



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE  
PULMONAR NA COMUNIDADE DA ROCINHA – UMA AVALIAÇÃO DO  
SERVIÇO**

**FERNANDA CORTINES CARVALHO**

**Orientadoras: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciane de Souza Velasque**

Rio de Janeiro  
2014

**FERNANDA CORTINES CARVALHO**

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE  
PULMONAR NA COMUNIDADE DA ROCINHA – UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO**

Relatório de Defesa da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro

2014

**Estratégia Saúde da Família e o tratamento da tuberculose pulmonar na  
comunidade da Rocinha – Uma avaliação do serviço**

**Fernanda Cortines Carvalho**

Relatório final de Dissertação de Mestrado submetido à Banca Examinadora como exigência do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em Março de 2014.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza** – Orientadora  
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Luciane de Souza Velasque** – Orientadora  
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Catarina Salvador da Motta** – Examinadora  
(Universidade Federal do Rio de Janeiro)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marilda Andrade** – Examinadora  
(Universidade Federal Fluminense)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Florence Romijn Tocantins** – Suplente  
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

Rio de Janeiro

2014

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Lourdes e Claudemir, por todo o esforço e dedicação de suas vidas em prol do meu crescimento e formação. Sem o amor e apoio de vocês, essa conquista não seria possível;

Ao meu amor, Pedro, pelas palavras de incentivo e todo o amor concedido. Obrigada por me permitir crescer e passar minha vida com você;

Aos meus avós Apparisson (in memoriam) e Angelina, Joel e Ana (in memoriam) por me permitirem conviver no amor e poder refleti-lo nos meus projetos;

À minha irmã Flávia, cunhado Marcos e sobrinhas Letícia e Gabriela, por torcerem por mim e estarem sempre presentes na minha vida;

E acima de tudo, ÀQUELE que é Deus, Pai todo-poderoso, e à Mãe Virgem Maria, por me abençoarem e concederem essa graça em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr. Fabiana Assumpção por todos os ensinamentos desde a Graduação, sendo muito mais que uma professora, mas uma amiga e exemplo de profissional;

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr. Luciane Velasque por ter introduzido e tornado a Estatística tão clara em minha vida, estando sempre disponível às minhas solicitações com paciência e carinho.

Agradeço todos os momentos de orientação, cada e-mail, telefonema, em prol da construção da minha Dissertação. Tenho muito orgulho de ter vocês como minhas orientadoras. Obrigada por acreditarem no meu potencial e hoje, graças a todo esse apoio, poder me tornar MESTRE.

## **AGRADECIMENTOS**

Deixo aqui meus sinceros agradecimentos àqueles que contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento deste estudo.

Aos Professores Dr. Ruffino Netto e Dr. Tereza Scatena, e a todo o grupo GEOTB, pelo apoio durante todo o estudo que certamente trará muitas contribuições para o controle da tuberculose no país;

À Banca Examinadora por todas as contribuições e críticas construtivas, em um primeiro momento, na qualificação, e na Defesa Final, levando-me ao crescimento intelectual;

À Prof<sup>a</sup> Dr. Florence Tocantins e a todo o grupo de pesquisa “Enfermagem e População”, por todas as contribuições dedicadas que foram essenciais na construção da minha dissertação;

Às enfermeiras Thamiris Farias, Juliana Lima e Mariana Ramos por me acompanharem na coleta de dados na comunidade da Rocinha. Sem vocês essa caminhada seria muito mais difícil;

Ao Wellington Thadeu por elaborar meu banco de dados e ser sempre solícito, atendendo com perfeição às minhas solicitações;

Aos profissionais das unidades da Estratégia Saúde da Família da Rocinha pela disponibilidade em contribuir nas etapas desta pesquisa;

**LISTA DE SIGLAS**

<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AP</b>	Área de Planejamento
<b>CAP</b>	Coordenação das Áreas de Planejamento
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>DOTS</b>	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado
<b>EERP/USP</b>	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>IPP</b>	Instituto Pereira Passos
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde (WHO em inglês)
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
<b>REDE-TB</b>	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SNT</b>	Serviço Nacional de Tuberculose
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TS</b>	Tratamento Supervisionado
<b>TDO</b>	Tratamento Diretamente Observado
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 A Atenção Básica no controle da TB.....	5
1.2 A situação da TB no Brasil e no mundo.....	6
1.3 O Estado do Rio de Janeiro.....	9
1.4. A comunidade da Rocinha.....	9
2. Problematização.....	12
3. OBJETO.....	14
4. OBJETIVOS.....	15
5. JUSTIFICATIVA.....	16
6 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
6.1 A Terapia Diretamente Observada de Curta-duração (DOTS)..	17
6.2 Acesso e Controle da Tuberculose.....	18
6.3 Avaliação dos Serviços de Saúde.....	19
7. METODOLOGIA.....	21
7.1 Caracterização do local de estudo.....	22
7.2 Desenho do estudo.....	22
7.3 Coleta de dados.....	23
7.4 Instrumento de coleta.....	25
7.5 Aspectos éticos.....	27
7.6 Análise dos dados.....	27
8. RESULTADOS.....	29
8.1 Entrevistas com os profissionais da Rocinha – Uma vivência.....	43
9. DISCUSSÃO.....	48



10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXOS.....	62
APÊNDICES.....	63

## RESUMO

CARVALHO, Fernanda Cortines. *Estratégia Saúde da Família e o tratamento da tuberculose pulmonar na comunidade da Rocinha – uma avaliação do serviço*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A Tuberculose é uma doença infecciosa e estigmatizante, e no Brasil está presente desde os primórdios da colonização. Constitui-se como um problema de Saúde Pública e mesmo com o avanço nos esquemas terapêuticos, ainda persistem altas taxas da doença. Com isso, surge a necessidade de uma reavaliação das ações de controle da tuberculose. A Rocinha, localizada no município do Rio de Janeiro, constitui a maior taxa de incidência do país. A partir de um estudo multicêntrico desenvolvido pelo grupo GEOTB/EERP/USP sobre avaliação dos serviços de saúde em diferentes regiões do Brasil, nesta pesquisa, buscou-se realizar uma avaliação nos serviços de saúde da Rocinha, em suas três unidades da Estratégia Saúde da Família, com os seguintes objetivos: descrever a estrutura dos serviços de Atenção Básica da ESF voltada para o tratamento dos doentes com TB pulmonar na comunidade da Rocinha; descrever a atenção proporcionada aos doentes com TB pulmonar; analisar a relação entre a estrutura e atenção proporcionada aos pacientes com TB pulmonar nos serviços de Atenção Básica da ESF, na comunidade da Rocinha, com os desfechos do tratamento da TB pulmonar. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo exploratório com abordagem quantitativa. Foi elaborada com base no referencial de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tendo como fundamento os componentes básicos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde: estrutura-processo-resultado, propostos por Donabedian (1992). Os componentes avaliativos obtiveram classificação Satisfatória, contrastando com altos índices da doença e abandono do tratamento nos anos pesquisados, bem como baixas taxas de cura. Há carência de capacitação profissional e educação em saúde na comunidade, aliados à extrema pobreza local. Acredita-se que é preciso maiores investimentos governamentais na oferta de serviços de saúde à comunidade e que se proporcione qualidade de vida à população a fim de possibilitar a interrupção da cadeia de transmissão da doença.

*Descritores: Tuberculose. Programa Saúde da Família. Avaliação de Serviços de Saúde.*

## ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious and stigmatizing disease and is present in Brazil since the early days of colonization. It is constituted as a public health problem and even with the advancement in therapeutic regimens, high rates of the disease still persist. From there arises the need for a reassessment of actions to control TB. Rocinha located in the municipality of Rio de Janeiro, is the highest incidence rate in the country. From a multicenter study conducted by GEOTB/EERP/USP group on health services evaluation in different regions of Brazil, in this study, we sought to conduct a review of the health services of Rocinha, in their three Healthcare Strategy Family (HSF), with the following objectives: to describe the structure of Primary Care of HSF services focused for the treatment of patients with pulmonary TB in the community of Rocinha; describe the attention provided to TB patients, to analyze the relationship between the structure and proportionate attention patients with pulmonary TB in Primary Care HSF services in the community of Rocinha, with the outcomes of the treatment of pulmonary TB. This is a descriptive epidemiological study, the exploratory and quantitative approach. It was developed based on the framework for assessing the quality of health services, taking as a basis the basic components of the assessment of quality of health services: the structure-process-outcome proposed by Donabedian (1992). Evaluative components obtained satisfactory rating contrasting with high rates of illness and treatment dropout in the years surveyed, and low cure rates. There is a lack of professional training and health education in the community, coupled with extreme local poverty. It is believed that it takes greater government investment in the provision of health services to the community and that provide quality of life for the population to allow the interruption of the chain of disease transmission.

*Descriptors: Tuberculosis. Family Health Program. Health Services Evaluation*

## RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y estigmatizante y está presente en Brasil desde los primeros tiempos de la colonización. Se constituye como un problema de salud pública e incluso con el avance de los esquemas terapéuticos, las altas tasas aun persisten. A partir de ahí surge la necesidad de una nueva evaluación de las acciones de control de la TB. La Rocinha, ubicada en el municipio de Río de Janeiro, es la tasa de incidencia más alta del país. A partir de un estudio multicéntrico realizado por el grupo GEOTB/EERP/ USP sobre la evaluación de los servicios de salud en las diferentes regiones de Brasil, en este estudio, hemos tratado de llevar a cabo una revisión de los servicios de salud de Rocinha, en sus tres unidades Estrategia Salud Familiar (ESF), con los siguientes objetivos: describir la estructura de los servicios de atención básica de la ESF se centraron en el tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en la comunidad de Rocinha; describir la atención prestada a los pacientes con tuberculosis; analizar la relación entre la estructura y la atención proporcionada a los pacientes con TB pulmonar en los servicios de atención primaria de la ESF en la comunidad de Rocinha, con los resultados del tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, del tipo exploratorio con abordaje cuantitativo. Fue desarrollado sobre la base del marco para evaluar la calidad de los servicios de salud, tomando como base en el referencial de la evaluación de la calidad de los servicios de salud: la estructura-proceso-resultado propuesto por Donabedian (1992). Los Componentes evaluativos obtuvieron calificación satisfactoria, lo que contrasta con los altos índices de enfermedades y el abandono del tratamiento en los años estudiados, y las bajas tasas de curación. Hay una falta de formación profesional y educación para la salud en la comunidad, junto con la pobreza local extrema. Se cree que se necesita de mayores inversiones gubernamentales en la prestación de servicios de salud a la comunidad y que proporcionan una calidad de vida de la población para permitir la interrupción de la cadena de transmisión de enfermedades.

*Descriptor: Tuberculosis. Programa de Salud Familiar. Evaluación de Servicios de Salud*

## APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte do projeto multicêntrico intitulado: “*Diagnóstico da Tuberculose — Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil*”, desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose – GEOTB, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP.

Sob a coordenação dos líderes Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto, o grupo GEOTB da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) para Pesquisa Operacional (PO) inclui a investigação de serviços de saúde, com o objetivo de avaliar os serviços de saúde, os resultados e o processo pelo qual a assistência é prestada.

O presente estudo foi desenvolvido no município do Rio de Janeiro, na comunidade da Rocinha, um dos centros que compõem o projeto, com a participação de bolsistas de Iniciação Científica do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – EEAP/UNIRIO.

Minha trajetória na pesquisa começou ainda na Graduação em Enfermagem, em 2008, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, onde tive a oportunidade conhecer a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiana Assumpção que me apresentou o universo da tuberculose (TB) e suas fragilidades, me chamando atenção para toda a problemática da doença. Neste período, pude realizar uma pesquisa sobre a TB em uma comunidade do Rio de Janeiro, investigando a realização ou não da busca de sintomáticos respiratórios. Os resultados desse estudo me causaram grande angústia devido à violência e pobreza no local. A pesquisa me trouxe produtos como publicação em periódico nacional e apresentação em congresso de TB.

Logo após, concluí a graduação e entrei na área assistencial, com plantões diurnos e noturnos, o que fez com que me afastasse da pesquisa devido ao cansaço e indisponibilidade de horários. Mas dentro de mim, ainda havia uma angústia e uma vontade enorme de voltar a pesquisar. E felizmente, sempre mantive contato com a Prof. Fabiana que continuou a me manter no grupo de pesquisa e a

me enviar e-mails com artigos atuais sobre TB, congressos e editais para o Mestrado.

Foi então que resolvi tentar uma vaga no Mestrado da UNIRIO para a turma de 2012, interessada no “projeto-mãe” da Prof.<sup>a</sup> Fabiana intitulado: “Estratégia DOTS no controle da tuberculose: desempenho da atenção primária na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil”.

Nesta mesma época, surgiu o convite da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza Scatena para integrar o projeto multicêntrico do grupo GEOTB/EERP/USP. Conversei com a Prof.<sup>a</sup> Fabiana e resolvemos aceitar o convite, acreditando ser um projeto que traria resultados muito ricos sobre a TB na Rocinha. Durante todo o processo, esse projeto teve apoio científico e também financeiro do grupo GEOTB.

Avaliar os serviços de saúde em uma comunidade como a Rocinha, sob a perspectiva dos profissionais seria um grande desafio. E decidimos encará-lo, na certeza de sua relevância e contribuição para a pesquisa e controle da TB.

## 1. INTRODUÇÃO

Em meados do século XVII, a tuberculose era associada às almas tristes e poéticas. Era a “época de morrer cedo”. A partir do século XVIII, com o surgimento do estudo da Anatomia, bem como do conhecimento da estrutura, particularmente dos pulmões dos doentes durante as autópsias, a TB passou a ser melhor compreendida e a ter o nome atual (REDE TB, 2012).

Nas Américas, a doença realmente se manifestou com a chegada dos europeus. No Brasil, a chegada dos missionários trouxe também a disseminação na TB entre os índios. Nos primórdios da colonização, as referências à TB eram escassas.

Mas foi com o decorrer dos anos que no Brasil, bem como no resto do mundo, com o avanço da Revolução Industrial, causando um aumento desordenado das cidades e agravamento da pobreza que a TB prosseguia crescendo. A abolição da escravidão que trouxe “liberdade”, sem apoio para se conseguir trabalho e conseqüentemente, comida e boas condições de moradia, também contribuiu para o aumento da frequência de TB no país.

