



# Desempenho do programa de controle da tuberculose na estratégia saúde da família

*Performance of the tuberculosis control program in the family health strategy*

*El desempeño del programa de control de tuberculosis en la estrategia de salud familiar*

Rute dos Santos Lafaiete de Barros<sup>1,2</sup>   
Maria Catarina Salvador da Mota<sup>3</sup>   
Angela Maria Mendes Abreu<sup>3</sup>   
Tereza Cristina Scatena Villa<sup>4</sup>

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Doenças do Tórax. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

4. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## AUTOR CORRESPONDENTE:

Rute dos Santos Lafaiete de Barros.  
E-mail: rutelafaiete@gmail.com

Recebido em 19/01/2020.  
Aprovado em 27/04/2020.

DOI:  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0002>

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar o desempenho do Programa de Controle da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo descritivo, realizado no município do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão das unidades foram ser exclusivamente de saúde da família e ter, no mínimo, 01 ano de funcionamento; quanto aos profissionais, ter acompanhado ao menos um paciente com tuberculose. Foi utilizado um formulário estruturado para avaliar o desempenho do Programa. A coleta de dados ocorreu entre março a setembro de 2016. A análise das variáveis foi realizada através da estatística descritiva. **Resultados:** 124 médicos e enfermeiros de 13 unidades foram entrevistados. Das 36 variáveis, quatro se destacaram negativamente: *pouco conhecimento dos profissionais sobre as políticas sociais; baixa participação da sociedade civil; falta de integração com outros setores; dificuldade de comunicação com os especialistas*. **Conclusões e implicações para a prática:** apesar do aumento na cobertura da Estratégia Saúde da Família e descentralização do controle da tuberculose na região, há a necessidade de qualificação dos profissionais, de desenvolvimento de parcerias e de mobilização social, de melhoria na articulação com os especialistas e melhoria do acolhimento para o efetivo controle da tuberculose.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Estratégia Saúde da Família; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to assess the performance of the Tuberculosis Control Program in the Family Health Strategy. **Method:** a descriptive study conducted in the city of Rio de Janeiro. The inclusion criteria of the units were being exclusively family health and having at least 01 year of operation; as for professionals, having followed up at least one patient with tuberculosis. A structured form was used to assess the performance of the Program. Data were collected between March and September 2016. Analysis of the variables was performed through descriptive statistics. **Results:** 124 physicians and nurses from 13 units were interviewed. Of the 36 variables, *little knowledge of professionals about social policies, low participation of civil society, lack of integration with other sectors and difficulty in communicating with specialists* negatively stood out. **Conclusions and implications for practice:** despite the increase in Family Health Strategy coverage and decentralization of tuberculosis control in the region, there is a need for qualification of professionals, development of partnerships and social mobilization, improvement in coordination with specialists and improvement of reception for effective tuberculosis control.

**Keywords:** Tuberculosis; Family Health Strategy; Research on Health Services; Evaluation of Health Programs and Projects.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el desempeño del Programa de Control de la Tuberculosis en la estrategia de salud familiar. **Método:** estudio descriptivo, realizado en la ciudad de Río de Janeiro. Los criterios de inclusión para las unidades fueron ser exclusivamente para la salud familiar y tener al menos 01 año de operación; en cuanto a los profesionales, haber acompañado al menos a un paciente con tuberculosis. Se utilizó una forma estructurada para evaluar el desempeño del Programa. La recolección de datos se realizó entre marzo y septiembre de 2016. El análisis de las variables se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** se entrevistó a 124 médicos y enfermeras de 13 unidades. De las 36 variables, cuatro se destacaron negativamente: *poco conocimiento de los profesionales sobre políticas sociales; baja participación de la sociedad civil; falta de integración con otros sectores; dificultad para comunicarse con especialistas*. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** a pesar del aumento en la cobertura de la Estrategia de Salud Familiar y la descentralización del control de la tuberculosis en la región, existe la necesidad de la calificación de profesionales, para el desarrollo de alianzas y movilización social, para mejorar la articulación con el especialistas y mejor recepción para el control efectivo de la tuberculosis.

