>	Não são elaboradas ou apoiadas			Não existem, mas são elaboradas pontualmente, apenas quando surgem os problemas			Existem e são efetivas quando surgem problemas			Existem e são utilizadas para a prevenção de problemas		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
4. Estratégias* para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB... <i>*(facilidade de agendamento para atendimento, retaguarda laboratorial, capacitação dos profissionais na Unidade de Saúde)</i>	Não estão disponíveis para a equipe local			Existem como atividade independente no trabalho da equipe, desarticulada do plano de assistência do portador de TB			Existem para melhorar a assistência ao portador de TB (promover maior acesso, vínculo e adesão ao tratamento)			Existem para motivar os profissionais e melhorar a assistência ao portador de TB.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
5. O gerente da unidade de saúde...	Não incentiva a identificação de portadores de TB na comunidade			Não dá prioridade à melhoria da assistência à TB			Incentiva esforços para melhoria da atenção à TB			Participa visivelmente dos esforços para melhoria da atenção à TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
6. Benefícios e incentivos aos portadores de TB (café da manhã, leite, vale transporte, cesta básica, etc.)	Não são oferecidos			Existem, mas não influenciam na assistência prestada ao portador de TB			Encorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde			São ofertados para promover uma maior atenção aos portadores de TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

**Pontuação total para parte I (soma das pontuações assinaladas) :** \_\_\_\_\_ **Pontuação média para parte I :** \_\_\_\_\_ **dividido por 6=** \_\_\_\_\_

<b>II- Articulação com a comunidade:</b>												
<b>Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da tuberculose</b>												
<b>Componentes</b>	<b>Nível D</b>			<b>Nível C</b>			<b>Nível B</b>			<b>Nível A</b>		
7. Articulação da unidade de saúde e dos portadores de TB com as organizações da comunidade (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc)	Não é realizada			É limitada a uma lista dos recursos oferecidos pelas organizações disponíveis			É realizada por meio de um responsável para assegurar que os portadores de TB e profissionais utilizem os recursos oferecidos			É realizada por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, as organizações da comunidade e os portadores de TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
8. Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB...	Não existem			Estão sendo consideradas, mas não foram implementadas			Estão estruturadas para apoiar o tratamento da TB			São formalmente estabelecidas para dar suporte ao Programa de Controle da TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
9. Conselho/ Comissão Local de Saúde (conselho da própria Unidade de Saúde)  <i>*grupo de pessoas (profissionais e membros da comunidade) que participam das decisões e sugestões para a melhoria da assistência na Unidade de Saúde</i>	Não existe			Existe, mas não tem poder de decisão			Existe e acompanha a programação da unidade de saúde com relação ao controle da TB			Existe e acompanha a programação da Unidade de Saúde em relação ao Controle da TB, avaliando o desempenho das equipes		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
10. Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Não existe na Unidade de Saúde ou não está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB			Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB, mas não se integra com a equipe da Unidade de Saúde			Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com a Equipe da Unidade, mas não com os recursos da comunidade (ONGs, Pastorais, Igrejas, etc)			Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com toda a equipe unidade de saúde e os recursos da comunidade		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

Pontuação total para parte II (soma das pontuações assinaladas): \_\_\_\_\_ Pontuação média para parte II : \_\_\_\_\_ dividido por 4= \_\_\_\_\_

<b>III- Autocuidado apoiado.</b>												
<b>O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas portadoras de TB e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a doença, além de reduzir as complicações e os sintomas.</b>												
<b>Componentes</b>	<b>Nível D</b>			<b>Nível C</b>			<b>Nível B</b>			<b>Nível A</b>		
11. Registros relacionados ao apoio dos profissionais da Unidade de Saúde para o portador de TB cuidar da própria saúde...	Não são realizadas			É realizada, mas não de maneira padronizada.			São realizadas de maneira padronizada			São realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado dos portadores de TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
12. Suporte (exemplo, educação em saúde e estabelecimento de vínculo com profissionais, etc) para que os portadores de TB cuidem da própria saúde...	É limitado à distribuição de informações escritas (panfletos, folders, cartazes)			É disponibilizado por meio de atividades educacionais			É oferecido por profissionais capacitados que fazem parte da equipe, mas não envolve a adesão medicamentosa			É oferecido por profissionais capacitados envolvendo a melhoria das condições clínicas, psicológicas e sociais dos portadores de TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
13. Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias...	Não é realizado			É realizado por meio de encaminhamento para profissionais e serviços especializados			É realizado e solucionado na própria Unidade de Saúde			É parte integrante da atenção à TB com envolvimento de grupos de apoio e profissionais especializados (Psicólogos, assistentes sociais) na própria Unidade de Saúde –		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
14. Intervenções de mudança de comportamento (parar de fumar, beber, usar drogas) de portadores de TB	Não estão disponíveis			Limitam-se à distribuição de informações escritas (panfletos, folders, cartazes)			É realizado por meio de encaminhamento a Centros Especializados			Fazem parte da rotina da atenção à TB e utilizam tecnologias para a mudança de comportamento (entrevista motivacional e grupo operativo)		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

