



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

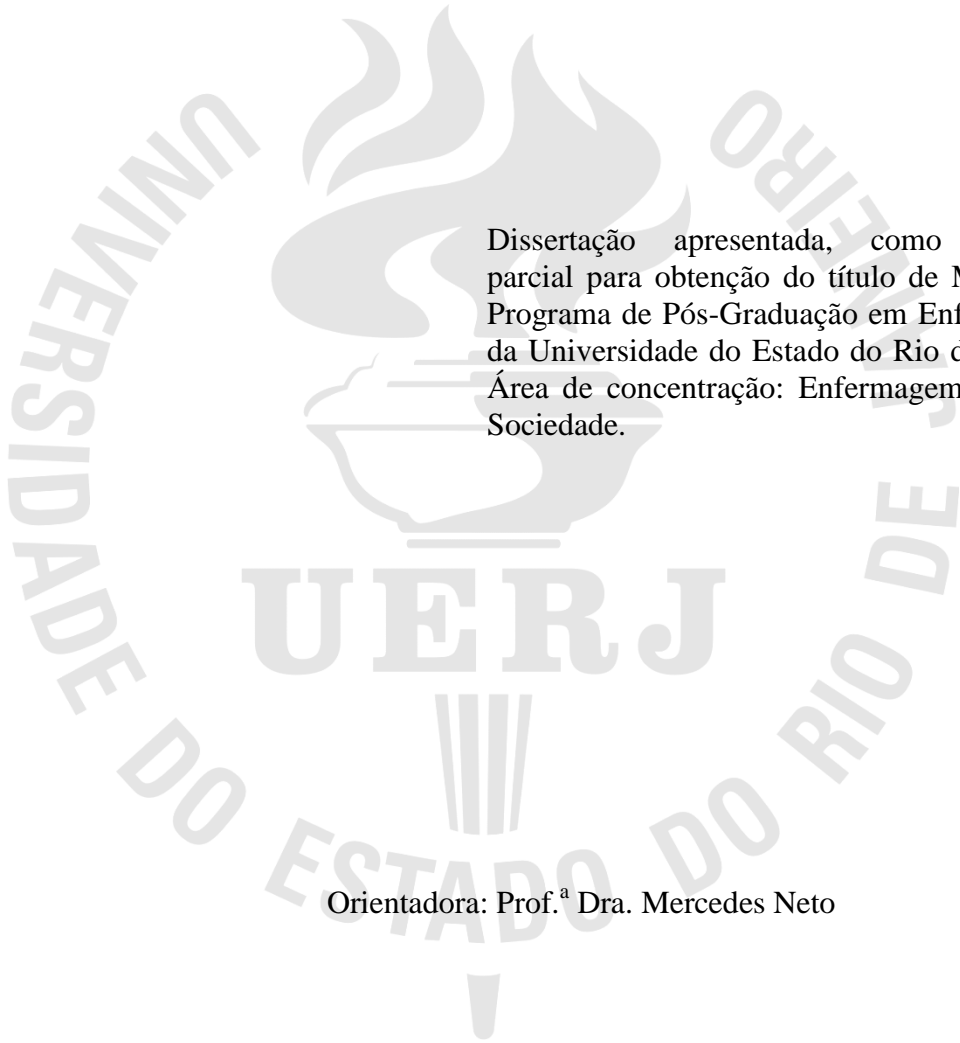
Thiago Wendel Gonzaga da Silva

**Fatores associados à cura dos casos de tuberculose notificados no município
de Mesquita**

Rio de Janeiro
2020

Thiago Wendel Gonzaga da Silva

Fatores associados à cura dos casos de tuberculose notificados no município de Mesquita



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mercedes Neto

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Thiago Wendel Gonzaga da.
Fatores associados à cura dos casos de tuberculose notificados no município de Mesquita / Thiago Wendel Gonzaga da Silva. - 2020.
93 f.