**Palabras clave:** Tuberculosis; Estrategia de Salud Familiar; Investigación sobre Servicios de salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), que nasceu em 1994, iniciou a reorganização da saúde pública no Brasil e da prática assistencial através do acompanhamento integral e contínuo da população baseado na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. Em 2006 foi rebatizado de Estratégia Saúde da Família (ESF) e sofreu algumas mudanças devido às suas complexidades, reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade.<sup>1,2</sup>

A ampliação da ESF no Brasil variou muito, em relação às características de cada região.<sup>3</sup> Em 2008 o município do Rio de Janeiro iniciou o processo de reorganização da Rede de Atenção à Saúde com a implantação de equipes e a inauguração de Unidades de Saúde da Família. Inicialmente, a cobertura da ESF era de 3,7%, e após 2016, chegou a 57%.<sup>1,3</sup>

Apesar do aumento na cobertura e das evidências sobre o grande impacto na saúde da população, principalmente em locais mais carentes, a rápida expansão apresentou dificuldades organizacionais, de infraestrutura e de recursos humanos. As recentes mudanças nas políticas públicas também interferiram no financiamento afetando diretamente os serviços.<sup>2</sup>

A ESF trouxe mudanças na saúde pública brasileira, dentre elas a ideia de horizontalizar, ou seja, descentralizar o controle da tuberculose (TB) para a ESF devido ao seu grau de capilaridade, fundamental para o diagnóstico precoce e tratamento adequado da TB. A ESF se tornou protagonista na atenção à TB, tendo a chance de identificar precocemente o doente e aumentar a adesão ao tratamento através do vínculo. Apesar disso, a descentralização trouxe desafios para o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) locais, pois mesmo com os avanços, ainda há dificuldades para o controle efetivo da TB.<sup>4</sup>

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) elaborou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose. Esse plano possui três pilares: prevenção e cuidado integrados e centrados no paciente, políticas arrojadas e sistemas de apoio e intensificação da pesquisa e inovação. Além desses pilares, há objetivos que direcionam pontos essenciais para o controle da TB como: diagnóstico, tratamento, atividades colaborativas TB-HIV, prevenção, participação da sociedade civil, articulação intersetorial, garantia de recursos, qualidade dos sistemas, estabelecimento de parcerias e inovação.<sup>4</sup>

O Rio de Janeiro se destaca por manter altas taxas de incidência e de mortalidade de TB no cenário brasileiro. Somam-se a isso os índices alarmantes no município do Rio de Janeiro,<sup>4,5</sup> que ainda se mantêm, mesmo com as mudanças nas ações e serviços de atenção à TB através do aumento da cobertura da ESF.

Alguns estudos<sup>6-10</sup> sobre o desempenho do PCT apontaram características comuns e que interferem negativamente nos indicadores de TB: falta de integração entre coordenação e unidades de saúde da família; participação limitada dos especialistas; fragmentação no cuidado; déficit nas rotinas de atendimento; despreparo no manejo de diretrizes/protocolos; falta de recursos humanos; rotatividade de profissionais; desqualificação das equipes; acúmulo de atividades; pouca participação comunitária no controle da TB; limitação dos sistemas de informação.

Essas fragilidades estruturais, organizacionais e de planejamento minimizam a capacidade de atenção à TB e, por isso, devem ser investigadas e monitoradas periodicamente, considerando as características locais para que os ajustes necessários possam ser realizados da melhor forma possível.<sup>6-10</sup>

Diante deste cenário de consolidação da ESF, de descentralização do controle da TB e da manutenção da situação epidemiológica da TB, é importante identificar os pontos essenciais do PCT, das ações e dos serviços de saúde. Este estudo é necessário porque a TB permanece com altas taxas de incidência e mortalidade, se mantendo como tema prioritário na saúde pública no Brasil e no mundo.

Desta forma, objetivou-se avaliar o desempenho do PCT na ESF do município do Rio de Janeiro.

## MÉTODO

Estudo descritivo, realizado nas Unidades de Saúde da Família da Área Programática 3.3 do município do Rio de Janeiro. A pesquisa é proveniente do estudo multicêntrico da área epidemiológica e operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) intitulado “Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil”.