No início do século XIX, observou-se que grande parte da causa de óbitos era a tuberculose. No início do século 20, Oswaldo Cruz instituiu um plano de ação para o combate da doença, porém, alcançou pequeno impacto. No final da primeira década, com a Reforma Carlos Chagas, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose que preconizava o diagnóstico e tratamento dos casos de TB (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 1927, é aplicado o primeiro BCG oral em recém-nascidos por Arlindo de Assis. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) cujo objetivo era estudar a tuberculose e o desenvolvimento de meios de ação profilática e assistencial. Em 1946, instalou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) que tinha como objetivos: coordenar todas as atividades de controle da doença, uniformizar a orientação nacional, sugerir descentralização dos serviços e efetuar cadastramento torácico da população. Foi de grande influência para o Programa de Controle da Tuberculose (PNCT) (RUFFINO-NETTO, 2002).

Com a utilização dos tuberculostáticos, a partir da década de 40, surge uma mudança na mortalidade por TB. Os esquemas terapêuticos padronizados surgiram na década de 60. Em 1973, a vacina BCG intradérmica é implantada e a partir de 1976 torna-se obrigatória para menores de um ano de idade. O esquema de tratamento de curta duração (6 meses) utilizando a Rifampicina (RMP) foi introduzido em 1979 (RMP+INH+PZA) (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 1981, com o objetivo de passar a execução do controle da TB para a SES, assinou-se o convênio entre INAMPS/SES/MS. A partir de 1981 aparecem novas estratégias de organização dos serviços de saúde: Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e por fim, o Sistema Único de Saúde (SUS) (RUFFINO-NETTO, 2002).

Embora a OMS apresente o tratamento supervisionado como uma proposta inovadora, deve-se ressaltar, contudo, que a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), do Brasil, já utilizava o tratamento segundo esta estratégia a partir de 1962, em unidades de todos os níveis de complexidade. O tratamento supervisionado era feito pela enfermagem. Em 1981, o programa conseguiu cobrir todas as unidades da Fundação (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 1990, criou-se a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e é extinta a CNCT pelo Presidente Fernando Collor de Mello. Há desestruturação do PCT em nível federal, não priorização do programa de controle, enfraquecimento das coordenações estaduais, diminuição dos recursos financeiros, diminuição das supervisões do programa, disseminação da AIDS, queda da cobertura, diminuição da busca de casos novos, piora dos resultados de tratamento, aumento do abandono (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 1992, na tentativa de reerguer o PCT, há a transferência da responsabilidade dos treinamentos, monitorização dos tratamentos e campanhas públicas para os Estados (RUFFINO-NETTO, 2002).

Dado que, em 1993, a Organização Mundial da Saúde classificou a TB como doença reemergente. Essa afirmativa poderá ser válida para alguns países europeus, e mesmo para os Estados Unidos da América, contudo, não é válida para o Brasil: para nós, a tuberculose não é problema de saúde pública emergente e tampouco reemergente. Ela é um problema presente e ficante há longo tempo. (RUFFINO-NETTO, 2002).



A partir daí, a Organização Mundial de Saúde junto à União Internacional Contra a Tuberculose, propõem uma reavaliação das atividades usadas no controle da doença, considerada a melhor intervenção por trazer maior retorno à sociedade, principalmente nas grandes cidades (RUFFINO-NETTO, 2002).

### **1.1. A Atenção Básica no controle da TB**

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de atenção aos usuários. Favorece o acesso aos serviços de saúde, devendo ser capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde dos pacientes (ELIAS et al., 2006). Entretanto, em se tratando das ações de controle da TB, essa estratégia ainda não foi capaz de oferecer respostas sanitárias como a efetividade esperada (OLIVEIRA et al., 2011). Segundo Scatena et al. (2009) e Wahyuni et al. (2007), deve ser suplantado um conjunto de obstáculos para que o desempenho da ABS torne-se satisfatório na detecção e tratamento da doença.

Entre as barreiras que desfavorecem a atenção à TB na ABS estão a falta de capacitação das equipes, o déficit de conhecimento acerca da forma de transmissão, sobre os métodos e procedimentos para a detecção da TB e a sobrecarga de trabalho (WAHYUNI et al., 2007). Outro aspecto é a insuficiência na rede de apoio ao diagnóstico da doença na ABS (MENDES, 2002).

Nesse sentido, os resultados das avaliações dos serviços de saúde têm passado a incorporar a construção de ferramentas para o planejamento e implementação das políticas de saúde, bem como as decisões necessárias ao sistema e serviços de saúde. Assim, a temática da avaliação ganha relevância, pois é somente por meio dela que essa discussão é possível (DONABEDIAN, 1988).

A estrutura dos serviços de saúde refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

O Processo caracteriza-se por atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.

O Resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1980).

## 1.2 A situação da TB no Brasil e no mundo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) as estimativas da carga global de doenças causadas por TB em 2009 foram de 9.400 mil casos incidentes, 14 milhões de casos prevalentes, 1,3 milhões de mortes entre as pessoas HIV-negativo e 0,38 milhões de mortes entre as pessoas HIV-positivas.

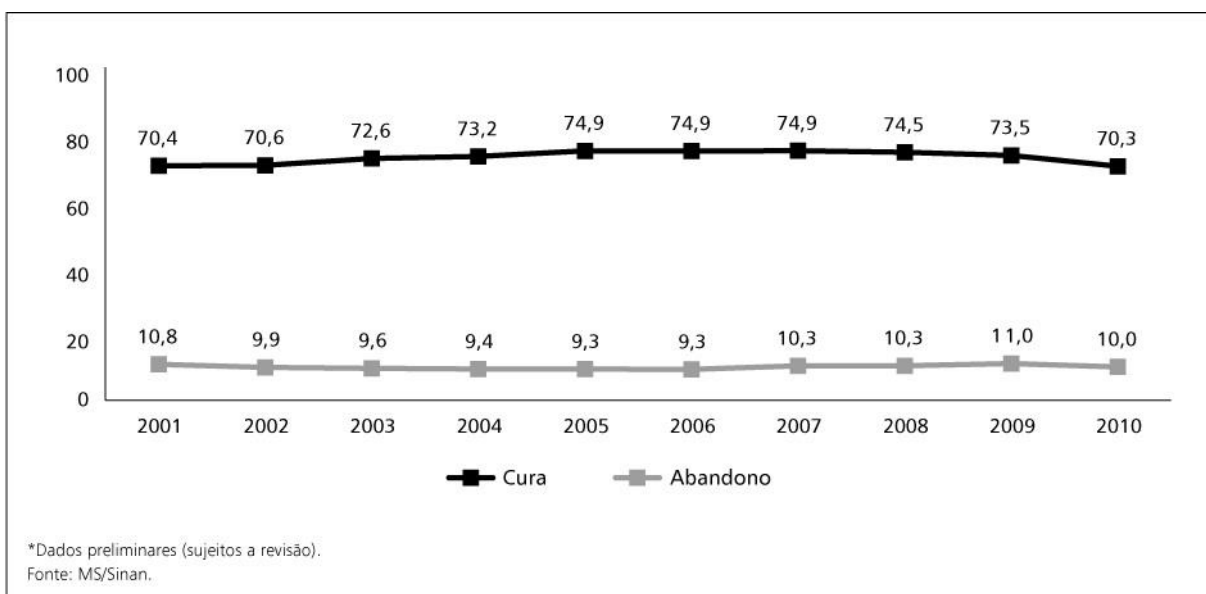
A propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Como todas as doenças infecciosas, prolifera em áreas de grande concentração humana, com serviços precários de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. Por isto, a sua incidência é maior nas periferias das grandes cidades, podendo, porém, acometer qualquer pessoa mesmo em áreas rurais (BRASIL, 2002).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que abrangem 80% da carga mundial de Tuberculose. Atualmente o País está na 17ª posição, e, já tendo ocupado a 14ª em 2004, e o 22º em taxas de incidência, prevalência e mortalidade (BRASIL, 2011).

Em 2012, ocorreram 70.047 mil casos de TB notificados e a taxa de incidência foi de 36,1/ 100.000 habitantes. O Brasil é 111º país em incidência no mundo. Segundo o Ministério da saúde, ocorreu uma queda na taxa de incidência de 2009 para 2012 de mais de 3.000 casos por 100.000 habitantes no Brasil. (BRASIL, 2012), e 73% de sucesso nos casos tratados (WHO, 2013).

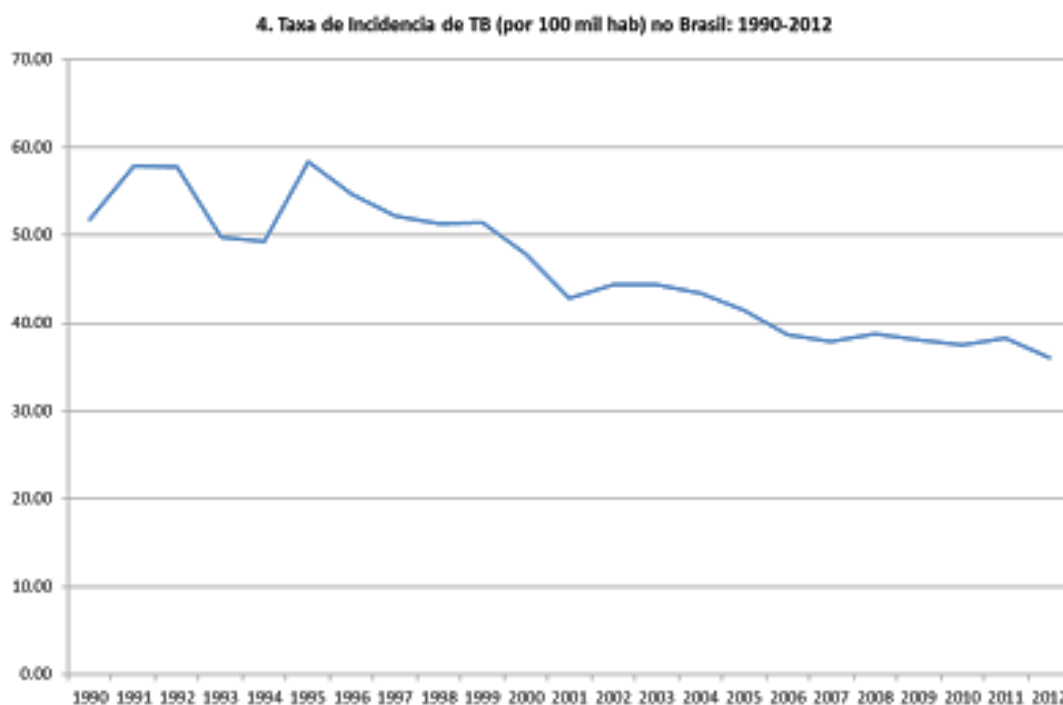
A Tuberculose, no Brasil, é a 4ª causa de mortes por doenças infecciosas, com aproximadamente 4,6 mil mortes por ano e 1ª causa de mortes dos pacientes com aids (BRASIL, 2011). No Brasil, 53,3% dos casos novos de TB diagnosticados em 2012 realizaram e receberam o resultado do teste anti-HIV. Nesse mesmo ano, o percentual de coinfeção TB-HIV no país foi de 9,7% (BRASIL, 2012).

No Brasil o coeficiente de cura foi em média 73% (FIGURA 1) na última década, enquanto que o preconizado pela OMS é de 85%, e a taxa de abandono está em torno de 10% em média. O alcance do percentual recomendado pela OMS, para o indicador de cura, ainda é um desafio para o País. Para atingir tais metas, o Brasil precisa de um incremento de 12% na cura e de uma diminuição de 50% do abandono do tratamento por pacientes com TB (70%).



**Figura 1 - Percentual de cura e abandono de casos novos de TB bacilíferos no Brasil, de 2001 a 2010\***

Em 2011 foram notificados 91% dos casos estimados para o período, aumentando o coeficiente de incidência. Mesmo assim, a tendência desse coeficiente no país é decrescente (Figura 2), com redução média anual de 1,2% (no período entre 1990 e 2011).



Fonte: Monitor de Saúde, 2013

**Figura 2 – Taxa de Incidência de TB por 100.000 hab. no Brasil: 1990-2012.**

Um dos principais problemas relacionados à TB é a alta taxa de abandono ao tratamento. Usuários satisfeitos com os serviços oferecidos tendem a aderir à terapêutica prescrita (LIMA, 2007), e, relacionando a TB, a adesão é fundamental, já que um dos principais problemas apresentados pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose refere-se à não adesão dos pacientes com TB à terapêutica oferecida (HALFOUN, 2008).

A não adesão leva à diminuição dos índices de cura e aumento do número de casos de resistência aos fármacos utilizados para tratamento da TB. Esse quadro impõe desafios aos profissionais e gestores de saúde, no sentido de buscar estratégias que possam superar essas dificuldades, aumentando a adesão ao tratamento (BRASIL, 2006).

### **1.3 O Estado do Rio de Janeiro**

O Estado do Rio de Janeiro possui extensão territorial de 43.780,157 quilômetros quadrados, com uma população de 15.993,583 habitantes segundo último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). É o terceiro Estado mais populoso do país e seus habitantes encontram-se distribuídos em 92 municípios.

A cidade do Rio de Janeiro, capital estadual, é a mais populosa com 6.323.037 habitantes. Trata-se de população predominantemente urbana, formada principalmente por adultos e com crescimento do número de idosos nos últimos anos. A inserção das mulheres no mercado de trabalho, as mudanças na condição socioeconômica e a realização de programas socioeducativos que visam à contracepção são alguns aspectos que podem influenciar este quadro (BRASIL, 2005).

A Região Metropolitana I (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense – subdividida em cinco microrregiões), de acordo com o diagnóstico situacional do Plano Estadual de Saúde de 2001, desenvolveu ao longo dos anos macroproblemas, sendo um deles a deficiência na atenção ao paciente portador de tuberculose e baixa captação de casos novos, alto índice de interrupção no tratamento, insuficiência nas atividades de busca ativa de pacientes que abandonam o tratamento (BRASIL, 2005).

Não é por acaso que o estado apresenta as maiores taxas de incidência da doença. Segundo o censo de 2010 realizado pelo IBGE, o RJ concentra 96% de sua população em áreas urbanas e tem densidade demográfica de 368 habitantes por km<sup>2</sup>, enquanto em São Paulo essa taxa é de 166 habitantes por km<sup>2</sup>.

### **1.4 A comunidade da Rocinha**

A comunidade da Rocinha, bolsão de violência e pobreza, debruçada sobre a bela e turística zona sul do Rio de Janeiro, possui uma das mais altas taxas de incidência de tuberculose no Brasil.