Orientadora: Mercedes Neto.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem de atenção primária. 2. Tuberculose - Tratamento. 3. Estudos epidemiológicos. 4. Estudos transversais. 5. Sistemas de Informação em Saúde. I. Neto, Mercedes. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Thiago Wendel Gonzaga da Silva

Fatores associados à cura dos casos de tuberculose notificados no município de Mesquita

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Mercedes Neto (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Daniel Ricardo Soranz Pinto
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família do município de Mesquita/RJ.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por ter me permitido chegar até este momento tão especial.

A minha família (esposa, mãe, irmã e filho) pelo apoio e compreensão nos momentos em que estive ausente em virtude da dedicação ao mestrado.

Ao Programa do Mestrado Acadêmico da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro ter me proporcionado dois anos de muito aprendizado, formação crítica, humanizada e criativa.

À minha querida orientadora Mercedes Neto, por sua paciência, disponibilidade, explicações, orientações e por compreender minhas limitações e pelos ensinamentos.

À banca examinadora Daniel Soranz e Ricardo Mattos, pelo aceite ao convite, pela apreciação e contribuições com o trabalho desde a qualificação até a defesa. Sinto honrado e contemplado pela participação de vocês comigo.

A todos os profissionais de saúde do município de Mesquita. A equipe de Consultoria em Saúde, em especial Carolina Reis que me ajuda na condição desse processo incrível.

Enfim, gratidão por ter chegado nesse momento!

O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e
semeando, no fim terás o que colher.

Cora Coralina

RESUMO

SILVA, Thiago Wendel Gonzaga da. **Fatores associados à cura dos casos de tuberculose notificados no município de Mesquita**. 2020. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Introdução: A Tuberculose (TUBERCULOSE) é uma endemia que esteve presente como problema de saúde pública no Brasil durante todo o século XX, e perdura até a atualidade. A incidência de casos de TUBERCULOSE aumenta pelo elevado índice de abandono ao tratamento, pois se trata de um tratamento longo, tendo como principais dificuldades para a obtenção da cura, isso faz com que a doença seja um grande problema de saúde pública. O objetivo geral de analisar os fatores associados à cura dos casos de Tuberculose notificados no município de Mesquita, Rio de Janeiro, no período de 2007 a 2017. Dentre os objetivos específicos destacam-se: descrever as variáveis sociodemográficas dos casos de Tuberculose notificados no município de Mesquita; analisar o perfil clínico epidemiológico dos casos de Tuberculose do município de Mesquita e identificar os fatores relacionados com o desfecho cura da Tuberculose em Mesquita. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com dados dos casos de Tuberculose notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do município de Mesquita, com ênfase nas unidades de Atenção Básica. O recorte do estudo foi de dez anos, do ano de 2007 a 2017. A população do estudo será composta por todos os casos de Tuberculose notificados no SINAN. Foi utilizado o teste de χ^2 (qui-quadrado) para avaliar diferenças entre proporções. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5%. Após o ajuste de modelos logísticos simples, realizou-se um procedimento stepwisebackward manual para estimação do modelo logístico múltiplo. Utilizou-se para seleção de variáveis e para comparação entre modelos o teste de razão de verossimilhança (por meio da deviance residual) e o critério de informação de Akaike (AIC). Por fim, a fim de verificar a qualidade do modelo de regressão logístico ajustado, foi utilizado o teste estatístico de Hosmer e Lemeshow, e análise gráfica de resíduos. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico R versão 3.6.1. **Resultados:** dos 1895 casos notificados, revelaram-se fatores associados a maior chance de cura da TUBERCULOSE: o sexo feminino (OR 1,31; IC95% 0,928;1,851); escolaridade categoria do ensino superior (OR 6,789; IC95% 1,937;2,380) e médio (OR 6,317; IC95% 2,816;1,417); HIV negativos (OR 1; IC95%1,729; 5,072) e a forma pulmonar da Tuberculose (OR 0,655 IC95%0,154; 2,789). **Conclusão:** foram identificados determinantes sociais e econômicos que influenciam no desfecho do tratamento, evidenciando a necessidade de apoio social e garantia de acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Tuberculose. Enfermagem. Tratamento.