O cenário do estudo foi o município do Rio de Janeiro, que possui uma população estimada de 6.718.903 habitantes. A Resolução nº 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, criou as Áreas de Planejamento Sanitário ou Área Programática (AP) para viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde. São 10 AP's, que agregam 160 bairros: Centro (1), Zona Sul (2.1), Zona Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) e Zona Oeste (4.0, 5.1, 5.2 e 5.3).<sup>11</sup>

A AP 3.3 se caracteriza por possuir grandes centros comerciais, industriais, residenciais e inúmeras áreas de ocupação irregular. Ela possui o maior contingente populacional de todas as AP's, com metade dos moradores que moram em comunidades carentes, apresentando altos índices de TB, sendo, por isso, escolhida entre as outras AP's. Estima-se haver um quantitativo maior que 1.200.000 habitantes pelo subdimensionamento das inúmeras ocupações irregulares no local. Essa área faz divisa com outros três municípios: Duque de Caxias, Nilópolis e São João de Meriti.

Em 2016 o território possuía 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS): 01 do tipo C (Centro Municipal de Saúde), 08 do tipo B (Centro Municipal e Equipes de Estratégia Saúde da Família) e 18 tipo A (Unidades de Saúde da Família).

Os critérios de inclusão para a escolha das unidades de saúde foram: ser unidade do tipo A e ter no mínimo 01 (um) ano de funcionamento. O critério de exclusão das unidades foram: estar dentro de comunidade com presença de intenso conflito armado e com acesso muito limitado aos transportes públicos. Ao todo, foram identificadas 16 (dezesesseis) unidades de saúde de acordo com os critérios de inclusão/exclusão. Foram excluídas três unidades que se encontravam em locais de conflito armado e com acesso muito limitado. A amostra foi composta por 13 clínicas da família.

Quanto aos profissionais de saúde, o critério da inclusão foi acompanhar o tratamento de, no mínimo, um paciente com TB na unidade de saúde onde foi realizada a entrevista. Como critério de exclusão, foi estar de férias ou com qualquer tipo de licença.

A população de estudo foi constituída por enfermeiros e médicos da ESF, totalizando 208 profissionais (93 médicos, 77 enfermeiros, 28 residentes de medicina e enfermagem, 10 médicos do Programa Mais Médicos). Entretanto, 49 profissionais não atenderam casos de TB; 21 profissionais recusaram participar do estudo; e 14 estavam de licença. Assim, participaram da pesquisa 124 profissionais (68 médicos e 56 enfermeiros).

O instrumento de coleta de dados foi um formulário estruturado aplicado aos profissionais de saúde para avaliar a atenção à TB. O questionário é uma proposta de *MacCool Institute for Health Care Innovation*. É baseado no *Chronic Care Model – CCM* (Modelo de Atenção Crônica).<sup>12</sup>

Foi adaptado e validado no Brasil para “avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas”<sup>13</sup>. Foi adaptado para a atenção à TB pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose.

O instrumento é dividido em 7 dimensões: 1) organização da atenção à TB; 2) articulação com a comunidade; 3) autocuidado apoiado; 4) suporte à decisão; 5) desenho do sistema de prestação de serviços; 6) sistema de informação clínica; 7) integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB. Cada dimensão possui de 4 a 6 variáveis numeradas de 1 a 36.

As variáveis foram classificadas em 4 níveis: capacidade limitada, capacidade básica, capacidade razoável e capacidade

ótima. A primeira representa uma capacidade institucional mais limitada para a atenção à TB, e a última, a melhor capacidade institucional para a TB.

As dimensões foram avaliadas em *bem avaliadas* (quando a maioria das variáveis tinham níveis ótimo e razoável) e *mal avaliadas* (quando a maioria das variáveis tinham níveis limitado e básico).

A coleta dos dados ocorreu entre março e setembro de 2016 em 13 unidades onde foram entrevistados 124 profissionais. As unidades foram visitadas pela pesquisadora conforme o horário de funcionamento para a entrevista dos médicos e de enfermeiros mediante agendamentos prévios.