**Pontuação total para parte III (soma das pontuações assinaladas): \_\_\_\_\_ Pontuação média para parte III : \_\_\_\_ dividido por 4= \_\_\_\_\_**

<b>IV- Suporte a decisão</b>												
<b>O manejo efetivo da TB assegura que os profissionais tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consulta com especialistas, educadores de saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado</b>												
<b>Componentes</b>	<b>Nível D</b>			<b>Nível C</b>			<b>Nível B</b>			<b>Nível A</b>		
15. Manual de diretrizes para o controle da TB na Unidade de Saúde...	Não estão disponíveis			Estão disponíveis, mas não são utilizadas na atenção à TB			Estão disponíveis, mas limitadas aos momentos de capacitação dos profissionais			Estão disponíveis, utilizados frequentemente e integrados à prática cotidiana na atenção à TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
16. Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da Equipe no apoio aos profissionais da Unidade...	É feito por meio de referenciamento/ encaminhamento tradicional			É alcançado por meio da participação de especialistas, porém se limita às solicitações da Unidade de Saúde para o controle da TB			É alcançado por meio da participação periódica de especialistas que auxiliam no processo de educação permanente das equipes			É alcançado por meio da participação periódica de especialistas que auxiliam no processo de educação permanente e discutem casos com a equipe		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
17. Capacitação dos profissionais para a atenção à TB...	É realizada esporadicamente			É realizada sistematicamente com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários, etc)			É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade, incluindo PARTE da equipe de profissionais			É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade, incluindo TODA equipe de profissionais		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
18. Informação às pessoas sobre TB...	Não é realizada			É realizada apenas quando os portadores de TB solicitam, por meio de informações escritas (folder, cartazes, etc)			É realizada para grupos vulneráveis à TB (comunicantes, portadores de HIV/AIDS, moradores de rua, etc) por meio de informações escritas e verbais (folder, cartazes, etc)			É realizada para todos os usuários e inclui o papel de cada indivíduo na prevenção e tratamento da TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

**Pontuação total para parte IV (soma das pontuações assinaladas): \_\_\_\_\_ Pontuação média para parte IV : \_\_\_\_\_ dividido por 4 = \_\_\_\_\_**

<b>V- Desenho do sistema de prestação de serviços</b>												
<b>A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção à TB envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado.</b>												
<b>Componentes</b>	<b>Nível D</b>			<b>Nível C</b>			<b>Nível B</b>			<b>Nível A</b>		
19. Trabalho em equipe para o controle da TB...	Não existe			É realizado pelos profissionais de enfermagem e ACS desarticulado do trabalho da equipe multiprofissional			É assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro (equipe de enfermagem, médico e ACS) e nos problemas que surgem.			É assegurado por reuniões regulares de TODOS os membros das equipes (médicos, equipe de enfermagem, ACS e outros), com enfoque nas responsabilidades de cada membro, incluindo educação para o autocuidado e monitoramento dos portadores de TB.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
20. Profissional da própria Unidade de Saúde que é referência para o desenvolvimento de ações de Controle da TB...	Não é reconhecido pela comunidade e nem pela Unidade de Saúde			Não é definido, pois é realizado por toda equipe sem uma sistematização			Existe, mas não atribui responsabilidade para o restante da equipe.			Existe e trabalha de forma articulada com outros membros da equipe para o controle da TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
21. Sistema de agendamento para o tratamento da TB...	Não está organizado			Está organizado apenas para atendimento através de consulta médica em caso de intercorrências (demanda espontânea)			Está organizado para agendamento de consultas médicas			Está organizado de forma informatizada para agendamento de consultas médicas, de enfermagem, facilitando o contato com diferentes profissionais (assistência social, psicólogos, etc)		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
22. Monitoramento da situação da TB na comunidade...	Não é divulgado de forma organizada e regular			É realizado apenas a partir da identificação de caso			É realizado pela Vigilância Epidemiológica e divulgado para os profissionais que atuam na atenção à TB			É realizado pela equipe local que tem acesso ao sistema informatizado e planeja ações para atender as necessidades da área de abrangência		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
23. Atenção planejada para controle da TB...	Não é divulgada de forma organizada e regular			É utilizada ocasionalmente quando surgem casos de TB			É utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizam o tratamento da TB e seus comunicantes			É utilizada regularmente para a maioria dos usuários, incluindo intervenções preventivas e estímulo ao autocuidado por meio de consulta individual ou atenção em grupo		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
24. Continuidade* do cuidado ao portador de TB <i>*registro da referência e contra-referência do portador de TB</i>	Não ocorre de maneira organizada e regular			A comunicação ocorre por telefone ou em reuniões da equipe da unidade de saúde e entre outras unidades de saúde, de forma verbal, SEM registro formal (guia e prontuário clínico) e escrito.			A comunicação ocorre por telefone ou em reuniões na unidade de saúde e entre unidades de saúde, de forma verbal, COM registro formal (guias e prontuário clínico) e escrito.			A comunicação ocorre por telefone ou em reuniões na unidade de saúde e entre unidades de saúde COM registro formal (guias e prontuário clínico), incluindo sistemas de registro informatizados		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