A comunidade em estudo está situada na Zona Sul do município do Rio de Janeiro, na Área Programática 2.1 e apresenta altos índices de tuberculose, com a

taxa de incidência de 300 casos novos por 100.000 habitantes, considerada a maior do país, que tem a média de 46/100.000 habitantes (SMS,2010). No ano de 2010 foram notificados 351 casos de tuberculose na comunidade da Rocinha (SMS, 2010).

A Rocinha é considerada um bairro desde 1993 e uma Região Administrativa (RA) desde 1985 – 27ª. RA. Nesta comunidade, a população recenseada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) foi 69.356 habitantes, com densidade domiciliar de 2,9 hab/dom. As lideranças comunitárias trabalham com 165.000 habitantes. No meio do caminho, a Secretaria Estadual de Obras, em 2009, estimou 101.000 moradores. Líderes comunitários de diversas favelas dizem que, ao estimar a população para baixo, o poder público se isentaria de mais responsabilidades. Funcionários do IBGE e do IPP, contudo, argumentam que a estimativa para cima, por parte das Associações de Moradores, também atende a interesse por mais investimentos (VIVAFVELA, 2014).

Foi verificado também que na Rocinha predominam os apartamentos (36,6% do total), o principal acesso é por escadaria (33,5%) e beco (34,2%). Nas atividades de controle da TB, é importante observar o número de pessoas em um mesmo domicílio e na Rocinha foi verificado que em 69% dos domicílios da Rocinha tem até 3 moradores, 25,8% do total tem 3 moradores, e 18,4% tem 1 morador. Segundo mesmo recenseamento, a maior parte dos moradores possui apenas o ensino fundamental e 7,36% não possuem nenhuma escolaridade e o rendimento médio da população é de 583,00 reais. A taxa de desemprego na Rocinha é de 10,7%, maior que a média do município do Rio de Janeiro que é de 5,7% (IBGE, 2012).

Desde o início da implementação do tratamento supervisionado em junho de 2003, conhecido como estratégia qde Tratamento Diretamente Observado (TDO), do inglês, *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS), 1.800 pacientes já foram inscritos no Programa. O tratamento consiste na observação, por um profissional ou agente comunitário de saúde, da tomada de cada dose dos medicamentos anti-tuberculose ao longo do tratamento, até a alta do paciente (seis meses). Os primeiros resultados são impactantes: aumento no índice de cura, que subiu de 71% para 85%; e redução do abandono, com queda de 20% para 5.1% (FUNDO GLOBAL, 2009).

Para garantir a cobertura de toda a comunidade, a Rocinha foi sub-dividida em 15 áreas, denominadas zonas de trabalho, onde as equipes realizaram um

completo levantamento epidemiológico, identificando padrão de distribuição da tuberculose, áreas de risco para outras doenças, como as valas e os lixões, áreas pouco ventiladas, as de maior aglomeração e de menor incidência de luz solar.

Os agentes comunitários desempenham ainda atividades como: a coleta de escarro no domicílio para o exame (baciloscopia) essencial para o diagnóstico e a alta dos pacientes, o agendamento de consultas médicas e exames complementares, o monitoramento do comparecimento às consultas médicas, o encaminhamento dos contatos para avaliação, além da regular visita domiciliar para observação da tomada dos medicamentos (estratégia DOTS).

No ano de 2010 e em Janeiro de 2011 foram inauguradas na comunidade três Clínicas de Saúde da Família, com 25 equipes no total. Essas clínicas são: Albert Sabin, Maria do Socorro e Rinaldo de Lamare. Grande parte dos agentes comunitários de saúde passou a compor essas equipes e o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose na Rocinha passou a ser de responsabilidade destas equipes de saúde da família.



Fonte: Google Imagens

## 2. PROBLEMATIZAÇÃO

As relações humanas têm peculiaridades que ultrapassam as características de seus componentes e se manifestam não só na relação de um grupo com o outro, mas também nas relações que os membros de um grupo mantêm entre si. Pode-se dizer que o ser humano é dependente destas relações interpessoais pois são essenciais em diversas esferas de sua vida como trabalho, família, lazer, negócios e também na saúde.

No âmbito da saúde, diversas pesquisas mostram que a qualidade nas relações entre unidade de saúde, pacientes e profissionais de saúde é bastante favorável à promoção, prevenção da saúde e reabilitação de doentes. Tal comportamento também contribui para a integralidade e humanização na assistência, bem como a satisfação do usuário.

Portanto, para organizar serviços e tornar essa relação possível é preciso que se cumpra a dimensão “acesso”. Ter acesso aos serviços de saúde significa a possibilidade do usuário gozar de todos os componentes necessários para sua avaliação e/ou tratamento, sendo respeitado em todas as suas peculiaridades.

A avaliação dos serviços de saúde está centrada na relação entre a necessidade de saúde da população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, visando produzir dados confiáveis aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho (VIEIRA, 2005).

No caso da tuberculose, a qualidade da assistência proporcionada ao doente nos serviços de saúde, em busca da adesão ao tratamento e a fim de evitar seu abandono, torna-se essencial, em especial na Rocinha com alta taxa de incidência de TB e que vem mantendo essa realidade há anos, mesmo com programas de TB implementados nas unidades de saúde.

As unidades de saúde devem realizar ações de forma a atrair o doente com TB a iniciar o tratamento, de acordo com as normas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). O serviço deve disponibilizar infra-estrutura adequada, profissionais capacitados no reconhecimento das necessidades dos doentes e proporcionar atenção também em demanda espontânea, sempre garantindo a participação do paciente no seu próprio cuidado.

Os profissionais de saúde que atuam no controle da TB e que são elementos-chave do estudo, estão inseridos na atenção básica e são aqueles que mais



percebem deficiências e êxitos no manejo de casos com TB. Isto requer planejamento e desenvolvimento de práticas que vão além de normas pré-estabelecidas permitindo uma percepção da efetividade de suas atividades.

As ações de controle da TB devem ter um papel transformador, assegurando a participação e o controle social, não permitindo que a existência de obstáculos e desafios inviabilizem a formulação de estratégias na organização de práticas de um novo tipo de cuidado onde responsabilidade e compromisso estejam presentes para o sucesso no tratamento da TB.

### **3. OBJETO DO ESTUDO**

As ações de combate à TB assumem diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários. Para a realização do cuidado ao doente, na perspectiva da integralidade, é preciso que haja fácil acesso aos serviços de saúde, infraestrutura adequada, profissionais capacitados e que proporcionem adequada atenção ao doente. Diante dos altos índices de TB na Rocinha, torna-se necessário avaliar os serviços de saúde, bem como as possíveis inconformidades que venham a ser a causa deste problema. A partir daí, tem-se como objeto do estudo a avaliação dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose pulmonar na Estratégia Saúde da Família na comunidade da Rocinha.

#### 4. OBJETIVOS

Desta forma, tem-se como objetivos do estudo:

- Descrever a estrutura dos serviços de Atenção Básica da ESF voltada para o tratamento dos doentes com TB pulmonar na comunidade da Rocinha;
- Descrever a atenção proporcionada aos doentes com TB pulmonar nos serviços de Atenção Básica da ESF na comunidade da Rocinha;
- Analisar a relação entre a estrutura e atenção proporcionada aos pacientes com TB pulmonar nos serviços de Atenção Básica da ESF, na comunidade da Rocinha, com os desfechos do tratamento da TB pulmonar.

## **5. JUSTIFICATIVA**

Nas ações de controle da TB, o usuário é visto como o maior responsável pelo seu tratamento, não sendo levadas em consideração as condições para realizar o atendimento do caso (que requer a ida freqüente à unidade de saúde em dias pré-estabelecidos), o atendimento imediato, a existência de profissionais capacitados e a infraestrutura adequada.

Este estudo irá contribuir para que seja realizada uma avaliação da oferta de serviços de saúde na Rocinha no manejo de casos de TB, da sua estrutura e da atenção proporcionada ao doente, tendo em vista o alto índice da doença registrado anualmente na comunidade, permitindo reconhecer a interferência nos desfechos dos tratamentos da TB.

## 6. REFERENCIAL TEÓRICO

### 6.1. A *Terapia Diretamente Observada de Curta-duração (DOTS)*

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu a estratégia da terapia diretamente observada de curta duração (DOTS), estabelecendo pela primeira vez a padronização de um marco universal, no qual, os países poderiam nortear e desenvolver seus programas nacionais de saúde (WHO, 1999).

Para a OMS, o DOTS é recomendado para o tratamento da tuberculose e detecção de casos da doença. Deve ser entendido a partir da combinação de cinco elementos essenciais: comprometimento político, retaguarda laboratorial, suprimento de drogas, uso eficiente do sistema de monitoramento e regime de tratamento sob supervisão (DAVIES, 2003).

O TDO (terapia diretamente observada) é um dos elementos da Estratégia. O manual para o controle da Tuberculose considera o TDO como um elemento chave da estratégia DOTS. Visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos. A escolha da modalidade do TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. Devem ser consideradas as seguintes modalidades de supervisão: domiciliar, na Unidade de Saúde (Estratégia de Saúde da Família-ESF; Unidade Básica da Saúde-UBS; Serviço HIV/AIDS), sistema prisional e Compartilhada: quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde e faz o TDO em outra unidade de saúde mais próxima do seu domicílio ou trabalho, ou mesmo quando a supervisão é realizada no próprio domicílio (BRASIL, 2010a).

Até a última década as pesquisas programáticas partiam da premissa que, para alcançar sucesso os programas de TB não podem fazer com que os pacientes assumam a responsabilidade individual de completar o tratamento. O alcance do tratamento completo é uma prioridade programática, e não necessariamente uma prioridade do paciente. Os fatores de risco do paciente não podem ser modificados por programas de TB, mas, mudanças sistêmicas na organização da oferta e prestação do tratamento podem ser controladas pelo programa. Assim, programas de TB começaram a propor intervenções com a intenção de tornar o tratamento mais

conveniente e com menor custo (POPE; CHAISSON, 2003).

Há evidências que a adesão ao tratamento está relacionada mais às intervenções que incluem a sensibilidade às necessidades do paciente (educação médica, apoio social, assistência aos sem teto, usuários de droga e doentes mentais, oferecimento de transporte e cestas básicas) durante a implantação do TDO do que a supervisão médica (VOLMINK, MATCHABA; GARNER, 2000).

## **6.2. Acesso e Controle da Tuberculose**

A lógica de organização em diversos serviços de atenção à TB segue normas rígidas instituídas por métodos epidemiológicos internacionais, nas quais, se estabelece o controle da doença e do doente não respeitando a autonomia do usuário no processo assistencial, dificultando a comunicação e o relacionamento entre os envolvidos no tratamento da enfermidade (WAISBORD, 2007).

Estudos apontam vários comportamentos que denotam relações impessoais e de submissão dos pacientes no seguimento do tratamento da TB como: exigências de mudança de hábitos e costumes, moradia fixa, imposição da medicação e de dietas especiais, comparecimento constante ao serviço de saúde sem considerar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (BRUNELLO et al, 2007).

O acesso é um conceito multidimensional, que exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando necessitam (TRAVASSOS & CASTRO, 2008). Depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições. Deste modo, o acesso está associado a fatores como: tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, distância, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000).

O conceito de acesso vai além da entrada nos serviços, pois, acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não

de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes (DONABEDIAN, 1973).

Outro autor prioriza o termo acesso apresentando-o como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subseqüentes (ANDERSEN, 1995).

Logo, o acesso é um importante indicador de impacto da atenção primária à saúde e avaliar em que medida este componente vem sendo alcançado constituiu-se uma importante ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

No caso da tuberculose, ter acesso torna-se imprescindível para sua detecção precoce e instituição do tratamento, bem como seu acompanhamento, já que os medicamentos são fornecidos na unidade de saúde, são realizados exames periodicamente, o controle dos contatos e providos todos os subsídios para o controle da doença.

Garantindo o acesso à população, mais abrangente poderá ser a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde e nas comunidades, mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos, mais adequada a supervisão direta do tratamento, propiciando a cura do doente e conseqüentemente mais rápida a interrupção da transmissão.

### **6.3. Avaliação dos Serviços de Saúde**

Avaliação é um processo de reflexão e valoração crítica, contínua e sistemática, que se refere a momentos e fatores que intervêm no desenvolvimento de um programa, com fim de determinar quais podem ser, estão sendo ou tem sido seus efeitos, resultados ou conquistas (Caride Gómez, 1989).

Donabedian (1996) diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de

acordo com as preferências de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o cliente e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Este mesmo autor considera que a avaliação qualitativa do cuidado médico poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado, podendo existir combinações entre esses três componentes. Para ele, o objetivo da avaliação da qualidade é “determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos”.

O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência.

A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde.

A avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como, em termos de saúde, os resultados se devem a muitos fatores, a sua medida e avaliação constituem o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total.



## 7. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo multicêntrico, elaborado pelo grupo GEOTB da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, onde a representação do Estado do Rio de Janeiro se deu na área programática 2.1, especificamente na comunidade da Rocinha devido aos altos índices de tuberculose.

O estudo foi realizado após concordância da coordenação da ESF da área, bem como de seus profissionais conforme Termo de Compromisso em apêndice.

A estrutura dos serviços de saúde contempla a capacidade instalada e organização da atenção ambulatorial e básica (Estratégia de Saúde da Família, Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família com Programas de Controle da TB) privilegiando as dimensões: acesso, elenco de serviços com enfoque nas ações de tratamento e tratamento supervisionado.

Esta proposta de pesquisa foi elaborada com base no referencial de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tendo como fundamento os componentes básicos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde: estrutura-processo-resultado (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002).

O componente “estrutura” corresponde aos recursos existentes para a execução dos serviços (recursos físicos - equipamentos, materiais de consumo e instalações; humanos - número e qualificação dos mesmos; e a organização do serviço de saúde).

O componente “processo” implica uma série de atividades realizadas pelos e entre os profissionais e usuários que inclui os atributos de continuidade, coordenação da assistência, trabalho em equipe e forma de atendimento dos profissionais. Neste estudo, a avaliação do componente processo se restringirá à avaliação da atenção proporcionada (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002).

Por fim, o componente resultado refere-se a mudanças no estado de saúde de indivíduos e determinadas populações pelas ações executadas nos serviços de saúde.