Os dados foram organizados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 2.1) para seu armazenamento e sua análise. Foi utilizada estatística descritiva a partir de frequência simples para classificação dessas variáveis, com capacidade *limitada, básica, razoável e ótima*, e para as dimensões em *bem avaliada e mal avaliada*. Quando não houve predominância nas respostas o desempenho foi considerado inconclusivo.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) - Escola São Francisco de Assis (CEPEAN/HESFA), sob Parecer 1.472.431/2016, e da Secretaria Municipal de Saúde, com Protocolo 1442624/2016.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil dos profissionais da AP 3.3 do município do Rio de Janeiro, sendo a maioria (70,2%) do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 54,8% dos profissionais

**Tabela 1-** Perfil dos enfermeiros e médicos nas 13 Unidades de Saúde da Família da AP 3.3. Rio de Janeiro, RJ, 2016 (n=124)

Variáveis	Função		
	Médico n (%)	Enfermeiro n (%)	Total n (%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	37 (54,4)	50 (89,3)	87 (70,2)
Masculino	31 (45,6)	6 (10,7)	37 (29,8)
Total	68 (100,0)	56 (100,0)	124 (100,0)
<b>Faixa etária</b>			
24 a 34 anos	34 (50,0)	34 (60,7)	68 (54,8)
35 a 45 anos	19 (27,9)	12 (21,4)	31 (25,0)
46 a 65 anos	15 (22,1)	10 (17,9)	25 (20,2)
Total	68 (100,0)	56 (100,0)	124 (100,0)
<b>Capacitação em TB</b>			
Sim	31 (45,6)	37 (66,1)	68 (54,8)
Não	37 (54,4)	19 (33,9)	56 (45,2)
Total	68 (100,0)	56 (100,0)	124 (100,0)
<b>Especialização/Residência em saúde da família</b>			
Sim	28 (41,2)	32 (57,1)	60 (48,4)
Não	40 (58,8)	24 (42,9)	64 (51,6)
Total	68 (100,0)	56 (100,0)	124 (100,0)

eram jovens, na faixa etária entre 24 e 34 anos. Quanto à capacitação/treinamento para TB, 54,8% dos profissionais realizaram a capacitação/treinamento. A maioria dos profissionais entrevistados não possuíam especialização ou residência em saúde da família (51,6%).

A Tabela 2 apresenta os resultados das 7 dimensões em relação ao PCT. A maioria das dimensões foi bem avaliada, com capacidades ótima e razoável: Dimensão 1 (Organização da Atenção à TB), Dimensão 3 (Autocuidado Apoiado), Dimensão 4 (Suporte à Decisão), Dimensão 5 (Desenho do Sistema de

**Tabela 2** – Dimensões do desempenho do PCT das 13 Unidades de Saúde da Família da AP 3.3. Rio de Janeiro, RJ, 2016 (n=124)