**Pontuação total para parte V (soma das pontuações assinaladas): \_\_\_\_\_ Pontuação média para parte V : \_\_\_\_\_ dividido por 6=\_\_\_\_\_**

VI- Sistemas de informação clínica: Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.												
Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
25. Prontuário clínico	Não fica armazenado na unidade de saúde que faz o acompanhamento do tratamento			Está disponível nesta Unidade de Saúde, e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retorno			Está disponível, e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retorno registros de realização de Tratamento Supervisionado ou autoadministrado, solicitação de exames de controle e vigilância dos contatos			Está disponível em sistema informatizado (prontuário eletrônico), e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retorno registros de realização de Tratamento Supervisionado ou autoadministrado, solicitação de exames de controle, vigilância dos contatos, acompanhamento dos membros da família e registros de outros profissionais (assistência social, psicólogos, etc)		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
26. Registro dos portadores de TB (lista de nomes, livro de registro acompanhamento de pessoas com TB- livro verde-sintomáticos respiratórios)	Apenas um dos formulários de registro está preenchido com dados de identificação nesta Unidade de Saúde			Pelo menos DOIS tipos de formulários estão preenchidos e incluem dados de identificação (telefone, endereço), forma clínica e exames realizados			Pelo menos TRÊS tipos de formulários estão preenchidos e incluem dados de identificação (telefone, endereço), dados clínicos e resultados de exames.			Os registros estão informatizados e incluem dados de identificação (telefone, endereço), dados clínicos, resultados de exames, permite identificar portadores de TB em risco para abandono, emitindo alertas e lembretes aos profissionais		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
27. Avisos e alertas para profissionais emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc (identificação de casos novos na área, identificação de grupos vulneráveis, etc)	Desconhecem e não procuram fontes de informações de sua área de abrangência			Recebem, mas atribuem a responsabilidade pelo monitoramento a outro tipo de serviço de saúde (ambulatórios de referência, hospitais, vigilância epidemiológica)			Recebem e desenvolvem ações de monitoramento dos casos na área de abrangência.			Recebem e tem acesso a sistemas informatizados, desenvolvem o monitoramento e estratégias para atingir os grupos vulneráveis (população em situação de risco)		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
28. Retorno de informações (Vigilância Epidemiológica/ Coordenação de PCT) sobre o desempenho da Unidade de Saúde em relação ao controle da TB...	Não são divulgados regularmente para a Unidade de Saúde			São divulgados anualmente dados sobre o número de casos e exames de baciloscopia de escarro realizados			São divulgados periodicamente e discutidos com a equipe de nível local			Estão disponibilizados integralmente de forma informatizada, permite o acesso da equipe de saúde e a discussão sobre o desempenho da Unidade de Saúde		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
29. Informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito...	Não está disponível de forma sistemática			Está disponível, mas o acesso é limitado à equipe local			Está disponível em outro tipo de serviço, pode ser obtido quando solicitado			Está disponível rotineiramente, através de sistemas informatizados para profissionais a fim de oferecer condições do planejamento do cuidado para a classificação de risco		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
30. Plano de cuidado para os portadores de TB	Inclui a prescrição de medicamentos e pedidos de exames			Inclui a prescrição de medicamentos e pedidos de exames, e orientações gerais de enfermagem			É feito em conjunto pela equipe da Unidade de saúde e o portador de TB, incluindo o registro e monitoramento de ações, incluindo o planejamento do cuidado.			É feito em conjunto pela equipe da Unidade de saúde e o portador de tb, incluindo o registro em sistemas informatizados do monitoramento das ações e vigilância dos contatos.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

Pontuação total para parte VI (soma das pontuações assinaladas): \_\_\_\_\_ Pontuação média para parte VI : \_\_\_\_\_ dividido por 6= \_\_\_\_\_