### **7.1. Caracterização do local de estudo**

Durante o ano de 2010 e em Janeiro de 2011 foram inauguradas, na comunidade, três Clínicas de Saúde da Família, com 25 equipes no total. Essas clínicas são: Albert Sabin, Maria do Socorro e Rinaldo De Lamare. Cada uma dessas equipes é constituída por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e um vigilante em saúde.

A Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza fica localizada na Estrada da Gávea, nº 522, e foi inaugurada no ano de 2010. Possui 11 equipes de Saúde da Família, cada uma abrangendo uma área da Rocinha: Aníbal, Cachopinha, Cidade Nova, Dionéia, Fundação, Gávea, Paz, Rua 4, Skate, Terreirão de Baixo e Vila União.

A Clínica da Família Rinaldo de Lamare teve sua inauguração também em 2010 e está localizada no Centro Municipal de Cidadania Rinaldo de Lamare, situado na Avenida Niemeyer, 776, em São Conrado. A Clínica é composta por oito equipes de Saúde da Família. As áreas de abrangência são: Morro da Alegria, Canal, Raiz, Boiadeiros, Barcellos, Campo Esperança, Vila Verde e uma das equipes também atende a população de Vila Canoas.

O Centro Municipal de Saúde Dr. Albert Sabin está localizado na Estrada da Gávea, 250, e é a única unidade municipal localizada no bairro. Foi reinaugurada em 2011 após mudanças desde políticas de governo até obras de ampliação, desde o ano de 1984 quando foi inaugurada ainda como UACPS (Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde). Possui 06 equipes de Saúde da Família, abrangendo as áreas: 199, Atalho, Cesário, Laboriaux, Macega e Vilas.

### **7.2. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo exploratório com abordagem quantitativa. Estudos descritivos são aqueles que “descrevem um fenômeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo” (MARKONI & LAKATOS, 1985). A pesquisa quantitativa “tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana” (POLIT, 2011). Elas descrevem também que a pesquisa que utiliza um método quantitativo, geralmente:

- Inicia com idéias pré-concebidas acerca da maneira pela qual os conceitos estão inter-relacionados
- Utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar informações
- Enfatiza a objetividade, na coleta e análise das informações (POLIT, 2011).

### **7.3. Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada nos serviços de Atenção Básica que realizam acompanhamento e tratamento dos doentes de TB na comunidade da Rocinha desde 2003, no período de Junho a Outubro de 2013, a partir da realização de uma entrevista com os profissionais de saúde que atuam junto ao controle da TB nesses serviços, a saber: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Cálculo do tamanho da Amostra

Para proceder a coleta de dados, foi necessário realizar o cálculo de amostra abaixo detalhado (levanto em consideração o número total de profissionais dessas categorias que atuam nos serviços da Estratégia Saúde da Família):

#### **PROFISSIONAIS DE SAÚDE A SEREM ENTREVISTADOS NA ROCINHA**

Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF):

<b>Categoria profissional</b>	<b>Albert Sabin</b>	<b>M<sup>a</sup> do Socorro</b>	<b>Rinaldo De Lamare</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Enfermeiro</b>	06	11	08	<b>25</b>
<b>Médico (clínico geral/ médico da família)</b>	06	18	11	<b>35</b>
<b>Téc. Enfermagem</b>	06	11	08	<b>25</b>
<b>ACS</b>	36	66	48	<b>150</b>
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>106</b>	<b>75</b>	<b>235</b>

Tendo como referencial a população total de profissionais de saúde que atuam na ESF na comunidade da Rocinha acima detalhada e, considerando erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, uma vez que não conhecemos nesta população a proporção verdadeira dos parâmetros que serão estimados e;

Considerando:

$$n_0 = \frac{p \cdot (1-p) \cdot Z^2}{e^2} = 384,16$$

#### **FÓRMULA PARA CORREÇÃO DA AMOSTRA:**

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 / N)} = 384,16 / 1 + (384,16 / 235) = \mathbf{145}$$

(nº profissionais a serem entrevistados)

#### **CÁLCULO DA PORCENTAGEM DE PROFISSIONAIS DE ACORDO COM A CATEGORIA:**

ENFERMEIRO:  $25/235 \times 100 = 10\%$

MÉDICO:  $35/235 \times 100 = 14\%$

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:  $25/235 \times 100 = 10\%$

ACS:  $150/235 \times 100 = 63\%$

#### **CÁLCULO DO Nº DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE A SEREM ENTREVISTADOS:**

ENFERMEIRO:  $10\% \times 145 = 15$

MÉDICO:  $14\% \times 145 = 22$

AUX. / TÉCNICO DE ENFERMAGEM:  $10\% \times 145 = 15$

ACS:  $63\% \times 145 = 93$

TOTAL = 145 PROFISSIONAIS A SEREM ENTREVISTADOS

Assim, o tamanho da amostra calculada foi de 145 profissionais sendo 93 ACS, 22 médicos, 15 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem.

#### **7.4. Instrumento de coleta**

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento estruturado (APÊNDICE II) com questões fechadas, elaborado com base nas definições dos componentes básicos da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (estrutura-processo-resultado).

As variáveis que compõe os componentes avaliativos do instrumento foram construídas pelo grupo GEOTB/EERP/USP, baseando-se em estudos e em documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b; WILLIAMS, ALARCON *et al.*, 2008a; b; c) que trazem as ações de maior relevância para o tratamento da TB nos serviços de Atenção Básica para atingir os objetivos do PNCT.

O componente Estrutura foi subdividido em Recursos Humanos, Recursos Físicos e Organização de Serviço, onde cada uma somava 15, 10 e 15 pontos, respectivamente, em um total de 40 pontos. O componente Processo – Atenção Proporcionada somava um total de 60 pontos.

O componente Resultado caracteriza-se por dados coletados junto à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através do SINAN, onde foram fornecidas informações sobre TB dos anos de 2008 a 2010.

Os Dados Secundários do instrumento de coleta de dados, referem-se à atualização dos Registros das unidades. Todas as unidades possuíam o livro de controle onde eram registrados todos os dados sobre TB em cada unidade. Os profissionais respondiam se o livro estava atualizado e, ao final da entrevista, o entrevistador conferia a atualização do mesmo junto à Gerência da unidade.

O valor total de cada variável foi dividido entre suas respectivas categorias de respostas, também com pesos diferentes, sendo atribuído peso maior àquela mais favorável à realização de determinada atividade para o tratamento da TB no serviço de saúde. Exemplo:

46.	Qual a periodicidade da solicitação da baciloscopia de escarro para controle do tratamento? (3,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	1	Serviço de saúde não solicita (0,0)
		<input type="checkbox"/>	2	Mensal (3,0)
		<input type="checkbox"/>	3	Bimensal (2,0)
		<input type="checkbox"/>	4	Esporadicamente (0,5)
		<input type="checkbox"/>	5	Apenas no final do tratamento (0,1)

Para atribuir pontuação às questões com múltiplas escolhas de respostas, o valor total da questão foi dividido igualmente entre as categorias de respostas de modo que o “ideal” para a realização da determinada ação para controle da TB no serviço de saúde corresponde à todas alternativas. Exemplo:

42.	São realizadas ações educativas em TB? (2,5 pontos)	42.1	Durante a consulta	<input type="checkbox"/>	1	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	2	NÃO (0,0)
		42.2	Na sala de espera	<input type="checkbox"/>	1	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	2	NÃO (0,0)
		42.3	Nos grupos existentes na unidade (Ex: hipertensão, diabetes, gestante...)	<input type="checkbox"/>	1	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	2	NÃO (0,0)
		42.4	Durante as Visitas Domiciliares aos doentes de TB	<input type="checkbox"/>	1	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	2	NÃO (0,0)
		42.5	Em épocas de campanha da TB	<input type="checkbox"/>	1	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	2	NÃO (0,0)

A categoria de resposta “NÃO” recebeu sempre “0 ponto”.

A coleta de dados foi constituída de 3 etapas. Primeiro foi realizada uma entrevista com os profissionais de saúde das três unidades da Estratégia Saúde da Família da comunidade da Rocinha. Após as entrevistas era realizada a revisão dos dados do livro de registro e acompanhamento dos doentes para verificar atualização do mesmo. Por último, dados relacionados à cura, abandono e óbito, contemplados na seção V do questionário, foram solicitados à Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, onde foram coletados de fonte secundária (SINAN), contemplando o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

### **7.5. Aspectos éticos**

Atendendo à Resolução CNS nº 466 de 2012 - diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro, e aprovado sob o parecer de Protocolo 134/11, CAAE 0042.0.313.314-11.

Cada entrevistado participou da pesquisa somente mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo garantido o anonimato dos participantes.

### **7.6. Análise dos dados**

Foram realizadas técnicas de análise exploratória das variáveis do estudo, utilizando distribuição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão- (desvio-padrão (DP) e intervalo interquartil (IQR)).

Os serviços de Atenção Básica foram classificados quanto ao seu desempenho para desenvolver as ações de tratamento da TB, a partir da obtenção de escores (soma das pontuações) relacionados aos componentes avaliativos de estrutura e atenção proporcionada. Para classificar os serviços quanto ao desempenho para o desfecho do tratamento, usamos a média dos escores de referente a cada unidade da ESF. As unidades foram comparadas pelo teste não paramétrico Kruskal-Wallis, assumindo um nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no programa estatístico R (versão 3.01)

A análise foi realizada a partir da elaboração de um banco de dados utilizando-se o *Microsoft Access*, para a digitação do instrumento de coleta de dados. Após inseridas, as respostas foram organizadas em tabelas, com a porcentagem de respostas “SIM” de cada unidade, formando um comparativo. A média dos escores (soma das pontuações) relacionados aos componentes avaliativos de estrutura e atenção proporcionada das três unidades estabelecerá o escore da comunidade da Rocinha.

Para classificar os componentes avaliativos em Satisfatório ou Insatisfatório, foram utilizados os seguintes parâmetros:

**Interpretação da pontuação e resultados obtidos**

<b>Componentes avaliativos</b>		<b>Pontuação</b>	<b>Interpretação</b>
Estrutura		0 a 25 pontos	Insatisfatórios
		26 a 40 pontos	Satisfatórios
Processo – Atenção proporcionada		0 a 40	Insatisfatórios
		41 a 60	Satisfatórios
Resultado	Cura	< 85%	Insatisfatório
		≥ 85%	Satisfatório
	Abandono	> 5%	Insatisfatório
		≤ 5%	Satisfatório
Óbito	> 5%	Insatisfatório	
	≤ 5%	Satisfatório	



## 8. RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas com 145 profissionais que atuam no controle da TB na comunidade da Rocinha, em suas três unidades de saúde: C. F. Maria do Socorro Silva e Souza (34%), C. F. Rinaldo de Lamare (36%) e C. M. S. Dr. Albert Sabin (30%).

As informações referentes as características dos profissionais entrevistados estão apresentados na tabela 1. A categoria profissional com maior número de entrevistados foi de agentes comunitários de saúde com 53% dos entrevistados. A categoria profissional que mais se diferenciou entre as unidades de saúde foi a de médicos, variando de 9% na C.M.S. Dr Albert Sabin até 23% na C.F. Rinaldo de Lamare. Nesta ultima unidade de saúde observamos também a menor representatividade de agentes comunitários de saúde (42%). Em relação ao tempo de atuação e no serviço a média geral foi de 3.37 e 2.36 anos (DP: 3.52 e 2.77, respectivamente), sendo a unidade C. M. S. Dr. Albert Sabin a que apresentou o maior tempo médio de atuação (média=4 anos; DP=5 anos) e de serviço (média=3 anos; DP=4,72).

O total de entrevistados, por categoria profissional, está disposto na tabela 1, onde observamos que 53% dos entrevistados são agentes comunitários de saúde, seguido por 18% de auxiliares/técnicos.

**Tabela 1 – Distribuição dos tipos de formação dos entrevistados, segundo unidades de saúde.**

Unidade de Saúde/ Formação Profissional	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza N=50	C. F. Rinaldo de Lamare N=52	C. M. S. Dr. Albert Sabin N=43	TOTAL N=145
Enfermeiro	5 (10%)	6 (12%)	8(18%)	19(13%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	9 (18%)	12(23%)	6(14%)	27(18%)
Médico	7 (14%)	12(23%)	4(9%)	23(16%)
ACS	29 (58%)	22(42%)	25(59%)	76(53%)
Tempo de atuação (anos) Média(DP)	3.11(2.30)	2.94(2.64)	4.10(5.19)	3.37(3.52)

Unidade de Saúde/ Formação Profissional	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza N=50	C. F. Rinaldo de Lamare N=52	C. M. S. Dr. Albert Sabin N=43	TOTAL N=145
Tempo no serviço (anos) Média (DP)	2.24(1.18)	1.92(1.22)	3.03(4.72)	2.36(2.77)

% em relação ao total da coluna; DP: desvio-padrão

A Tabela 2 apresenta o componente de avaliação Estrutura, sub-componente Recursos Humanos, e as porcentagens de respostas dos entrevistados. A C.M.S. Dr. Albert Sabin foi a que apresentou a maioria de respostas onde todos os profissionais, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico e ACS, estão envolvidos no atendimento aos doentes com TB, ficando Enfermeiros e Médicos presentes em 100% das respostas. Apenas 40% dos profissionais relataram a existência de outros profissionais no C.M.S. Dr. Albert Sabin. A capacitação nos últimos 3 anos foi realizada em sua maioria aos ACS, e nos últimos 12 meses, a unidade que mais recebeu capacitação foi a C.F. Maria do Socorro Silva e Souza. Todas as unidades possuem um profissional responsável pelo TDO.

**Tabela 2 – Componente de avaliação Estrutura – Profissionais de Saúde no atendimento de casos de TB, segundo unidades de saúde.**

Unidades de saúde/ Profissionais de Saúde	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
<b>No atendimento aos casos de TB:</b>			
Enfermeiro	100%	100%	100%
Téc. de Enf.	92%	85%	91%
Médico	100%	100%	100%
ACS	98%	100%	100%
<b>Outros profissionais envolvidos</b>	44%	52%	40%
<b>Profissionais capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos:</b>			

Unidades de saúde/ Profissionais de Saúde	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
Téc. De Enf.	80%	73%	72%
Médico	78%	77%	81%
Outros	44%	54%	44%
<b>Capacitação sobre TB realizada pela Vigilância Epidemiológica/ Programa de Controle TB/ SMS/RJ, últimos 12 meses</b>	72%	52%	67%
<b>Capacitação sobre TB realizada pelo próprio serviço de saúde, nos últimos 12 meses</b>	68%	44%	49%
<b>Existência de um profissional responsável pelo TDO</b>	96%	96%	93%

A Tabela 3 mostra o componente de Avaliação Estrutura, subcomponente Recursos Físicos, e as porcentagens de respostas dos entrevistados. Nota-se que há locais para atendimento ao doente com TB nas três unidades. Todas as unidades possuem acesso a instrumentos de registro e insumos/equipamentos para o controle da TB. A disponibilidade de medicamentos também atendeu à demanda nos últimos 12 meses em todas as unidades. No que se refere ao fornecimento de vale alimentação e vale transporte aos doentes, nenhuma das unidades apresentou padrão satisfatório, com exceção da C. M. S. Dr. Albert Sabin que apresentou o dobro de respostas afirmativas no que se refere à disponibilidade de vale-transporte.