Variáveis	Capacidade limitada n (%)	Capacidade básica n (%)	Capacidade razoável n (%)	Capacidade ótima n (%)
<b>Dimensão 1 - Organização da Atenção à TB</b>				
1- Interesse do gerente	1 (0,8)	2 (1,6)	48 (38,7)	<b>73 (58,9)</b>
2- Metas pactuadas e registradas pela unidade	0	10 (8,1)	56 (45,2)	<b>58 (46,8)</b>
3 - Estratégias pela melhoria da atenção à TB	0	3 (2,4)	51 (41,1)	<b>70 (56,5)</b>
4- Atenção Primária ser local de tratamento da TB	0	6 (4,8)	54 (43,5)	<b>64 (51,6)</b>
5 - Atuação do gerente	0	8 (6,5)	<b>60 (48,4)</b>	56 (45,2)
6 -Benefícios e incentivos	<b>85 (68,5)</b>	12 (9,7)	19 (15,3)	8 (6,5)
<b>Dimensão 2 - Articulação com a Comunidade</b>				
7 - Articulação da unidade com ONG's	<b>43 (34,7)</b>	37 (29,8)	22 (17,7)	22(17,7)
8- Parcerias comunitárias	38 (30,6)	<b>48 (38,7)</b>	30 (24,2)	8 (6,5)
9- Conselho local de saúde	18 (14,5)	35 (28,2)	<b>46 (37,1)</b>	25 (20,2)
10- Agente Comunitário de Saúde (ACS)	0	4 (3,2)	50 (40,3)	<b>70 (56,5)</b>
<b>Dimensão 3 - Autocuidado Apoiado</b>				
11- Registro dos profissionais	0	45 (36,3)	25 (20,2)	<b>54 (43,5)</b>
12- Suporte aos doentes	5 (4)	18 (14,5)	22 (17,7)	<b>79 (63,7)</b>
13- Acolhimento	0	7 (5,6)	<b>69 (55,6)</b>	48 (38,7)
14- Intervenções de mudança de comportamento	1 (0,8)	14 (11,3)	25 (20,2)	<b>84 (67,7)</b>
<b>Dimensão 4 - Suporte à Decisão</b>				
15- Manual de diretrizes	1 (0,8)	1 (0,8)	24 (19,4)	<b>98 (79)</b>
16- Envolvimento de especialistas	41 (33,1)	<b>45 (36,3)</b>	21 (16,9)	17 (13,7)
17- Capacitação profissional	29 (23,4)	32 (25,8)	<b>37 (29,8)</b>	26 (21)
18- Informação às pessoas	3 (2,4)	11 (8,9)	43 (34,7)	<b>67 (54)</b>
<b>Dimensão 5 -Desenho do Sistema de Prestação de Serviços</b>				
19 -Trabalho em equipe	0	13 (10,5)	36 (29,0)	<b>75 (60,5)</b>
20- Profissional de referência	5 (4,0)	18 (14,5)	20 (16,1)	<b>81 (65,3)</b>
21- Sistema de agendamento	0	3 (2,4)	25 (20,2)	<b>96 (77,4)</b>
22- Monitoramento da TB	2 (1,6)	34 (27,4)	29 (23,4)	<b>59 (47,6)</b>
23- Atenção planejada para TB	1 (0,8)	12 (9,7)	<b>59 (47,6)</b>	52 (41,9)
24- Referência e contra referência	8 (6,5)	13 (10,5)	35 (28,2)	<b>68 (54,8)</b>
<b>Dimensão 6 - Sistema de Informação Clínica</b>				
25- Prontuário clínico	0	2 (1,6)	31 (25,0)	<b>91 (73,4)</b>
26 - Registro dos doentes de TB	5 (4,0)	12 (9,7)	44 (35,5)	<b>63 (50,8)</b>
27- Sistema de aviso e alertas	19 (15,3)	18 (14,5)	<b>48 (38,7)</b>	39 (31,5)
28- Retorno de informações	11 (8,9)	18 (14,5)	<b>57 (46,0)</b>	38 (30,6)

Tabela 2 – Continuação...

Variáveis	Capacidade limitada n (%)	Capacidade básica n (%)	Capacidade razoável n (%)	Capacidade ótima n (%)
29- Informações sobre os doentes de TB	10 (8,1)	<b>41 (33,1)</b>	32 (25,8)	<b>41 (33,1)</b>
30- Plano de cuidado	0	10 (8,1)	35 (28,2)	<b>79 (63,7)</b>
<b>Dimensão 7 - Integração dos Componentes do Modelo de Atenção</b>				
31- Informação aos doentes de TB	5 (4,0)	25 (20,2)	<b>53 (42,7)</b>	41 (33,1)
32- Prontuários	0	23 (18,5)	<b>51 (41,1)</b>	50 (40,3)
33- Programas comunitários	29 (23,4)	<b>62 (50,0)</b>	22 (17,7)	11 (8,9)
34- Planejamento da atenção	0	18 (14,5)	<b>58 (46,8)</b>	48 (38,7)
35 - Monitoramento	5 (4,0)	12 (9,7)	43 (34,7)	<b>64 (51,6)</b>
36- Recomendações do Ministério da Saúde	5 (4,0)	19 (15,3)	30 (24,2)	<b>70 (56,5)</b>

Prestação de Serviços), Dimensão 6 (Sistema de Informação Clínica) e Dimensão 7 (Integração dos Componentes do Modelo de Atenção). A Dimensão 2 (Articulação com a Comunidade) foi considerada inconclusiva, pois teve cada variável em um nível diferente.

A maioria das variáveis tiveram capacidades ótima e razoável. As variáveis com capacidade limitada foram “benefícios e incentivos” (variável 6) e “articulação com organizações não governamentais” (ONG) (variável 7). As variáveis com capacidade básica foram “parcerias comunitárias” (variável 8) e “envolvimentos com especialistas” (variável 16).