<b>VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB.</b>												
<b>Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc)</b>												
<b>Componentes</b>	<b>Nível D</b>			<b>Nível C</b>			<b>Nível B</b>			<b>Nível A</b>		
31. Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado...	Orientações gerais realizadas apenas verbalmente			Orientações gerais sobre a tomada de medicação de forma verbal reforçada por informação escrita			Orientações gerais sobre medicação e cuidados com a saúde reforçada com o oferecimento de informação escrita (material educativo) elaborada especificamente para cada plano de cuidado			Orientações gerais sobre medicação e cuidados com a saúde reforçada com o oferecimento de informação escrita (material educativo) elaborada especificamente para cada plano de cuidado, com registros das informações programadas em um sistema informatizado integrando as informações com outros serviços de saúde.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
32. Prontuários	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos			Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde			Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde e as ações de enfermagem programadas, com classificação de risco do doente.			Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde e as ações de enfermagem programadas, com classificação de risco do doente integrando as informações com outros serviços de saúde, de forma informatizada.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
33. Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc)	Não estabelecem comunicação com as Unidades de Saúde			Estabelecem comunicação com as Unidades ESPORADICAMENTE sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades			Estabelecem comunicação com as Unidades REGULARMENTE sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades.			Estabelecem comunicação com as Unidades regularmente sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades, por meio de instrumentos formais e informatizados, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades do portador de TB		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
34. Planejamento da atenção à TB na Unidade de Saúde que o doente realiza o tratamento	Não é registrado pela Unidade de Saúde de forma sistematizada			É registrado pela equipe de enfermagem que acompanha os casos de TB da área da Unidade			É registrado pela equipe que utiliza dados do sistema de informação com base na identificação de grupos vulneráveis (pessoas susceptíveis a desenvolver a TB).			Utiliza dados do sistema informatizado com base na identificação de grupos vulneráveis (pessoas susceptíveis a desenvolver a TB), incluindo incentivos (salarial, premiações, etc) aos profissionais da equipe e à Unidade de Saúde com base no desempenho.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
35. Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB	Não é realizado e nem registrado			É realizado, mas NÃO É registrado			É realizado e registrado por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na Unidade de Saúde que disponibiliza aos membros da equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento.			É realizado e registrado em um sistema <i>informatizado</i> por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na Unidade de Saúde que disponibiliza aos membros da equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento.		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
36. Recomendações do Ministério da Saúde para o Controle da TB	Não são compartilhadas com o portador da TB			São fornecidas aos portadores de TB através de folhetos explicativos que demonstram interesse no autocuidado			São fornecidas a todas as pessoas usuárias verbalmente ou através de folhetos explicativos para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde			São fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde, levando em conta a interação equipe-serviço-usuário		
<b>Pontuação</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

**Pontuação total para parte VII (soma das pontuações assinaladas): \_\_\_\_\_ Pontuação média para parte VII : \_\_\_\_\_ dividido por 6= \_\_\_\_\_**

**Interpretação dos Resultados:**

- Pontuações entre 0 e 2 = capacidade limitada para a atenção aos portadores de TB
- Pontuações entre 3 e 5 = capacidade básica para atenção aos portadores de TB
- Pontuações entre 6 e 8 = razoável capacidade para a atenção aos portadores de TB
- Pontuações 9 a 11 = capacidade ótima para a atenção aos portadores de TB

**OBSERVAÇÕES:**

**APÊNDICE C – MANUAL DO ENTREVISTADOR**

**QUESTIONÁRIOS PARA PROFISSIONAIS**

**Projeto:**

**Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil**

**MANUAL DO  
ENTREVISTADOR  
QUESTIONÁRIO PARA  
PROFISSIONAIS**

**Ribeirão Preto**

**2013**

## CARO(A) ENTREVISTADOR(A),

Essa pesquisa tem o objetivo de analisar *os pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil*. Com os resultados em mãos, espera-se que o estudo contribua com a qualidade dos serviços que prestam ações de controle da TB. Sua participação é fundamental para que esse estudo se realize!

Este manual servirá como orientação a você, entrevistador, para a realização da entrevista com o profissional. Assim, pretende-se entrevistar profissionais/trabalhadores da saúde, das categorias: médico(a), enfermeira(o), auxiliar/técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

Os profissionais/trabalhadores da saúde serão selecionados para a pesquisa de acordo com os seguintes critérios de inclusão: *ser profissional atuante em serviços de saúde e ter prestado assistência, pelo menos uma vez, a portadores de Tuberculose (TB), na unidade de saúde que trabalha atualmente ou em outra que já tenha desenvolvido trabalhos e ações de assistência.*

A pesquisa ocorrerá simultaneamente em diversos municípios do Brasil, sendo eles: *Ribeirão Preto(SP), São José do Rio Preto (SP), Uberaba(MG), Rio de Janeiro(RJ), Foz do Iguaçu(PR), Natal(RN) e João Pessoa(PB).*

### 1. ORIENTAÇÕES GERAIS

- **O correto preenchimento do questionário é fundamental no alcance dos objetivos da pesquisa.** A maneira como esse preenchimento será feito pode levar a erros na digitação e na análise de dados. Por essa razão, recomenda-se que sejam respeitadas as instruções que constam deste manual, **pois é fundamental que seja mantido o rigor metodológico desta pesquisa para não ocorrerem erros na análise e na obtenção dos resultados.**

- O questionário **deve ser preenchido pelo entrevistador** – Ao realizar a entrevista, o entrevistador deverá preencher o questionário segundo aquilo que o entrevistado informa. Não deixar que o entrevistado preencha o questionário. **Não é permitido utilizar o telefone**, nem mesmo para complementar ou corrigir questões de questionários já aplicados.

- Ler integral e pausadamente todas as perguntas, respeitando a ordem em que aparecem no questionário. Caso o entrevistado tenha dificuldade, ajude-o a compreender a pergunta, sem induzi-lo à resposta; Se, mesmo assim, ele não conseguir responder, anote o que o profissional falar no campo **OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR**. Se a dúvida impedir que você tenha clareza sobre qual questão deve ser perguntada na seqüência, leia a próxima questão.