ABSTRACT

SILVA, Thiago Wendel Gonzaga da. **Factors Associated with cure in treatment of tuberculosis cases reported in municipality of Mesquita.** 2020. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Introduction: Tuberculosis (TUBERCULOSE) is an endemic disease that has been present as a public health problem in Brazil throughout the twentieth century, and continues until today. The incidence of TUBERCULOSE cases increases due to the high rate of treatment abandonment, as it is a long treatment, and its main difficulties to obtain a cure, making the disease a major public health problem. The general objective of analyzing the factors associated with the cure of tuberculosis cases reported in the municipality of Mesquita, Rio de Janeiro, from 2007 to 2017. Among the specific objectives are: to describe the sociodemographic variables of tuberculosis cases reported in the municipality. of mosque; To analyze the epidemiological clinical profile of tuberculosis cases in the municipality of Mesquita and to identify factors related to the cure outcome of tuberculosis in Mesquita. **Methods:** This is a cross-sectional epidemiological study, with data from tuberculosis cases reported in the Notification Disease Information System (SINAN), in the municipality of Mesquita, with emphasis on Primary Care units. The study cutoff was ten years, from 2007 to 2017. The study population will be composed of all tuberculosis cases reported in SINAN. The chi-square test was used to assess differences between proportions. For all analyzes, a significance level of 5% was considered. After adjusting simple logistic models, a stepwise backward manual procedure was performed to estimate the multiple logistic model. For the selection of variables and for comparison between models, the likelihood ratio test (through residual deviance) and the Akaike information criterion (AIC) were used. Finally, in order to verify the quality of the adjusted logistic regression model, we used the Hosmer and Lemeshow statistical test, and graphical analysis of residues. All analyzes were performed using the statistical software R version 3.6.1. **Results:** of the 1895 cases reported, the following factors were associated with a greater chance of cure of TUBERCULOSE: female gender (OR 1.31; 95% CI 0.928; 1.851); higher education category (OR 6,789; 95% CI 1,937; 2,380) and high school (OR 6,317; 95% CI 2,816; 1,417); HIV negative (OR 1; 95% CI 1,729; 5,072) and the pulmonary form of tuberculosis (OR 0,655 95% CI 0.154; 2,789). **Conclusion:** social and economic determinants that influence the outcome of treatment were identified, highlighting the need for social support and ensuring access to health services.