**Tabela 3 – Componente de avaliação Estrutura – Recursos Físicos, segundo unidades de saúde.**

Unidades de saúde/ Recursos Físicos	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
<b>Espaço para atendimento</b>			
Consultórios	84%	79%	84%
Salas para enfermagem	82%	77%	51%
<b>Cestas básicas ou vale alimentação para os casos de TB</b>	6%	6%	9%
<b>Vale transporte para entregar aos doentes</b>	14%	12%	33%
<b>Acesso dos profissionais aos instrumentos de registro:</b>			
Ficha de notificação	98%	94%	93%
Prontuários	94%	92%	91%
Ficha mensal	98%	100%	98%
Ficha diária	98%	100%	98%
Livro verde	92%	92%	91%
<b>Insumos/equipamentos para controle do tratamento:</b>			
Pote para baciloscopia	100%	100%	100%
Pedido baciloscopia	100%	100%	100%
Pedido cultura	100%	100%	100%
Pedido HIV	100%	100%	100%
Ficha referência/contra referência.	100%	98%	98%

Unidades de saúde/ Recursos Físicos	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
<b>Medicação para TB atendeu à demanda nos últimos 12 meses</b>	96%	96%	98%

Na Tabela 4, encontramos informações acerca das respostas dos entrevistados no componente Estrutura, sub-componente Organização do Serviço. Com exceção da C. M. S. Dr. Albert Sabin, todas as unidades atendem fora do horário comercial. 100% das equipes das três unidades discutem os casos de TB entre si, e os doentes são orientados a procurar a unidade de saúde caso apresentem qualquer intercorrência e conseguem atendimento em até 24 horas se assim o fizerem.

**Tabela 4 - Componente de avaliação Estrutura – Organização do Serviço, segundo unidades de saúde.**

Unidades de saúde/ Organização do Serviço	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
<b>Atendimento em horário diferenciado (após 17:00h)</b>	98%	94%	19%
<b>Realização de discussões dos casos de TB pela equipe de profissionais</b>	100%	100%	100%
<b>Consulta no prazo de 24 horas em caso de efeito colateral</b>	100%	100%	100%
<b>Orientação dos casos sobre procura da U.S em caso de efeito colateral</b>	100%	98%	100%
<b>Articulação com outros níveis de atenção nos casos:</b>			

Unidades de saúde/ Organização do Serviço	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
Complicações no tratamento	98%	92%	98%
Dificuldades no TODO	86%	90%	81%
Apoio laboratorial suficiente	96%	96%	98%
<b>Resultado do BAAR em até 7 dias</b>	88%	98%	91%
<b>Existência sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB</b>	98%	100%	100%

A Tabela 5 mostra o componente de avaliação Processo – Atenção Proporcional e a porcentagem das respostas dos entrevistados. Todas as unidades atenderam à quase todas as questões. Notou-se que os profissionais ouvem outros problemas de saúde e necessidades do doente, passam todas as informações necessárias sobre TB e discutem com o doente sobre a forma de seu acompanhamento. Os doentes são sempre atendidos pelos mesmos profissionais e os resultados de exames são entregues e suas consultas médicas realizadas na mesma unidade. São realizadas visitas domiciliares aos casos prioritários de TB.

Os profissionais ainda ajudam na marcação de exames ou consultas quando o doente precisa ser encaminhado para outra unidade e fornecem informações escritas. Os doentes, em sua maior parte, trazem a contra-referência. Há busca ativa dos doentes que faltam consultas ou não comparecem na tomada da medicação. São solicitados exames anti-HIV aos doentes com TB e a baciloscopia de controle é requerida em sua maioria, mensalmente.

Já na realização do TDO, observa-se que o mesmo não é realizado no trabalho do doente por nenhuma das unidades. As ações educativas na comunidade também não possuem uma rotina, acontecendo em épocas de campanha segundo grande parte dos profissionais.

**Tabela 5 - Componente de avaliação Processo – Atenção Proporcionalada.  
Porcentagem de respostas dos entrevistados, segundo as Unidades de Saúde.**

Tipo de Atenção Proporcionalada	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
<b>Costumam ouvir outros problemas de saúde e necessidades do doente</b>	100%	100%	100%
<b>Atendimento dos doentes pelos mesmos profissionais sempre que retornam ao serviço de saúde</b>	100%	94%	91%
<b>São passadas informações sobre a TB quanto a:</b>			
Forma de transmissão	100%	100%	100%
Horário da medicação	100%	100%	100%
Reações adversas	100%	100%	100%
Necessidade de examinar contatos	100%	100%	100%
Importância da adesão ao tratamento	100%	98%	100%
<b>Discussão com os casos sobre a forma de seu acompanhamento:</b>			
Realização do TDO	100%	100%	100%
Local para o TDO	100%	100%	100%
Dia da semana para realização do TDO	100%	100%	100%
Horário de realização do TDO	100%	100%	100%

Tipo de Atenção Proporcionada	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
Horário das consultas médicas de controle	100%	100%	100%
Entrega da medicação	100%	100%	98%
<b>Regularidade no fornecimento da medicação para o caso de TB</b>	100%	100%	95%
<b>Local do TDO:</b>			
Domicílio	100%	100%	100%
Unidade de saúde	100%	100%	100%
Trabalho	20%	15%	9%
<b>Oferecimento de visitas domiciliares aos casos prioritários de TB</b>	100%	100%	95%
<b>Realização de ações educativas à comunidade:</b>			
De forma rotineira	74%	62%	67%
Campanhas	94%	96%	100%
<b>Realização do exame anti-HIV em casos de TB</b>	94%	96%	100%
<b>Solicitação de baciloscopia de controle:</b>			
Mensal	88%	69%	81%
Bimensal	6%	15%	7%
Esporadicamente	-	-	2%
Início e final do tratamento	6%	10%	5%



Tipo de Atenção Proporcionalizada	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
Não soube responder	-	6%	5%
<b>A baciloscopia de controle é entregue na mesma unidade</b>	94%	100%	95%
<b>Realização de agendamento de consultas médicas mensais (controle)</b>	100%	98%	91%
<b>Realização de consulta médica de controle na mesma unidade que o doente realiza o TDO</b>	100%	100%	100%
<b>Ajuda dos profissionais na marcação de exames e consultas quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde</b>	90%	90%	91%
<b>Profissionais fornecem informações escritas quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde</b>	98%	100%	98%
<b>Há contra-referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora desse serviço de saúde</b>	88%	85%	81%
<b>Busca ao doente de TB quando falta uma consulta médica/enfermagem</b>	100%	100%	100%
<b>Busca ao doente de TB quando não comparece na tomada/não busca a medicação na data correta</b>	100%	100%	100%

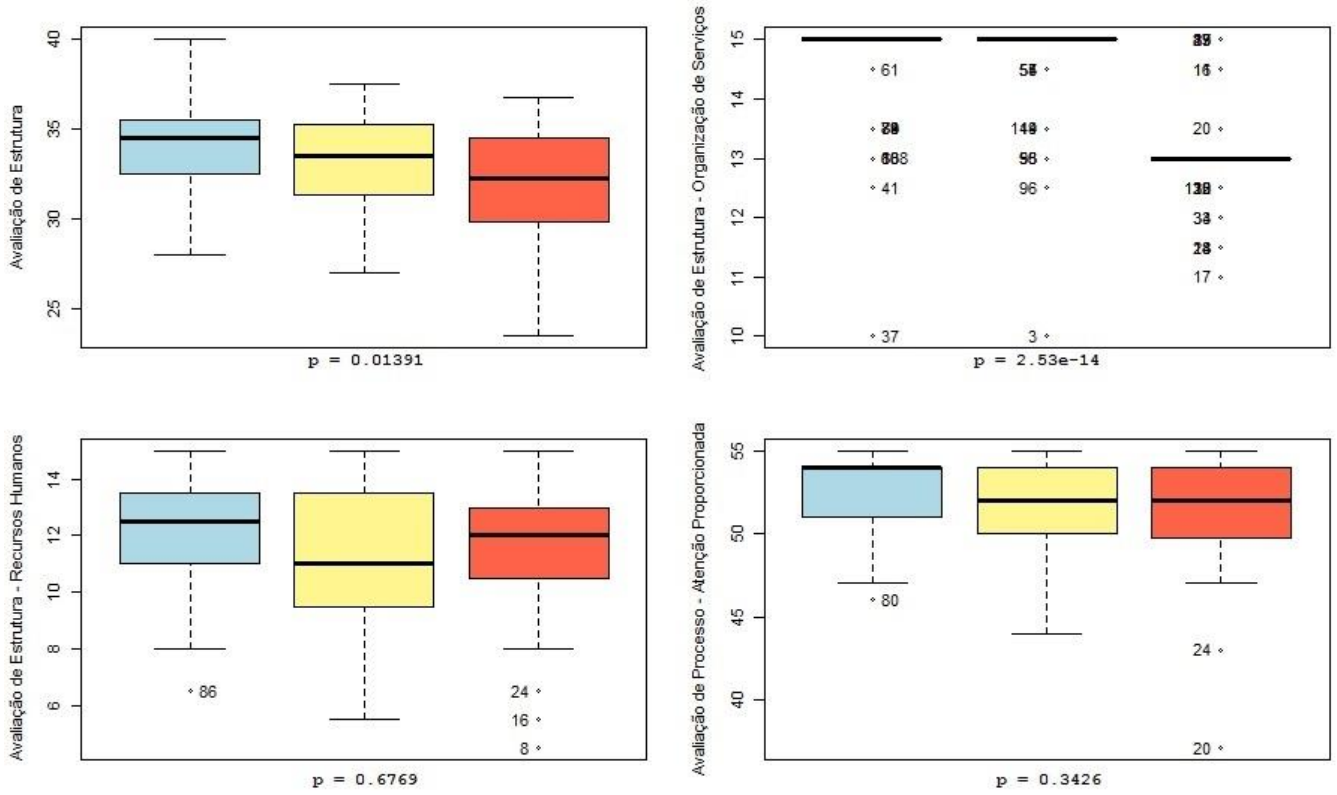
A Tabela 6 mostra a média de pontuação por unidade dos componentes avaliativos, seus subcomponentes e sua pontuação máxima. O componente Estrutura era dividido em Recursos Humanos que somava 15 pontos, Recursos Físicos também 15 pontos e Organização do Serviço 10 pontos. O componente Atenção Proporcional somava 60 pontos. As unidades obtiveram médias semelhantes em todos os componentes, observando-se variação no subcomponente Organização do Serviço, onde C. M. S. Dr. Albert Sabin apresentou uma média menor que as demais e no componente Atenção Proporcional, onde a média da C. F. Maria do Socorro Silva e Souza apresentou uma média maior que as outras unidades.

**Tabela 6 – Pontuação por unidade dos componentes avaliativos – Média(DP)**

Unidades de saúde	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin
Total (N)	50	52	43
Tempo de atuação (anos)	3.11(2.30)	2.94(2.64)	4.10(5.19)
Tempo no serviço (anos)	2.24(1.18)	1.92(1.22)	3.03(4.72)
Recursos Humanos (15)*	11.98(2)	11.2(2.55)	11.45(2.46)
Recursos Físicos (10)*	7.42(0.86)	7.32(0.85)	7.5(1.3)
Organização do Serviço (15)*	14.58(0.95)	14.64(0.91)	13.07(0.95)
Atenção Proporcional (60)*	54.38(2.26)	53.72(2.59)	53.34(3.46)

\* pontuação máxima de cada componente

A Figura 3 mostra a variabilidade dos escores atribuídos a cada componente avaliativo de estrutura e atenção proporcionada. A linha mais grossa representa a mediana dos escores e as linhas inferior e superior representam o primeiro (25% dos respondentes) e terceiro quartil (75% dos respondentes), respectivamente. Assim, na avaliação de estrutura a unidade C.F. Maria do Socorro Silva e Souza teve uma mediana de aproximadamente 34 pontos, ou seja, 50% dos entrevistados atribuíram uma nota de até 34 pontos para a avaliação da estrutura, enquanto que 25% atribuíram uma nota até 33 pontos e 75% atribuíram até 36 pontos. As unidades C.F. Rinaldo de Lamare e a C.M.S. Dr. Albert Sabin tiveram valores medianos de escores mais baixo, mostrando uma diferença significativa ( $p=0.013$ ) entre as medianas dos escores entre as 3 unidades. Esse componente foi dividido entre organização do serviço, recursos físicos e humanos. Nessa subdivisão foi possível observar que a organização do serviço foi o componente que apresentou a maior variabilidade de escores entre unidades, onde a unidade C.M.S. Dr. Albert Sabin apresentou uma menor mediana e valores extremos ainda menores que as demais unidades. Recursos físicos e humanos não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as unidades. Em relação ao componente atenção proporcionada, não houve diferença significativa entre as unidades que participaram do estudo ( $p>0,05$ ).



**FIGURA 3.** Diagrama de caixa dos escores atribuídos aos componentes avaliativos de estrutura e atenção proporcionada, por unidade de atenção básica na Rocinha.

A Tabela 7 apresenta os escores das unidades no componente Estrutura e Processo/Atenção Proporcionada, bem como sua classificação. A C.F. Maria do Socorro Silva e Souza foi a que apresentou melhor pontuação no componente Estrutura, seguida da C.F. Rinaldo de Lamare, e por último, C.M.S. Dr. Albert Sabin. Todas as unidades foram classificadas como Satisfatório, com uma média geral de 33,11 pontos.

No componente Processo, conforme o componente Estrutura, a C.F. Maria do Socorro Silva e Souza foi a que obteve maior pontuação, seguida da C.F. Rinaldo de Lamare e por último, a C.M.S. Dr. Albert Sabin. Todas as unidades foram classificadas como Satisfatório, com uma média geral de 53,83 pontos.