- O entrevistador **não** pode manifestar suas opiniões (risos, olhares de censura, etc.) para não influenciar as respostas.

- Não se deve confiar na memória. **Preencha o questionário no momento da realização da entrevista.**

- **Esclareça dúvidas na hora em que aparecerem, consultando o Manual do Entrevistador ou conversando com o Supervisor.** Isso lhe dará mais segurança para realizar a próxima entrevista.

- Assinale com X o número equivalente à resposta dada pelo doente. **No caso de erro no preenchimento, assinale o número correto, circulando-o após** para sabermos que esta é a resposta certa.

- Todo o questionário deve ser preenchido. **Não deixar nenhuma questão em branco.** O Entrevistador usará caneta esferográfica preta ou azul.

- No final da entrevista, antes de liberar o profissional, faça uma revisão rápida do questionário. Caso tenha alguma questão em branco, pergunte novamente para o entrevistado.

- Todas as informações e observações escritas no questionário devem estar legíveis. Toda observação que o entrevistador fizer deve ser anotada – **dificuldades e facilidades (de acesso, de localização e de compreensão do doente, entre outras) encontradas para realizar a entrevista.**

- Guardar sigilo das informações.

- O entrevistador deve, antes de sair para o trabalho de campo, verificar se está com todo o material necessário à correta aplicação dos questionários: crachá de identificação ou carteira de estudante, jaleco, lista de profissionais a serem entrevistados e as unidades onde trabalham com respectivos endereços; número suficiente de questionários; caneta esferográfica azul ou preta; lápis; borracha; apontador; prancheta, almofada para carimbo; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; cópia da aprovação do Comitê de Ética; cópia da carta de

autorização do secretário da saúde do município e do gerente da unidade de saúde para a realização da pesquisa (caso necessário).

- Evitar por todos os modos criar uma situação de expectativa para o entrevistado quanto à obtenção de qualquer benefício decorrente da realização da pesquisa.

- No momento da entrevista, manter o celular desligado.

- A entrevista deve ser realizada preferencialmente na unidade de saúde. Se possível, solicitar à unidade de saúde uma sala para realização da entrevista. Caso o profissional não aceite, acatar o local de preferência do mesmo. Não realizar a entrevista próximo aos demais profissionais, pois poderá interferir na resposta dos doentes.

- A apresentação do entrevistador deve ser feita da seguinte maneira:

*“Bom dia/Boa tarde! Meu nome é.....estou realizando uma pesquisa promovida por (instituição) sobre a assistência aos portadores de tuberculose. O(A) Sr.(a) aceita participar desta pesquisa?”*

- Se ele aceitar, **ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitar a assinatura ou impressão digital e iniciar a Entrevista.** Atendendo ao protocolo do Comitê de ética em Pesquisa, deverão ser preenchidas **2 vias** do TCLE, uma deverá ser entregue ao profissional e a outra via permanecerá com o entrevistador.

- O entrevistador deverá se referir ao entrevistado de acordo com a preferência do entrevistado (Sr, Sra ou você) e abordar o profissional de forma clara, sempre esclarecendo as dúvidas que por ventura surgirem.

## **2. ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

É importante que os locais de coleta de dados, além do pesquisador responsável, tenha um supervisor de campo ou coleta, a quem os entrevistadores poderão se reportar frente às dúvidas ou problemas que surgirem.

Entende-se também, que há a necessidade dos pesquisadores possuírem consigo, no momento da entrevista, um caderno ou bloco de anotações que servirá como “diário de campo” em que eles são aconselhados a anotar tudo que observarem, situações, recusas, facilidades, dificuldades. Estes relatos serão importantes para a discussão dos resultados da pesquisa.

Sugere-se que os coordenadores locais ou pesquisadores que realizarão a pesquisa, entrem em contato prévio com os responsáveis por cada Unidade de Saúde selecionada para o estudo a fim de checar os profissionais que atuam em tal serviço sobre o desenvolvimento de ações de acompanhamento do portador de TB. Assim, sugere-se também, a elaboração de uma lista com os possíveis profissionais a serem abordados para entrevista para posterior contato de agendamento da mesma. Julga-se necessário que esta lista fique de posse do coordenador / pesquisador local a fim de que esta informação seja usada na descrição do procedimento de coleta de dados nos relatórios da pesquisa.

O questionário é uma proposta de *MacCooll Institute for Health Care Innovation*. Adaptado e validado no Brasil por *Moyses ST; Kusma et al, SZ e Shwab GL*, (2012), para a “*avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas*” e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas usuárias (MOYSES et al, 2012).

Assim, o questionário foi então adaptado para a atenção à TB e é dividido em 07 dimensões, sendo cada uma constituída de questões que são chamadas de componentes, das quais pode-se obter as respostas em 04 níveis (D, C, B, A), sendo D correspondente ao nível mais desfavorável, B e C, intermediários e A ao nível mais favorável. Os níveis são representados por valores que variam de 0 a 11, sendo assim, os **valores mais baixos representam a capacidade de coordenação da assistência para controle da TB menores e os mais altos, capacidades maiores.**

As **Dimensões** foram definidas como:

**I - Organização da atenção à Tuberculose:** O manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.

**II- Articulação com a comunidade:** Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da tuberculose.

**III- Autocuidado apoiado:** O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas portadoras de TB e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a doença, além de reduzir as complicações e os sintomas.