## DISCUSSÃO

O perfil dos profissionais que atuam na ESF é feminino e jovem em uma faixa etária economicamente ativa, também encontrado na literatura.<sup>14-17</sup>

Quanto à capacitação, a maior parte dos enfermeiros participou, o que demonstra maior interesse na temática ou mais disponibilidade. A falta ou a alta rotatividade de médicos nas unidades aumentam as demandas de atendimentos e limitam a participação desses profissionais nas capacitações. Percebe-se que poucos médicos fizeram especialização em saúde da família, o que pode refletir a pouca ênfase dada sobre a temática durante a formação acadêmica.<sup>14,18</sup>

Sobre o desempenho do PCT, a maioria das variáveis foram avaliadas de forma ótima ou razoável, resultado também encontrado em um estudo realizado na Paraíba.<sup>7</sup> A Dimensão 1 foi bem avaliada. Destaca-se a variável 1 “Interesse do gerente”, com capacidade ótima, entretanto a variável 5 “Atuação do gerente” foi razoável demonstrando discrepância entre o que seria idealizado para o que é realizado na prática gerencial. Essa dificuldade também foi vista em outro estudo,<sup>6</sup> onde os gerentes não pactuavam ações para o controle da TB.

O trabalho do gerente é primordial na ESF para o trabalho da equipe de saúde, estimulando os profissionais a terem o melhor

desempenho. A gerência é um dos elementos assistenciais e de suporte para o controle da TB, deve ser qualificada e competente para facilitar a continuidade do cuidado.<sup>8</sup>

Chama atenção a variável com o pior desempenho: “Benefícios e incentivos para o doente de TB” (variável 6). Os benefícios adquiridos podem ser auxílio doença para os que contribuem para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Para os que não contribuem para o INSS, os benefícios adquiridos podem ser auxílio-transporte e bolsa família.

Os incentivos seriam estratégias realizadas pelos profissionais de saúde para estimular a adesão ao tratamento como: lanche para a realização da dose supervisionada, oferta de cestas básicas, ou quaisquer atividades que incentivem a participação do doente e da família.

Uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Plano Nacional para o Fim da TB é que sejam ofertados aos doentes de TB estratégias de proteção social, a fim de auxiliar na redução da vulnerabilidade social.<sup>4,5,19-21</sup> Essas políticas sociais contribuem no controle da TB, pois, indiretamente, melhoram o acesso aos serviços de saúde, aumentam a adesão ao tratamento e diminuem os riscos de falha terapêutica, principalmente com doentes mais pobres.<sup>5,19-22</sup>

A TB está relacionada à pobreza,<sup>22</sup> e o tratamento gera custos diretos (transporte, medicamentos, exames ou consultas) e indiretos (perda de rendimentos). Esses custos podem ser reduzidos através de benefícios ou incentivos.<sup>20</sup> Profissionais orientados sobre os benefícios e os incentivos podem orientar o doente e sua família, entretanto, para esse cuidado, o profissional deve conhecer sobre políticas de proteção social.<sup>17</sup>

Na maioria das unidades avaliadas, não havia o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que disponibiliza profissionais da área do serviço social, o que ajudaria no fortalecimento de proteção social, ou seja, uma importante ferramenta para o controle da doença que não é utilizada. As medidas de Proteção Social

não são orientadas pelo PCT, resultado também encontrado em outro estudo.<sup>6</sup> Já Orlandi (2019), identificou incentivos por parte dos profissionais, como oferta de vale transporte, cestas básicas e lanches, entretanto percebeu limitações dos profissionais para orientações sobre políticas de proteção social.<sup>23</sup>

A Dimensão 2 foi inconclusiva. No PCT, há ausência de monitoramento e cobrança da sociedade civil organizada. Em um estudo sobre capacidade gerencial no controle da TB,<sup>6</sup> os locais avaliados também apresentaram um desempenho desfavorável sobre parcerias comunitárias.

Os Conselhos Locais devem controlar as ações de saúde no território e participar das programações das unidades. Apesar da variável Conselho Local de Saúde (variável 9) ter capacidade razoável, não há uma boa articulação entre esses pares nos territórios. A articulação fragmentada limita o controle da TB, minimizando os vínculos e a corresponsabilidade com a população.<sup>5,7</sup>

Vale ressaltar que um dos objetivos do Plano Nacional é a coalizão com organizações da sociedade civil e comunidades. As estratégias são estabelecer uma articulação entre gestão e sociedade civil, fortalecer a participação da sociedade civil na elaboração de campanhas, no planejamento, no monitoramento e nas avaliações das ações de enfrentamento da TB.<sup>5</sup>