**Tabela 7 – Escores obtidos pelas unidades e classificação dos componentes avaliativos**

Componentes Avaliativos:	C. F. Maria do Socorro Silva e Souza	C. F. Rinaldo de Lamare	C. M. S. Dr. Albert Sabin	Média
Estrutura	33.98(2.52) Satisfatório	33.17(2.84) Satisfatório	32.02(3.22) Satisfatório	33.11(2.94) Satisfatório
Processo/Atenção Proporcionada	54.38(2.26) Satisfatório	53.72(2.59) Satisfatório	53.34(3.46) Satisfatório	53.81(2.77) Satisfatório

A Tabela 8 mostra a distribuição dos casos de TB na comunidade da Rocinha que foram obtidos através do SMS/RJ, contemplando o período de 2008 a 2010. O número de doentes que foram curados e os que abandonaram o tratamento foram considerados Insatisfatórios nos três anos. Já o número de óbitos foi considerado Satisfatório nos anos pesquisados. Notou-se um aumento do número de casos de TB na comunidade no decorrer dos anos e todos os doentes realizaram TDO.

**Tabela 8 – Distribuição dos casos de TB na comunidade da Rocinha, no período de 2008 a 2010**

<b>Ano / Tipo de desfecho do Tratamento</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Número de doentes de TB que foram <b>curados</b> :	274(82%) Insatisfatório	275(79%) Insatisfatório	256(72%) Insatisfatório
Número de doentes de TB que <b>abandonaram</b> o tratamento:	22 (6%) Insatisfatório	29(8%) Insatisfatório	40(11%) Insatisfatório
Número de doentes de TB que foram à <b>óbito por TB</b> :	11(3%) Satisfatório	08(4%) Satisfatório	11(4%) Satisfatório
Número de <b>doentes de TB acompanhados</b> nesse serviço de saúde:	332 (100%)	346 (100%)	351 (100%)
Número de doentes de TB que <b>realizaram TDO</b> nesse serviço de saúde:	332	346	351

Os Dados Secundários do instrumento de coleta de dados, referiram-se à atualização dos Registros das unidades. Todas as unidades possuíam o Livro de Controle de Tratamento dos Casos de TB, onde eram registrados todos os dados sobre TB em cada unidade. Os profissionais respondiam se o livro estava atualizado e, ao final da entrevista, o entrevistador conferia a atualização do mesmo junto à Gerência da unidade. Nas três unidades foi possível verificar a atualização dos registros.

## **8.1. ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA ROCINHA – UMA VIVÊNCIA**

As entrevistas aconteceram no período de Junho a Outubro de 2013, nas três unidades da Estratégia Saúde da Família – ESF, da comunidade da Rocinha. Foram entrevistados 145 profissionais que atuam nas unidades no tratamento da tuberculose, dentre eles Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

A abordagem aos profissionais de saúde nas unidades da Estratégia Saúde da Família da Rocinha se deu durante o horário de trabalho dos profissionais. Primeiramente, dávamos ciência ao gerente da unidade quanto à nossa presença e logo após iniciávamos a busca por profissionais “disponíveis”, ou seja, aqueles que não estavam em atendimento de nenhum usuário naquele momento.

Utilizou-se aqui a nomenclatura de Azul, Roxa e Vermelha para denominar as três unidades de saúde da Rocinha a fim de manter os princípios de confidencialidade e o anonimato na pesquisa.

A primeira unidade em que iniciamos as entrevistas foi a unidade Azul. Fomos muito bem recebidas pelas gerentes e conseguimos realizar muitas entrevistas já no primeiro dia. Os Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros foram bastante solícitos. A grande maioria forneceu todas as informações necessárias e ainda entravam em contato com mais profissionais, chamando-os para que nós pudéssemos entrevistá-los ou informando onde poderíamos encontrar outros profissionais disponíveis.

Encontramos profissionais que trabalhavam na unidade há pouco tempo, alguns menos de 30 dias, o que gerou dúvida na resposta de algumas perguntas, fazendo com que algumas ficassem em branco, ocasionando o desenvolvimento da resposta “não soube” nos resultados. Notamos também que a maioria dos Técnicos de Enfermagem tinha muitas dúvidas nas respostas, o que nos levou a crer que esta categoria profissional não está muito inserida no atendimento e/ou tratamento do doente com tuberculose. Contudo, a maior dificuldade que encontramos na unidade foi realizar as entrevistas com os Médicos devido ao grande número de pacientes para atendimento e também ao pequeno número destes que encontramos na unidade.

Partimos então para a unidade Roxa. Também fomos muito bem recebidos pelos gerentes, que nos passaram os melhores dias da semana para entrevistarmos os profissionais, bem como os dias em que a demanda por atendimento aos usuários é maior, o que dificultaria o nosso trabalho. Por ter uma demanda de usuários muito superior às outras esta unidade foi a mais difícil para realizar as entrevistas. É a unidade que possui mais equipes.

Mais uma vez, os profissionais de mais difícil abordagem foram os médicos. Havia um grande número de residentes e estes tinham curso quase que diariamente, ao menos esta era a justificativa para os mesmos não nos fornecer entrevistas mesmo quando os abordávamos já no final do expediente. Alguns simplesmente nos respondiam com um “não” e nos mandava “voltar outro dia”. Outros pediam que aguardássemos e no final não nos atendiam, ou se surpreendiam quando aceitavam ser entrevistados e se deparavam com um instrumento, segundo eles, claro e objetivo.

Os enfermeiros também tinham uma demanda bem grande de usuários, mas foram mais acessíveis que os médicos. Conseguíamos também abordar os ACS na chegada de Visitas Domiciliares ou nos guichês de atendimento, quando não estavam atendendo nenhum usuário. Os Técnicos de Enfermagem também nos atendiam nos intervalos de atendimento aos pacientes, outra categoria que não nos apresentou resistência.

Por fim, a última unidade que realizamos as entrevistas foi a unidade Vermelha. Fomos muito bem recebidas pela assistente direta da gerente da unidade, haja vista esta sempre estar em reuniões quando estivemos presente. O restante dos profissionais, em sua maioria, também foi bastante receptivo. A funcionária avisou a todos quanto à nossa presença, bem como do nosso propósito na unidade. Conseguimos um número muito bom de entrevistas e apenas poucos profissionais se recusaram a participar, sem nenhuma justificativa, dentre eles uma médica e uma enfermeira.

O período de entrevistas teve altos e baixos, alguns dias muito produtivos onde somávamos mais de 30 entrevistas, outros muito desgastantes quando deixávamos a comunidade, após inúmeras tentativas, com apenas 03. Porém, foi



proveitoso e constituiu uma grande experiência no lidar com diferentes categorias profissionais e suas particularidades.

Ao serem entrevistados, os profissionais muitas vezes davam sua opinião própria sobre o problema da tuberculose na Rocinha. Muitos profissionais ficavam surpresos quando informávamos o número de casos, outros com as condições de moradia insalubres na comunidade quando estes realizavam visitas domiciliares, alguns inclusive consideravam este ser o motivo da disseminação da doença e da impossibilidade de erradicação da mesma.

O fato que nos chamou bastante atenção e nos surpreendeu, foi que todas as equipes, exceto profissionais que estavam inseridos nas unidades por muito pouco tempo, em todas as categorias profissionais, tinham ciência das respostas das entrevistas e respondiam com propriedade, mesmo aqueles que não apresentavam formação superior, como os ACS principalmente, estes mostrando bastante empenho e conhecimento do fluxo de atendimento aos doentes com tuberculose. Antes do início das entrevistas, temia-se que nem todas as categorias profissionais fossem capazes de responder a todas as perguntas.

As unidades, bem como vários *outdoors* nas ruas da comunidade, possuíam muitas ilustrações alertando sobre os sintomas respiratórios que podem caracterizar tuberculose, a importância de procurar atendimento, sempre de forma clara aos moradores, deixando-os à vontade para que se dirigissem à uma unidade de saúde mesmo em demanda espontânea.

Desta forma, foi possível notar que a comunidade da Rocinha, em suas unidades da ESF, trabalha para combater a tuberculose com compromisso e respeito ao doente e sua família, garantindo o acesso aos serviços, e assim, contribuindo para a redução da incidência da doença.



C.F. Rinaldo De Lamare. Fonte: Jornal do Brasil



C. F. Maria do Socorro Silva e Souza. Fonte: ISaúde.net



C.M.S Dr. Albert Sabin. Fonte: C.M.S. Dr. Albert Sabin (Blog)

## 9. DISCUSSÃO

O quantitativo total de entrevistados nas três unidades da Rocinha foi de 145 profissionais. A C.F. Rinaldo de Lamare foi a que apresentou maior número de entrevistados (52, 36%), seguida da C.F. Maria do Socorro Silva e Souza (50, 34%) e, por último, C.M.S. Dr. Albert Sabin (43, 30%). Foi utilizado o critério da disponibilidade dos profissionais ao serem abordados, evitando-se que houvesse discrepância entre as unidades.

Em relação à categoria profissional dos entrevistados, não foi possível entrevistar os 93 ACS, conforme cálculo prévio da amostra, devido à indisponibilidade de abordagem dos mesmos e por não encontrarmos esse quantitativo nas unidades, seja por motivo de Visitas Domiciliares ou férias de muitos destes profissionais, decidimos entrevistar mais profissionais das outras categorias a fim de atingirmos o total da amostra calculada (145).

O tempo de experiência, em anos, dos profissionais entrevistados na Atenção Básica variou entre as unidades. A C.M.S. Dr. Albert Sabin possui profissionais com quase o dobro de experiência no serviço que os profissionais da C.F. Rinaldo De Lamare e C. F. Maria do Socorro Silva e Souza. A média geral do tempo de atuação na atenção básica foi de 3.37 anos.

O tempo de atuação, em anos, dos profissionais entrevistados em suas respectivas unidades também não foi uniforme entre as unidades. Os profissionais da C. M. S. Dr. Albert Sabin atuam há mais tempo na unidade do que os profissionais que estão em atividade na C. F. Rinaldo De Lamare e C.F. Maria do Socorro Silva e Souza. Tal resultado mostra uma provável rotatividade menor de profissionais na C.M.S. Dr. Albert Sabin, o que confere à unidade uma possibilidade maior de estabelecimento de vínculo usuário-profissional-família-comunidade, garantindo uma maior adesão ao tratamento. A média geral do tempo de atuação no serviço foi de 2.36 anos.

Na avaliação dos Recursos Humanos, observou-se que dentre as categorias profissionais entrevistadas, os Auxiliares/Técnicos de Enfermagem são os que menos se inserem no controle da TB na comunidade, nas três unidades. Há carência de outros profissionais no atendimento aos doentes com TB, como

psicólogos e assistentes sociais, bem como de capacitação dos profissionais envolvidos com o tratamento da doença, seja ela realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Programa de Controle da TB e/ou pela própria unidade.

Apenas 44% dos profissionais da C. F. Maria do Socorro Silva e Souza afirmaram haver outros profissionais envolvidos com o tratamento da TB, como psicólogos e assistentes sociais, seguidos de 52% na C. F. Rinaldo de Lamare e 40% na C. M. S. Dr. Albert Sabin.

Os profissionais entrevistados mostraram valores de 68% e 72% na C. F. Maria do Socorro Silva e Souza, 52% e 44% na C. F. Rinaldo de Lamare e 67 e 49% na C. M. S. Dr. Albert Sabin, quando perguntados sobre capacitação nos últimos 12 meses pela Vigilância Epidemiológica/Programa de Controle de TB/Secretaria Municipal de Saúde e pela própria unidade, respectivamente. A capacitação dos profissionais que atuam no controle da TB é uma das ações prioritárias do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que preconiza “Capacitar, com participação dos Pólos de Educação Permanente (PEPs), os profissionais de saúde da Atenção Básica – PACS e PSF - nas ações de vigilância, prevenção, controle e ações assistenciais adequadas para diagnóstico e tratamento da tuberculose”. O Programa também diz que os psicólogos e assistentes sociais, assim como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, “têm papel importante no controle da tuberculose, adequando-se esta composição à realidade de cada nível de execução”. (BRASIL, 2010)

Na avaliação dos Recursos Físicos, notou-se ausência de incentivos como cestas básicas ou vale-alimentação, bem como de vale-transporte para entregar aos doentes. Apenas 6% dos profissionais da C. F. Maria do Socorro Silva e Souza e C. F. Rinaldo de Lamare responderam que há disponibilidade de cestas básicas ou vale-alimentação para os doentes, seguida de 9% da C.M.S. Dr. Albert Sabin. O fornecimento de vale-transporte pela C.M.S. Dr. Albert Sabin foi afirmativo em 33% das respostas, mais que o dobro das unidades C. F. Maria do Socorro (14%) e C. F. Rinaldo de Lamare (12%), mas ainda assim, somando níveis muito baixos. O PNCT (2010) preconiza que todos os Programas de Controle da Tuberculose devem promover o apoio suplementar aos pacientes para promover a adesão ao

tratamento. Os incentivos como vale-alimentação e garantia de transporte devem ser oferecidos aos pacientes em tratamento supervisionado como forma de reduzir as chances de abandono do tratamento, ou seja, estimular a adesão ao TDO.

O componente Organização do Serviço mostrou diferença entre as unidades. A C. M. S. Dr. Albert Sabin teve uma pontuação menor que as demais pois a unidade não atende fora do horário comercial (após às 17 horas), onde apenas 19% dos entrevistados responderam afirmativamente a questão.

Franco et al. (1999), a fim de que o serviço de saúde seja organizado de modo usuário-centrado, parte do seguinte princípio, dentre outros: “Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população”.

Outra questão do subcomponente Organização do Serviço foi em relação à entrega e ao resultado do exame de baciloscopia na unidade em até 7 dias. A C. F. Maria do Socorro Silva e Souza mostrou que 88% dos profissionais afirmaram esta prontidão, seguida de 98% da C. F. Rinaldo de Lamare e 91% na C.M.S. Dr. Albert Sabin.

As ações de diagnóstico são fundamentais para o PNCT, que diz que deve-se “garantir o resultado da baciloscopia em 4 horas na urgência /emergência e 24 horas na rede ambulatorial”.