**IV- Suporte a decisão:** O manejo efetivo da TB assegura que os profissionais tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consulta com especialistas, educadores de saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

**V- Desenho do sistema de prestação de serviços:** A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção à TB envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado.

**VI- Sistemas de informação clínica:** Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

**VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB:** Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc).

A seguir, seguem algumas instruções para o preenchimento do questionário:

- **IDENTIFICAÇÃO:**

- vale ressaltar que alguns campos serão preenchidos apenas pelo centro coordenador que será responsável pela digitação do banco de dados (no caso, Ribeirão Preto) e não devem ser perguntadas ao entrevistado, pois servirá apenas para o controle e arquivo posterior dos questionários preenchidos. Os campos estão indicados em vermelho, abaixo;

<b>Identificação</b>	
<p><b>QUESTIONÁRIOS PARA PROFISSIONAIS</b></p> <p><b>PROJETO: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil</b></p>	
<b>Parte A</b>	
Número do questionário: <b>deve ser preenchido pelo supervisor de campo</b>	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: <b>deve ser preenchido por quem for digitar banco de dados</b>	
Data da digitação: ____/____/____	<b>deve ser preenchido por quem for digitar banco de dados</b>
Local da coleta: _____	
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
<b>Parte B</b>	
<p>Iniciais do entrevistado: <b>POR QUESTÕES ÉTICAS, APENAS AS INICIAIS AQUI! → o nome completo do paciente deve ser anotado no diário de campo, juntamente com as iniciais colocadas aqui. EX. José Aparecido da Silva (JAS)</b></p>	
Nome da Unidade de Saúde em que trabalha: _____	
Tipo de Unidade de Saúde: _____ (Unidade Básica de Saúde- UBS; Unidade de Saúde da Família –USF; Ambulatório de Referência - Programa de Controle da TB); <b>se o entrevistador não souber classificar, favor aguardar orientações do supervisor de campo</b>	
Função que exerce na Unidade de Saúde: _____ (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem, Agente Comunitário de Saúde);	
Tempo que trabalha na Unidade de Saúde: _____	
Tempo que exerce a função: _____	

- O **número do questionário** será preenchido posteriormente pelo Supervisor de Campo. O supervisor deverá numerar os questionários de 1 a 100 (ou mais, caso as entrevistas ultrapassem esse número) conforme for recebendo os questionários pelos entrevistadores. Essa numeração será importante para posterior digitação seguindo essa ordem numérica.
- O nome do **digitador** e a **data da digitação** serão preenchidos posteriormente por um digitador de Ribeirão Preto, contratado para digitar os dados.
- O **município**, nome do **responsável pela coleta de dados** (nome do entrevistador), **local da coleta** (considerar se a entrevista foi realizada no domicílio ou no serviço de saúde) e a **data da coleta de dados** devem ser preenchidos durante a aplicação dos questionários, pelo entrevistador.
- O entrevistador deve anotar o **horário de início** e **término** da entrevista. **Não esquecer!!!**

• **Atenção: É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA CONTABILIZAR SE HOVERAM RECUSAS OU NÃO, POIS ISTO TAMBÉM É UM RESULTADO DO PROJETO.**

- quanto ao preenchimento “Tipo de Unidade”, se caso houver dúvidas na classificação, anote o nome completo do serviço de saúde e discuta com o coordenador local em qual classificação tal local se encaixa;
- após o preenchimento desta primeira parte, inicia-se, então, as perguntas relacionadas à cada dimensão (7) , como as citadas acima, fazendo parte destas dimensões, os componentes, distribuídos de D ao A, cada uma corresponde a uma resposta, as questões e a pontuação, distribuída de 0 a 11.

Dimensão		Componentes						
<b>I - Organização da atenção à Tuberculose:</b>								
O manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.								
Componentes	Nível D	Nível C			Nível B		Nível A	
1. O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose...	Não existe ou há pouco interesse	Existe, <b>mas não</b> há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB			Existe, e há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB		Faz parte do planejamento da unidade a longo prazo , tem materiais e profissionais disponíveis	
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3	4	5	6	7	9	10
					8		11	
2. Metas da unidade para o controle da TB na área de abrangência...	Não existem	Existem, mas não são revistas regularmente			São acompanhadas e revistas		São acompanhadas e revistas periodicamente, sendo incorporadas no planejamento da unidade	
<b>Pontuação</b>	0 1 2	3	4	5	6	7	9	10
					8		11	

Questões
Resposta
Pontuação

- entende-se que para cada questão, será possível apenas uma resposta, sendo que é necessário que o pesquisador pontue , de acordo com o entrevistado, o valor numérico para cada resposta, sendo assim, temos o seguinte exemplo:

“Dimensão I- Organização da atenção à TB:

*Questão: O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à TB...*

*Se o entrevistador escolher a resposta: Não existe, há pouco interesse.*

*Ele, então terá que pontuar a resposta, tendo como opções, de 0, 1 ou 2.*

*Se ele escolhesse: Existe, e há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB.*

*Ele, então, terá como opções para pontuar de 6, 7 ou 8. “*

**É IMPORTANTE RESSALTAR AO ENTREVISTADO QUE AS PERGUNTAS REFEREM-SE AO SERVIÇO DE SAÚDE NO QUAL ESTÁ ATUANDO, NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS E ENVOLVIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE NO CONTROLE DA TB.**

Assim, **O ENTREVISTADOR TERÁ QUE CIRCULAR O NÚMERO (VALOR) ATRIBUÍDO À RESPOSTA DADA PELO ENTREVISTADO.**

*Se o entrevistador achar conveniente, poderá fornecer uma cópia do questionário ao entrevistado para que ele acompanhe as questões, respostas e pontuações.*

Ao final de cada dimensão, o entrevistador terá que somar o valor de cada uma e anotá-la no campo indicado para posterior digitação e análise dos resultados:

Assim, por exemplo, na dimensão I (Organização da atenção à TB), após responder todas as questões, soma-se os valores. Se o entrevistado respondeu os valores:

- questão 1= 1
- questão 2= 2
- questão 3= 2
- questão 4= 2
- questão 5= 1
- questão 6= 0

TOTAL será de 8.

Então, o entrevistador preencherá o campo com o total :

A pontuação média corresponderá a soma de todas as questões dividido pelo número de questões. Sendo assim, retomando nosso exemplo:  $(1+2+2+2+1+0)/6 = \text{PONTUAÇÃO MÉDIA DA DIMENSÃO I}$ , no caso = 1,3

<b>Pontuação total para parte I:</b>	<b>8</b>	<b>Pontuação média para parte I :</b>
	<b>1,3</b>	

E assim será para todas as dimensões.

## APENDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA E COMITE DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### (Conforme a Resolução 466/2012, II.2)

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil que tem como objetivo primário: Analisar os pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil. E por objetivos específicos: Analisar a integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde e; Analisar os constituintes do discurso dos profissionais sobre a relação dada entre a perspectiva da continuidade da assistência ao doente de tuberculose e os pontos de estrangulamento na rede de cuidados. Este é um estudo baseado em uma abordagem observacional, utilizando como método pesquisa avaliativa, de delineamento descritivo e abordagem quantitativa. A pesquisa terá duração de três anos, com o término previsto para dezembro de 2015. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos psicológicos, sociais ou econômicos relativos à pesquisa são mínimos, uma vez que, pretendem-se respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes dos sujeitos que serão entrevistados. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em Saúde Coletiva. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. “Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no telefone (21) 3971-1463, ou contactar o pesquisador responsável pelo telefone (21) 73802228. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.” Desde já agradecemos.

---

Maria Catarina Salvador da Motta

Tel: (21) 73802228 E-mail:

E-mail: catarina.hesfa@gmail.com

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

(assinatura)

**Continuação TCLE****CONTATOS:**

- Pesquisador Responsável: Maria Catarina Salvador da Motta / Tel: (21) 73802228 / E-mail:  
E-mail: [catarina.hesfa@gmail.com](mailto:catarina.hesfa@gmail.com)

- Equipe de pesquisa: Danielle Galdino de Paula / Tel: 9.97395-3056 / E-mail:  
danigalpa@hotmail.com

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova Telefone: 3971-1463 site:  
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

## ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil

**Pesquisador:** MARIA CATARINA SALVADOR DA MOTTA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39612814.5.3001.5279

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.043.830

**Data da Relatoria:** 27/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa realizado pela pesquisadora Maria Catarina Salvador da Motta. O projeto tem como título: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil.

Trata-se de um trabalho abrangente, que envolve diversos pesquisadores e instituições. Razão pela qual, foi necessária a apresentação, pela pesquisadora, de todas as informações dos demais participantes; tanto instituições, quanto pesquisadores.

A pesquisa é de porte nacional, mas a pesquisadora Maria Catarina fará seu trabalho baseado em parte dessa grande pesquisa.

Trata-se, portanto, de estudo observacional que resulta da colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Programas de Pós Graduação de diferentes regiões do Brasil. Serão utilizadas fontes de dados primárias e secundárias a fim de identificar como se dá a coordenação da assistência e integração de ações e serviços durante o tratamento da Tuberculose, entendendo assim que informações

Endereço: Rua Everisto de Veiga, 18, Sobredojo

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.043.030

fornecidas pelos profissionais de saúde e os dados registrados em fontes de informação informatizadas ou não, poderão favorecer a compreensão e entendimento acerca dos pontos de estrangulamento e barreiras na prestação da assistência aos portadores da doença.