No entanto, a melhor variável foi “Agente Comunitário de Saúde (ACS)” (variável 10). Esses profissionais são o diferencial da ESF devido ao vínculo e à busca ativa nas famílias e nas comunidades. Os ACS tornam-se o elo entre a comunidade e os serviços de saúde da ESF, principalmente por serem moradores locais pertencendo à comunidade,<sup>4</sup> favorecendo o cuidado ao doente de TB e aumentando as chances de sucesso no tratamento.<sup>19</sup>

A despeito deste bom desempenho, se a articulação com ONGs e parcerias comunitárias estão fragilizadas, questiona-se a plena atuação dos ACS, já que podem se limitar em atuar de forma superficial e não politizada nos territórios, o que não contribuiria para o controle social da doença dentro do PCT.<sup>6</sup> Pode ocorrer também pouca ou nenhuma compreensão por parte da população e até mesmo dos próprios profissionais de saúde sobre o que é, ou poderia ser, a participação da comunidade na atenção à TB na região.

A Dimensão 3 foi bem avaliada, demonstrando que os profissionais que atuam no PCT desenvolvem relação de parceria e incentivo através do diálogo, acolhimento e intervenções para a mudança de comportamento, essenciais para os doentes de TB. É importante a corresponsabilização ao longo do tratamento para que doentes/famílias se sintam seguros.<sup>7,20,24</sup>

Na Dimensão 4, percebe-se que os profissionais não têm uma comunicação adequada com os especialistas dos níveis secundários. A falta de apoio dificulta as rotinas dos PCTs, também encontrado em outros estudos.<sup>6,24</sup>

Em contrapartida, na Dimensão 5, a variável “Referência e contra referência” (variável 24) teve capacidade ótima. Podemos inferir que, em algum momento, há dificuldades na comunicação ou na continuidade do cuidado entre os profissionais da ESF e os especialistas, já que essas variáveis tiveram resultados

diferentes e são relacionadas ao nível secundário de atenção através do apoio de pneumologistas para equipes da ESF. A troca de informações e a integração com outros serviços são base para que os profissionais se sintam mais seguros para a tomada de decisão na ESF.<sup>7,9,24,25</sup>

Para o desenvolvimento de ações de controle da TB, há um profissional de referência (variável 20). Em todas as unidades avaliadas, o enfermeiro ocupa essa posição, também encontrado em outros estudos.<sup>16,17</sup> O sistema de agendamento (variável 21), o monitoramento da TB (variável 22) e o trabalho em equipe (variável 19) foram favoráveis as rotinas do PCT.

A Dimensão 6 teve um bom desempenho. Os PCTs possuem sistemas de informações clínicas adequados, informatizados e com prontuários eletrônicos. Apesar de essas variáveis serem favoráveis para as rotinas do PCT, não foi investigado nesse momento questões relacionadas à qualidade dos registros. Uma das recomendações do Plano Nacional para o fim da TB é que haja adequação dos registros e sistemas de informações como Sistema de Informação de Agravos e de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB), Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), entre outros, para atender às necessidades de vigilância e monitoramento.<sup>5</sup>

A Dimensão 7 é um resumo das dimensões anteriores e apontou novamente a fragilidade na variável “Programas comunitários” (variável 33).

Uma possível limitação que precisa ser apontada foi a falta de entrevistas com outros integrantes da equipe de saúde, como ACS, técnicos de enfermagem e profissionais de saúde bucal. Nesse momento, optou-se por focar nos profissionais de nível superior que atendem e coordenam o PCT, assim como monitoram e interagem com outros serviços locais para o controle da doença.

## **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

O PCT, de uma forma geral, foi bem avaliado: a organização da atenção à TB, o autocuidado apoiado, desenho do sistema de prestação de serviços e os sistemas de informação clínica foram favoráveis. Entretanto, os achados revelam algumas fragilidades sem que desqualifiquem o programa.

A articulação com ONG e os benefícios/incentivos para os doentes de TB tiveram capacidade limitada. A baixa participação da sociedade civil e a falta de integração com outros setores locais enfraquecem a utilização dos recursos comunitários. Da mesma forma, a limitação dos profissionais do PCT em oferecer estratégias de proteção social ou incentivos aos doentes e à família foi um dos recursos não utilizados para o controle da TB.