Na avaliação do Processo, aqui chamado de Atenção Proporcionada as unidades obtiveram pontuações semelhantes. Nas três unidades, o TDO não é realizado no local de trabalho do doente, fato evidenciado nas respostas dos profissionais: apenas 9% afirmaram realizar o TDO no trabalho do doente na C. M. S. Dr. Albert Sabin, seguida de 15% na C. F. Rinaldo de Lamare e 20% na C. F. Maria do Socorro Silva e Souza. O Ministério da Saúde (2010) preconiza que “Para a implementação do tratamento diretamente observado, devem-se considerar as seguintes modalidades de supervisão:

- domiciliar: observação realizada na residência do paciente ou em local por ele solicitado;

- na unidade de saúde: observação em unidades de ESF, UBS, serviço de atendimento de HIV/aids ou hospitais;
- prisional: observação no sistema prisional; e
- compartilhada: quando o doente recebe a consulta medica em uma unidade de saúde, e faz o TDO em outra unidade de saúde, mais próxima em relação ao seu domicilio ou trabalho” (BRASIL,2011).

Ainda no componente Processo - Atenção Proporcional, as ações educativas em TB voltadas para a comunidade nem sempre são realizadas de forma rotineira pelas três unidades, segundo os profissionais, sendo em sua maioria, em épocas de campanha. As ações integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização em saúde é um dos componentes do PNCT. Uma dessas ações é a de “estimular e apoiar, nos municípios prioritários do PNCT, a implantação de projetos de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social, adequado à realidade do PNCT, no que se refere à adesão ao tratamento pelos pacientes, vigilância dos contatos e redução do estigma da doença pela sociedade brasileira”. (BRASIL, 2011)

Outro fator que contribuiu para que as unidades não pontuassem o total de 60 pontos foi a frequência na solicitação da baciloscopia de controle. Na C.F. Maria do Socorro Silva e Souza e C.M.S. Dr. Albert Sabin, o exame é solicitado mensalmente, segundo a maioria dos profissionais entrevistados, 88% e 81%, respectivamente. Já na C.F. Rinaldo de Lamare, 69% do entrevistados responderam que a baciloscopia de controle é solicitada mensalmente. Alguns profissionais não souberam responder à questão.

O Ministério da Saúde estabelece que no acompanhamento da evolução da TB em adultos deve-se haver a “Realização mensal da baciloscopia de controle, nos casos de TB pulmonar, sendo indispensáveis as dos segundo, quarto e sexto meses, no Esquema Básico”. Os profissionais justificavam o fato da solicitação do exame não ser mensal devido à dificuldade do doente em produzir escarro após o início do tratamento, não atentando-se para seu dever de “orientá-lo sobre como obter a amostra de escarro e fazer com que ele tente, repetidamente, em sua presença, fornecer material para exame. Nessa situação o escarro pode ser induzido

pela inalação de solução salina a 9% por 15 minutos, seguido por tapotagem, respeitando-se as medidas de biossegurança recomendadas” (BRASIL, 2011).

Outras duas questões que merecem relevância no componente Atenção Proporcional são: nem todos os profissionais auxiliam o doente na marcação de consultas e/ou exames quando este é encaminhado a outro serviço de saúde; alguns doentes, por sua vez, não retornam à unidade de origem com uma contra-referência contendo informações referentes às consultas médicas realizadas fora da unidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), “o enfermeiro deve auxiliar na inserção da pessoa com tuberculose nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, incluindo consultas médicas e de enfermagem, apoio diagnóstico, consultas com especialista, caso sejam necessárias, e acesso à medicação específica, ou seja, deve se envolver na resolutividade dos problemas do doente. Os serviços de referência devem se integrar aos demais níveis do sistema de saúde, estabelecendo fluxo organizado de atenção, que não se limite apenas ao ato de receber o doente na unidade, mas que dê suporte a uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, incluindo a definição para onde o usuário será referenciado, ou seja, a contra-referência”.

Os Dados Secundários do instrumento, referente ao Livro de Controle de Tratamento dos Casos de TB – “livro verde” – das três unidades, encontravam-se atualizados segundo os profissionais. Durante as entrevistas, na unidade C. F. Maria do Socorro Silva e Souza foi observado que 90% dos entrevistados responderam que o livro encontrava-se atualizado, seguida da C.M.S. Dr. Albert Sabin, com 86%. Na C. F. Rinaldo de Lamare, 67% responderam que o livro encontrava-se atualizado, destacando-se das demais. Nas três unidades foi possível verificar a atualização dos registros pelos entrevistadores.

É importante ressaltar que não houve respostas NÃO à questão sobre a atualização do Livro de Controle de Tratamento dos Casos de TB. Nem todos os profissionais que tinham acesso ao livro, nas três unidades, possuíam também o hábito de verificá-lo. Por este motivo, alguns profissionais não souberam responder à questão.



Segundo o Ministério da Saúde, em seu Manual Técnico para o Controle da TB (2002), a unidade de saúde deve “manter o Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose com informações atualizadas acerca do seu acompanhamento, baciloscopias e critério de alta. Essas informações devem ser enviadas mensalmente ao primeiro nível informatizado do SINAN, seja o distrito sanitário, nos municípios maiores, ou para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde. A unidade também deve estar atento que a médio prazo, uma nova ficha do SINAN deverá estar disponível incorporando essas informações”.

No componente de avaliação 3 - Resultados, foram considerados satisfatórios serviços que atingiram cura  $\geq 85\%$ , abandono  $\leq 5\%$  e óbito  $\leq 5\%$  segundo as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Os dados sobre TB na Rocinha foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir de dados obtidos no SINAN, contemplando os anos de 2008 a 2010. Alguns desfechos dos tratamentos, nos três anos, não foram disponibilizados no banco de dados fornecido.

A partir dos dados obtidos, nota-se que houve um aumento dos casos de TB na Rocinha no decorrer dos anos de 2008 (332 casos) a 2010 (351 casos) e também, um aumento significativo nos casos de abandono, de 6 para 11%. O número de óbitos também aumentou, dobrando de 2009 para 2010. O número de pacientes curados diminuiu de 82 para 72%. Essa triste realidade contrasta-se com o fato de 100% dos doentes terem sido acompanhados pelo serviço e inscritos no TDO.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a realização de uma avaliação dos serviços de saúde nas unidades da Estratégia Saúde da Família, na comunidade da Rocinha a partir da perspectiva dos profissionais.

Embora a comunidade da Rocinha apresente altas taxas de incidência de TB, as ações de controle à doença na comunidade estão, em sua maioria, de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza, mas ainda necessita modificações em seus programas de controle.

A estrutura das unidades contempla em sua maior parte o proposto pelo Ministério da Saúde, mas ainda são observadas falhas na capacitação de profissionais, ação essencial para o controle e prevenção da TB uma vez que o profissional de saúde configura o elo entre o doente e o acesso aos serviços.

Há também carência de incentivos aos doentes, bem como de profissionais que contribuiriam para diminuir o estigma da doença na sociedade. Os horários de atendimento também não são flexíveis, sendo assim, o acesso daqueles que trabalham é restrito.

A atenção proporcionada ao doente, considerada satisfatória, limita-se à unidade de saúde. As ações de Educação em Saúde não são realizadas por todos os profissionais e unidades, perdendo-se assim a oportunidade de, desta forma, atrair possíveis sintomáticos à unidade ou simplesmente de divulgar os sinais de alerta e a transmissibilidade da doença.

Os números da doença vêm aumentando gradativamente na comunidade, conforme observou-se nos anos de 2008 a 2010. Taxas de cura e abandono ainda são insatisfatórias, enquanto as taxas de óbitos vêm se mantendo dentro das metas do Ministério da Saúde.

Com a falta de capacitação de profissionais, bem como a carência de ações educativas à comunidade, pode-se afirmar que ainda há falta de informação acerca da TB na Rocinha. Tal fato associado à extrema pobreza vivenciada por sua população, podem ser os fatores determinantes de tantos casos da doença, alto abandono de tratamento e baixa taxa de cura.

A população da Rocinha diante do problema da TB, mesmo com serviços de saúde com padrão satisfatório precisa manter esta qualidade dentro de suas casas.

As orientações e prescrições fornecidas dentro da unidade de saúde devem ser postas em prática pelo doente, o que muitas vezes não é possível devido à carência de recursos e informação.

O PNCT em suas ações de controle, deve incentivar os investimentos governamentais na capacitação dos recursos humanos em prol da qualificação dos serviços de saúde, bem como voltar um olhar diferenciado ao bairro que configura a maior incidência de TB do país, para que a atual realidade na Rocinha seja modificada e se consiga interromper a cadeia de transmissão da doença.

## REFERÊNCIAS

ARCÊNCIO R.A., OLIVEIRA M.F., CARDOZO-GONZALES R.I., RUFFINO-NETTO A., PINTO I.C., VILLA T.C. **City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005**. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12(5):527-31.

AYRES, J.R.C.M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v.1, n.1, p.63-72, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose – Guia de Vigilância Epidemiológica**/ elaborado pelo Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil**. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de Enfermagem**. Programa nacional de Controle da Tuberculose. 2010c. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/.../original\\_tdo\\_enfermagem\\_junho\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/.../original_tdo_enfermagem_junho_2010.pdf) Acessado em 01 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil e no Mundo**: 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Séries Pactos pela Saúde, Brasília. 2006a; 4:60.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação Geral de Apoio à gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Série A. Normas e Manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 76p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRUNELLO M.E.F., CERQUEIRA D.F., PINTO I.C., ARCÊNCIO R.A., GONZALEZ R.I.C., VILLA T.C.S., SCATENA L.M. **Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.**

CAREGNATO R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: **Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84. Out-Dez. 2006.

CAMPINAS, L.L.S.L.; ALMEIDA M.B. **Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família.** São Paulo, 2004.

DAVIES P.D.O. **The Role of DOTS in Tuberculosis treatment and control.** Am J Resp Med. 2003;2(3):233-39.

DONABEDIAN, A. (1996) **Evaluating the quality of medical care.** *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166–206

\_\_\_\_\_. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988. p. 3-31, v. 3

\_\_\_\_\_. **The definition of quality: a conceptual exploration.** In:\_\_\_\_\_. The definition of quality and approaches to its assessment . Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3-31. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring , v. 1).

\_\_\_\_\_. **Aspects of Medical Care Administration.** Cambridge: Haward University Press, 1973.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al . **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, Mar. 1990 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 10 de Janeiro de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>

FRANCO T.B., BUENO W.S., MEHRY EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública 1999; 15(2):345-353.

FUNDO GLOBAL. **Experiência inovadora dá resultados na Rocinha.** Disponível em:

[http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id\\_conten t=1115](http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_conten t=1115). Acessado em 01 de agosto de 2011.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. **Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. **As concepções de vínculo e a relação com o controle da Tuberculose.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2009 43(2):365-72

HALFOUN, V.L.R.C.; AGUIAR, O.B.; MATTOS, D.S. **Construção de Instrumento para Avaliação de Satisfação de Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro.** Ver Bras Educ Méd. 2008;32(4):424-30

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo populacional 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>. Acessado em 01 de agosto de 2011

\_\_\_\_\_. **Taxa de desemprego no Brasil 2012.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>. Acessado em 31 de Janeiro de 2014

LACERDA A., VALLA V. **Homeopatia e apoio social: repensando as práticas da integralidade.** In: Pinheiro R e Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO. 2003. P. 169-196.

MINAYO M.C.S., ASSIS S.G., SOUZA E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACEDO, L. C.; LAROCCHA, L. M.; CHAVES, M.M.N.; MAZZA, V.A. **Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde.** Comunicação Saúde Educação v.12, Jul./Set. 2008.

MISHRA P., HANSEN E.H., SABROE S., KAFLE K.K. **Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short- course, DOTS.** Patient Educ Couns. 2006;63(1-2):29-37.

MONITOR DE SAÚDE. **Progressos e Desafios na Luta Contra a Tuberculose: O Contexto Mundial e a América Latina.** Disponível em <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2013/06/progressos-e-desafios-na-luta-contra.html>. Acessado em 17 de Fevereiro de 2014

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F., BÓGUS, C.M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** Saúde e Sociedade, v. 13 (3): 44-57, set-dez 2004.11.

POPE D.S., CHAISON R.E. **TB treatment : as simple as DOT?** [Int J Tuberc Lung Dis.](#) 2003;7(7):611-5.

PORTAL DA SAÚDE DO RJ – SES – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Tuberculose: RJ ainda é o estado do Brasil com maior incidência.** Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/18288-alta-densidade-demografica-e-condicoes-de-vida-fazem-do-rj-o-estado-do-brasil-que-apresenta-maior-incidencia-de-tuberculose.html> . Acessado em 31 de Janeiro de 2014.

RAVIGLIONE M.C., PIO A. **Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001.** Lancet. 2002; 359(9308):775-80.

REDE TB. **A história da tuberculose.** Disponível em <http://www.redetb.org/a-historia-da-tuberculose>. Acessado em 03 de Janeiro de 2014

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 725p.

SILVA JR. A.G., MASCARENHAS T.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: Pinheiro R e Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO. HUCITEC. 2004. P. 241-258.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS/RJ). Córdenação de Saúde da Família. **Tuberculose: manual de treinamento para os agentes comunitários de saúde**. 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro 2008- 2011. 2008**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS/RJ). Programa Nacional de Controle de Tuberculose. **Dados Rocinha, Rio de Janeiro**. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS/RJ). Boletim Epidemiológico. **Coordenação de doenças transmissíveis. AIDS, Tuberculose e Hanseníase**. Novembro, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS/RJ). **O papel do setor público e situação do atendimento médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro**. 2006.

VILLA T.C.S., RUFFINO NETTO A., ARCÊNCIO R.A., CARDOZO-GONZALES R.I. . **O impacto da descentralização do sistema de saúde na prevenção e controle da tuberculose: o caso do Brasil (1980-2005)**. In: Organización Panamericana de la Salud. (Organizadores.). Descentralización Y Gestión Del Control De Las Enfermedades Transmisibles En América Latina. Buenos Aires: Organización panamericana de la Salud; 2006.

VIVAFAVELA. **Censo nas favelas é controverso**. Disponível em <http://www.vivafavela.com.br/reportagem/censo-nas-favelas-%C3%A9-controverso> . Acessado em 10 de Fevereiro de 2014

WAISBORD S. **Beyond the medical-informational model: recasting the role communication in tuberculosis control**. Soc Sci Med. 2007;65(10):2130-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005**. Geneva: World Health Organization; c2005.

\_\_\_\_\_. **Global Tuberculosis Control 2010. WHO report 2010**. . Geneva: World Health Organization, 2010.