A pesquisadora esclarece a realização do trabalho, resumidamente, da seguinte forma: "Serão realizadas entrevistas com questionário estruturado a ser aplicado aos profissionais de saúde para identificar os pontos de estrangulamento da atenção, assim como analisar a integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de doença. A população do estudo para aplicação deste questionário será composta de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e terá

como critério de inclusão no estudo, profissionais que tenham acompanhado o tratamento de portador de TB pelo menos uma vez nas unidades de saúde. Será realizada a coleta de dados secundários de portadores de TB que tenham terminado o tratamento no último ano a partir de fontes de registro como, ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado, livro de registros de acompanhamento do paciente com TB (livro verde) e do prontuário clínico, utilizando-se para isso um instrumento estruturado. Para a coleta com os profissionais de saúde elaborou-se um questionário que é uma proposta de MacCool Institute for Health Care Innovation. Adaptado e validado no Brasil por Moyses e colaboradores (2012), para a "avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas" e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas usuárias, sendo este adaptado para a atenção à TB e é dividido em 07 dimensões, sendo cada uma constituída de questões que são chamadas de componentes, cuja a análise permitirá analisar a capacidade institucional para controle da TB nos serviços de saúde."

Por se tratar de um projeto de pesquisa que se baseia no projeto original, ou seja, um trabalho menor e de menor custo financeiro, a pesquisadora esclarece que o financiamento é próprio e anexa os custos a essa apresentação.

**Objetivo da Pesquisa:**

Foram apresentados pela pesquisadora um objetivo primário e dois objetivos secundários, que estão descritos abaixo.

O objetivo primário da pesquisa é:

Endereço: Rua Everisto de Veiga, 18, Sobreloja  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsm@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.043.630

Analisar os pontos de estrangulamento da atenção a tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil.

Já os objetivos secundários são:

Analisar a integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde;

Analisar os constituintes do discurso dos profissionais de saúde sobre a relação dada entre a perspectiva da continuidade da assistência ao doente de TB e os pontos de estrangulamento na rede de cuidados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Com relação aos riscos, a pesquisadora não os apresenta de forma detalhada, como requer a Resolução 466 de 2012. Esclarece, apenas, que os riscos são os mínimos possíveis, já que serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes dos sujeitos que serão entrevistados.

Contudo, a Resolução 466 de 2012 deixa claro que devem ser analisados todos as possibilidades de danos, imediatos ou posteriores, coletivos ou individuais. Inexiste pesquisa do âmbito da saúde que não traga qualquer possibilidade de risco. E, uma trazendo, por menor que seja, esses devem ser especificados no trabalho e, principalmente no TCLE.

Quanto aos benefícios, estão perfeitamente apresentados pela pesquisadora, dessa forma: Entende-se que a realização da presente pesquisa visa fornecer benefícios as várias esferas de coordenação do PCT (federal, estadual e municipal), profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde, uma vez que fornecerá subsídios para a avaliação da prestação da assistência aos portadores de TB em diferentes municípios do Brasil possibilitando assim, a melhoria do processo

Endereço: Rua Evéristo de Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepirme@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.043.830

de trabalho das equipes para adesão do paciente ao tratamento da TB.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa que tem o condão de avaliar os pontos de estrangulamento e atenção da Tuberculose no Brasil, em pontos conhecidos pelo grande número de indivíduos que apresentam a doença. Com base nisso, pode-se perceber a importância de um estudo como esse, que poderá avaliar a esses pontos de estrangulamento para que, então, possa-se trabalhar na prevenção e cura dessas populações.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Com relação aos termos de apresentação obrigatória, a pesquisadora não tem pendências. Todos os documentos obrigatórios, exigidos pela Resolução 466 de 2012 foram corretamente apresentados.

Contudo, restam dois detalhes importantes que devem ser observados pela pesquisadora, para que sua pesquisa esteja completa:

- No TCLE faltam os contatos do orientador (telefone e e-mail) e os contatos do CEP/SMSDC-RJ (telefone e e-mail também). O modelo está no site desse CEP.
- Refaça os riscos previstos para a pesquisa, por menores que sejam, de forma detalhada como exige a Resolução 466 de 2012.

**Recomendações:**

Recomenda-se que a pesquisadora acrescente:

NoTCLE faltam os contatos do orientador (telefone e e-mail) e os contatos do CEP/SMSDC-RJ (telefone e e-mail também). O modelo está no site desse CEP.

E que refaça os riscos previstos para a pesquisa, por menores que sejam, de forma detalhada como exige a Resolução 466 de 2012.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisadora atendeu as primeiras exigências feitas por esse CEP, porém restam ainda:

- NoTCLE faltam os contatos do orientador (telefone e e-mail) e os contatos do CEP/SMSDC-RJ (telefone e e-mail também). O modelo está no site desse CEP.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 18, Sobredojo  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cep@sms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.043.830

- especificar, de forma mais detalhada, os riscos que envolvem essa pesquisa, por menores que sejam.

O que diz a Resolução sobre os riscos:

"Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico."

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.043.020

seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

RIO DE JANEIRO, 30 de Abril de 2015

---

Assinado por:  
Salsela Felipe de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Rua Evandro de Veiga, 18, Sobredoja  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1495 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br