Outras variáveis não estavam articuladas, por parte dos serviços e/ou dos profissionais, como as questões relacionados ao nível secundário de atenção, em que os especialistas apoiam os profissionais da ESF para a tomada de decisão.

A ESF é uma importante aliada na luta contra a TB. Apesar do grande aumento da cobertura da ESF e a descentralização

do controle da TB na região, há necessidade de qualificação dos profissionais, da melhoria na articulação com os especialistas, do acolhimento de forma multidisciplinar e integrada do PCT e do desenvolvimento de parcerias e mobilização social.

O recorte realizado na AP 3.3 não esgota as possibilidades de análises e de discussões sobre a atenção à TB no município do Rio de Janeiro, pelo contrário, amplificam-se as ideias para outras investigações sobre o tema. Por fim, é necessário ressaltar a crise recente do setor da saúde no município do Rio de Janeiro, que afeta diretamente as ações e os serviços prestados no controle da TB e nos resultados sanitários já conquistados ao longo dos anos anteriores.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de revisão, aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Rute dos Santos Lafaiete de Barros.

Interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do artigo, responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Maria Catarina Salvador da Mota, Ângela Mendes de Abreu, Tereza Cristina Scatena Villa.

## EDITOR ASSOCIADO

Aline Aparecida Monroe

## REFERÊNCIAS

1. Simões PP, Gameiro F, Nunes PC, Silva Jr AG, Scardua MT, Simas KBF. Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. *Rev HUPE*. 2016;15(3):200-8. <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2016.29445>.
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018;42(1):18-37. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s102>.
3. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol Serv*. 2018;27(3):e2017170. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
6. Villa TCS, Brunello MEF, Andrade RLP, Orfão NH, Monroe AA, Nogueira JA et al. A capacidade gerencial da Atenção Primária à Saúde para o Controle da Tuberculose em diferentes regiões do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001470017>.
7. Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira JA. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):239-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200009>. PMID:27384203.
8. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):111-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100015>. PMID:22441273.
9. Macedo SM, Andrade RPS, Souza CRBA, Andrade ASS, Villa TCS, Pinto ESG. Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):1-8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45339>.
10. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde Debate*. 2017;41(spe):242-58. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s18>.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
12. Furtado LG, Nóbrega MML. Model of care in chronic disease inclusion of a theory of nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1197-204. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400039>.
13. Moysés ST, Kusma SZ, Schwab GL. Validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às condições crônicas. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretarias de Saúde; 2012. p. 80-101.
14. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel EEN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2016; [citado 2019 mar 16];24(1):9405. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf>
15. Barbosa LG, Damasceno RF, Silveira DMML, Costa SM, Leite MTS. Recursos humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. *Cad Saude Colet*. 2019;27(3):287-94. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900030084>.
16. Lourenção LG, Silva AG, Borges MA. Níveis de engagement em profissionais da atenção primária à saúde: estudo comparativo em dois municípios brasileiros. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):e20190005. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0005>.
17. Siqueira FV, Reis DS, Souza RAL, Pinho S, Pinho L. Pinho Lucinéia de. Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Cad Saude Colet*. 2019;27(2):138-45. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900020167>.
18. Andrade LR, Pinto ICM, Soares CLM, Silva VO. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. *Rev Adm Pública*. 2019;53(3):505-19. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170316>.
19. Durovni B, Saraceni V, Puppini MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health*. 2017;28:1-8.
20. Andrade KVF, Nery JS, Souza RA, Pereira SM. Effects of social protection on tuberculosis treatment outcomes in low or middle-income and in high-burden countries: systematic review and meta-analysis. *Cien Saude Colet*. 2018;34(1). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00153116>.
21. Nery JS, Rodrigues LC, Rasella D, Aquino R, Barreira D, Torrens AW et al. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(7):790-6. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.16.0599>. PMID:28633704.
22. Andrade KVF, Nery JS, Araújo GS, Barreto ML, Pereira SM. Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2019;28(2):e2018220. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742019000200004>. PMID:31271634.
23. Orlandi GM, Pereira EG, Biagolini REM, França FOS, Bertolozzi MR. Incentivos sociais na adesão ao tratamento da tuberculose. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(5):1182-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0654>. PMID:31531639.
24. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Machado LS, Valença AMG, Gomes LB. Avaliação do sistema de referência e contra referência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(special):209-20. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>.
25. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.