\_\_\_\_\_. **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization; 2009.

\_\_\_\_\_. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report**. Geneva: World Health Organization, 2008.



\_\_\_\_\_. **The stop TB strategy**. Geneva: World Health Organization; 2006. (WHO/HTM/TB/2006.368).

\_\_\_\_\_. **DOTS**. Disponível em: <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/print.html>. Acesso em 24 fev. 2011.

## Anexo I – Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 313A/2011

Rio de Janeiro, 16 de setembro de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

**Coordenadora:**  
Salesia Felipe de Oliveira

**Vice-Coordenadores:**  
Fabio Tuche  
Pedro Paulo Magalhães Chrispim

**Membros:**  
Andréa Estevam de Amorim  
Andréa Ferreira Haddad  
Carla Moura Cazelli  
Carlos Alberto Pereira de Oliveira  
José M. Salame  
Martine Gerbauld  
Nara da Rocha Saraiva  
Rodrigo de Carvalho Moreira  
Sônia Ruth V. de Miranda Chaves

**Secretária Executiva:**  
Carla Costa Vianna  
Renata Guedes Ferreira

**PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 134/11**  
**CAAE nº: 0042.0.313.314-11**

**TÍTULO:** Estratégia DOTS no controle da tuberculose: desempenho da atenção primária na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Fabiana Barbosa Assumpção de Souza.

**UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** CMS Dr. Albert Sabin.

**DATA DA APRECIÇÃO:** 12/09/2011.

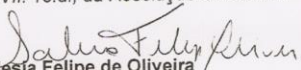
**PARECER:** APROVADO.

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.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). 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 seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

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 VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1463  
E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
IRB nº: 00005577

## APÊNDICES

### Apêndice I – Termos de Compromisso



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 – Cidade Nova  
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901  
Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

#### Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

#### Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador FERNANDA CORTINES CARVALHO, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA COMUNIDADE DA ROCINHA - UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde C.F. RINALDO DE LAMARE como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 20/02/2013

Fernanda Cortines Carvalho

Assinatura do Pesquisador Responsável

Camila do Desterro

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Camila do Desterro  
Diretor Geral - Matrícula: 14318  
CMS RINALDO DE LAMARE



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova  
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901  
Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

### Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

#### Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador FERNANDA CORTINES CARVALHO, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA COMUNIDADE DA ROCINHA - UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde C.F. MARIA DO SOCORRO SILVA E SOUZA como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 20/10/2013.

Fernanda Cortines Carvalho

Assinatura do Pesquisador Responsável

Sidney Scheidegger Lopes Junior  
Gerente Matrícula: 13109  
CLÍNICA DA FAMÍLIA MARIA DO  
SOCORRO SILVA E SOUZA

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova  
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901  
Tel: (21) 3971-1463 – Fax: (21) 2293-4826

### Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

#### **Termo de Autorização da Unidade**

Autorizo o pesquisador FERNANDA CORTINES CARVALHO, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA COMUNIDADE DA ROCINHA - UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde PS Dr. Albert Sabin como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 20 / 02 / 2013

Fernanda Cortines Carvalho

Assinatura do Pesquisador Responsável

Maria Helena Carneiro de Carvalho

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Maria Helena Carneiro de Carvalho  
PS Dr. Albert Sabin  
Diretor  
Matrícula: 11/095045-1

## **APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**

Projeto de Pesquisa: “**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA COMUNIDADE DA ROCINHA – UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO**”

**OBJETIVOS:** este estudo tem por objetivos: • Descrever e classificar a estrutura dos serviços de Atenção Básica da ESF voltada para o tratamento dos doentes de tuberculose pulmonar na comunidade da Rocinha; • Descrever e classificar a atenção proporcionada aos doentes de tuberculose pulmonar nos serviços de Atenção Básica da ESF na comunidade da Rocinha; • Analisar a relação entre a estrutura e atenção proporcionada nos serviços de Atenção Básica da Estratégia Saúde da Família na comunidade da Rocinha com os desfechos do tratamento da tuberculose pulmonar.

**PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** se você decidir integrar este estudo, você preencherá um instrumento de coleta de dados com perguntas de múltipla-escolha que durará aproximadamente 20 minutos, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa

**RISCOS:** você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir incomodado.

**BENEFÍCIOS:** sua participação ajudará no controle da tuberculose, mas não será necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

**CONFIDENCIALIDADE:** seu nome não aparecerá no instrumento de coleta de dados, nem em nenhum formulário preenchido por nós. Nenhuma publicação revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento

escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: esta pesquisa está sendo realizada na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação – Mestrado em Enfermagem sendo a aluna Fernanda Cortines Carvalho a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Fernanda no telefone 8739-2745, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail [cep-unirio@unirio.br](mailto:cep-unirio@unirio.br). Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome:

---

Endereço:

---

Telefone:

---

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

---

Data: \_\_\_\_\_

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura

(Pesquisador): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE III INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do questionário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Nome do serviço de saúde: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Responsável pela coleta dos dados: \_\_\_\_\_ Data da coleta dos dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Digitador: \_\_\_\_\_ Data da digitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Horário de início da entrevista: \_\_\_\_\_ Horário de término da entrevista: \_\_\_\_\_

#### I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1.	Tipo de unidade:	<input type="checkbox"/> 1	UBS
		<input type="checkbox"/> 2	UBS/PACS
		<input type="checkbox"/> 3	USF
2.	Horário de funcionamento:	<input type="checkbox"/> 1	7:00 às 17:00
		<input type="checkbox"/> 2	8:00 às 17:00

#### II - IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE CHAVE

##### RESPONSÁVEL PELAS AÇÕES DE CONTROLE DA TB NO SERVIÇO

3.	Formação:	<input type="checkbox"/> 1	Enfermeiro		
		<input type="checkbox"/> 2	Auxiliar/técnico de enfermagem		
		<input type="checkbox"/> 3	Médico		
		<input type="checkbox"/> 4	Agente Comunitário de Saúde		
4.	Função exercida no serviço:	<input type="checkbox"/> 1	Enfermeiro assistencial		
		<input type="checkbox"/> 2	Enfermeiro coordenador de equipe de enfermagem/ coordenador de ACS		
		<input type="checkbox"/> 3	Auxiliar/técnico de enfermagem		
		<input type="checkbox"/> 4	Médico		
		<input type="checkbox"/> 5	Agente Comunitário de Saúde		
		<input type="checkbox"/> 6	Gerente		
5.	Tempo de atuação na Atenção Básica:	_____ anos	6.	Tempo de atuação no serviço:	_____ anos

#### ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

#### III - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 1: ESTRUTURA (40 pontos)

##### RECURSOS HUMANOS (15 pontos)

7.	Quais são os profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB nesse serviço? (4,0 pontos)	7.1	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		7.2	Auxiliar /técnico de enfermagem	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		7.3	Médico	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		7.4	Agente Comunitário de Saúde	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
8.	Há outros profissionais (Psicólogo, assistente social ) envolvidos com o tratamento da TB nesse serviço? (1,5 ponto)			<input type="checkbox"/>	SIM (1,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
9.	Nos últimos 3 anos, quais profissionais foram capacitados para atendimento em TB? (5,0 pontos)	9.1	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		9.2	Auxiliar/técnico de enfermagem	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		9.3	Médico	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		9.4	Agente Comunitário de Saúde	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		9.5	Outros (Profissionais da saúde bucal, assistência social, psicologia)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
10.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada pela Vigilância Epidemiológica/ Programa de Controle de TB/ Secretaria Municipal de Saúde para este serviço? (1,5 pontos)			<input type="checkbox"/>	SIM (1,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
11.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada por este próprio serviço de saúde aos profissionais que aqui trabalham? (1,5 pontos)			<input type="checkbox"/>	SIM (1,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
12.	Há nesse serviço de saúde um profissional responsável pelo Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (1,5 pontos)	<input type="checkbox"/>			SIM (1,5) Quem? _____ _____	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)

##### RECURSOS FÍSICOS (10 pontos)

13.	Nesse serviço há disponibilidade de consultórios/salas para o atendimento ao doente de TB? (1,0 ponto)	13.1	Consultórios médicos (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		13.2	Salas para atendimento de enfermagem (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
14.	Há atualmente disponibilidade de cestas básicas ou vale alimentação para entregar aos doentes? (1,25 pontos)			<input type="checkbox"/>	SIM (1,25)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
15.	Há atualmente disponibilidade de vale transporte para entregar aos doentes? (1,25 pontos)			<input type="checkbox"/>	SIM (1,25)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)



16.	Os profissionais possuem acesso aos seguintes instrumentos de registros: (2,5 pontos)	16.1	Ficha de notificação (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		16.2	Prontuários (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		16.3	Ficha de acompanhamento mensal de trat/o. (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		16.4	Ficha diária de TDO (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		16.5	Livro verde (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
17.	A Unidade de saúde possui os seguintes insumos/equipamentos para controle do tratamento: (2,5 pontos)	17.1	Pote para exame de escarro (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		17.2	Pedido de baciloscopia (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		17.3	Pedido de cultura (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		17.4	Pedido de exame HIV (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		17.5	Ficha de referência e contra referência (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
18.	A disponibilidade (entrega) de medicamentos para TB nessa unidade de saúde nos últimos 12 meses atendeu a demanda? (1,5 ponto)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
<b>ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO (15 pontos)</b>							
19.	Esse serviço de saúde atende fora do horário comercial (após às 17:00)? (2,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
20.	São realizadas discussões dos casos de TB que realizam tratamento neste serviço pela equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento desse agravo? (2,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
21.	Os doentes de TB em tratamento conseguem consulta no prazo de 24 horas nesse serviço se passarem mal por causa da medicação ou da TB? (2,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
22.	Os doentes de TB em tratamento são orientados a procurar pelo serviço de saúde fora da data agendada para retorno, caso apresentem algum problema relacionado à sua doença e tratamento? (2,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
23.	Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando: (2,0 pontos)	23.1	O doente necessita de consultas por possuir outras comorbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas) (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		23.2	O doente é co-infectado pelo HIV (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		23.3	Há complicações no tratamento (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		23.4	Há dificuldades na realização do TDO (0,5)	<input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
24.	O nº de vezes que o laboratório passa para buscar os exames de TB durante o tratamento é suficiente para atender a demanda desse serviço? (2,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
25.	O resultado do exame de baciloscopia fica pronto e chega a esse serviço em até 7 dias? (1,5 ponto)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
26.	Há no serviço de saúde um sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB (como consultas agendadas, faltas ao serviço, falta na supervisão medicamentosa...)? (1,5 ponto)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,5)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
<b>IV - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 2: PROCESSO – ATENÇÃO PROPORCIONADA (60 pontos)</b>							
27.	Os profissionais de saúde que acompanham o tratamento de TB nesse serviço costumam ouvir outros problemas de saúde e necessidades (além da doença) do doente? (3,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
28.	Os doentes de TB são atendidos pelos mesmos profissionais cada vez que demandam ao serviço de saúde? (3,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
29.	São passadas informações sobre a TB quanto à: (5,0 pontos)	29.1	Forma de transmissão da doença (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		29.2	Horário de tomar a medicação (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		29.3	Reações adversas da medicação (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		29.4	Necessidade de examinar seus contatos (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		29.5	Importância da adesão ao tratamento (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
30.	Há discussão junto ao doente de TB sobre a forma de ser realizado o seu acompanhamento durante o tratamento em relação à: (6,0 pontos)	30.1	Realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		30.2	Local de realização do TDO (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		30.3	Dia da semana para realização do TDO (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		30.4	Horário de realização do TDO (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		30.5	Horário da realização das consultas médicas de controle (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		30.6	Entrega da medicação (1,0)	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
31.	Há regularidade no fornecimento da medicação para o doente de TB? (3,0 pontos)	<input type="checkbox"/> SIM (3,0)				<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		Frequência: <input type="checkbox"/> Semanalmente: nº vezes _____ <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outro: _____					
32.	Esse serviço de saúde oferece TDO no: (3,0 pontos)	32.1	Domicílio	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		32.2	Unidade de saúde	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		32.3	Trabalho	<input type="checkbox"/>	SIM (1,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
33.	Esse serviço de saúde oferece Visitas Domiciliares (VD) aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, soropositivos, alcoolistas, dependentes químicos)? (3,0 pontos)	<input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)		
34.	As ações educativas em TB voltadas para a comunidade são realizadas:	34.1	De forma rotineira?	<input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		34.2	Em épocas de campanhas?	<input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	<input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)

	(4,0 pontos)					
35.	É orientada a realização do exame anti-HIV aos doentes de TB em tratamento? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	
36.	Esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle: (3,0 pontos)	Mensal (3,0)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		Bimensal (2º; 4º e 6º meses) (2,0)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		Esporadicamente (0,5)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (0,5)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
		No início e no final do tratamento (0,1)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (0,1)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
37.	A baciloscopia de controle é entregue neste mesmo serviço de saúde? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	
38.	Esse serviço de saúde realiza o agendamento de consultas médicas MENSAS de controle ao doente de TB? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	
39.	A consulta médica de controle é realizada na mesma unidade que o doente realiza o TDO? (2,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (2,0)			
		2 <input type="checkbox"/>	NÃO, mas há comunicação entre os serviços (telefone, informações escritas) sobre o tratamento do doente de TB? (1,0)			
40.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais ajudam na marcação dos exames e consultas? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	
41.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido? (2,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	
42.	Há contra-referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora desse serviço de saúde? (2,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (2,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	
43.	É realizada busca ao doente de TB quando ele falta a uma consulta médica/enfermagem? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	
44.	É realizada busca ao doente de TB quando ele não comparece na tomada da medicação/não busca a medicação na data correta? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)	

**DADOS SECUNDÁRIOS****REGISTROS**

45.	O livro de registro e acompanhamento de doentes ("livro verde") está atualizado? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM (3,0)	2 <input type="checkbox"/>	NÃO (0,0)
-----	---	----------------------------	-----------	----------------------------	-----------

**V - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 3: RESULTADOS (Essas informações deverão ser coletadas junto ao PCT municipal)**

		2008	2009	2010
46.	Número de doentes de TB que foram <b>curados</b> :			
47.	Número de doentes de TB que <b>abandonaram</b> o tratamento:			
48.	Número de doentes de TB que foram à <b>óbito por TB</b> :			
49.	Número de <b>doentes de TB acompanhados</b> nesse serviço de saúde:			
50.	Número de doentes de TB que <b>realizaram TDO</b> nesse serviço de saúde:			