Keywords: Primary Health Care. Tuberculosis. Nursing. Treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Princípios Ordenadores da APS.....	30
Figura 2 -	Modelo Teórico Hierarquizado de Determinantes Sociais da Tuberculose por Níveis de Vulnerabilidade.....	50
Figura 3 -	Distribuição Anual dos Casos Notificados de Tuberculose em Mesquita (2007-2017).....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Caracterização dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Mesquita, sob responsabilidade da gestão municipal, 2019.....	44
Quadro 2 –	Caracterização dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Mesquita, sob responsabilidade da gestão estadual, 2019.....	45
Quadro 3 –	Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.....	46
Quadro 4 –	Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB).....	46
Quadro 5 -	Resultado de adesão ao terceiro ciclo do PMAQ	47
Quadro 6 –	Descrição das três CMS readequados como unidades mistas e os serviços oferecidos e população coberta populacional por cada unidade, 2018.....	47
Quadro 7 –	Descrição das seis novas unidades de clínicas da família e os serviços oferecidos e população coberta populacional por cada unidade, 2018.....	48
Quadro 8 –	Categorização das variáveis do estudo, 2019.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil demográfico dos casos de Tuberculose de Mesquita (2007-2017).....	56
Tabela 2 - Unidades de Atendimento dos casos de Tuberculose de Mesquita (2007-2017)	57
Tabela 3 - Perfil dos pacientes com Tuberculose notificados em Mesquita de 2007 a 2017, estratificado pelo desfecho cura e não cura	59
Tabela 4 - Modelo logístico múltiplo final estimado para os fatores associados à cura nos casos de Tuberculose notificados em Mesquita de 2007 a 2017.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
CF	Clínica da Família
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Centros Municipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1	Tuberculose: doença negligenciada e persistente no Brasil	18
1.1.1	<u>Perfil Epidemiológico da Tuberculose</u>	18
1.1.2	<u>Tuberculose como Doença Negligenciada</u>	19
1.1.3	<u>Tuberculose: fisiopatologia e tratamento</u>	21
1.1.4	<u>Tuberculose: um agravo negligenciado na APS</u>	22
1.2	O Sistema Único de Saúde e Atenção Básica no Brasil	24
1.3	Construção e Conceitos em Atenção Primária em Saúde (APS)	25
1.3.1	<u>Primeiro Contato</u>	30
1.3.2	<u>Longitudinalidade</u>	31
1.3.3	<u>Integralidade</u>	31
1.3.4	<u>Coordenação da Atenção</u>	31
1.3.5	<u>Focalização na Família</u>	32
1.3.6	<u>Orientação Comunitária</u>	32
1.4	A Construção da Estratégia de Saúde da Família	33
1.5	Sistemas de Informação na construção de Diagnóstico Situacional em Saúde	35
2	MÉTODOS	41
2.1	Tipo de estudo e fonte de dados	41
2.2	Cenário do Estudo	41
2.2.1	<u>Caracterização do Território</u>	41
2.2.2	<u>Caracterização dos Equipamentos de Saúde</u>	43
2.3	Modelo teórico	49
2.4	Variáveis do Estudo	51
2.5	Análise dos Dados	52
2.6	Aspectos éticos do estudo	54
2.7	Financiamento do estudo	54
3	RESULTADOS	55
4	DISCUSSÃO	64

4.1	Limitações do estudo	72
4.2	Contribuições do estudo para a Saúde Coletiva e para Enfermagem	72
	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A - Unidades de Saúde do Município de Mesquita	90
	ANEXO A – Ficha de Notificação de Tuberculose 2006	91
	ANEXO B – Ficha de Notificação de Tuberculose 2014	92
	ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa...	93

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma endemia que esteve presente como problema de saúde pública no Brasil durante todo o século XX, e perdura até a atualidade. É uma doença infectocontagiosa, transmitida pelo ar por meio de gotículas contendo bacilos expelidos por um doente ao tossir, espirrar ou falar em voz alta e que, ao serem inalados por pessoas saudáveis, estas são expostas e se tornam vulneráveis a adquirir esta doença (FERREIRA; ENGSTRON L; ALVES, 2012).

O principal sintoma desta enfermidade é a tosse produtiva ou sem presença de secreção por três semanas ou mais. Pode apresentar febre vespertina, sudorese noturna e dor torácica, além de manifestações gerais como astenia, anorexia e emagrecimento (BRASIL, 2016). A Tuberculose representa um grande problema de saúde nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que encontra-se na lista dos 22 países responsáveis por 80% dos casos no mundo, com 35% das notificações nas Américas (BRASIL, 2017; FERREIRA; ENGSTRON L; ALVES, 2012).

Neste contexto, um dos problemas vivenciados pelos pacientes com Tuberculose é a continuidade do tratamento, pois, por se tratar de um tratamento longo (6 meses), muitos pacientes acabam não dando seguimento ao processo. Desse modo, para alcançar a cura, o fator abandono torna-se importante fonte de transmissão do bacilo, prolongando a infecciosidade, causando danos individuais e à saúde pública, conseqüentemente causa um aumento dos índices de multirresistência às drogas. E para o efetivo controle da Tuberculose, o comportamento do doente no processo de cura deve ser valorizado, constituindo, provavelmente, o fator mais importante do sucesso terapêutico (BRASIL, 2003).

Sob esta ótica, deve-se levar em consideração a importância da realização do tratamento como sendo um conjunto de aspectos que o paciente apresenta durante seu processo de cura. Este comportamento não compreende apenas a ingestão do medicamento, mas também requer aspectos comportamentais, psíquicos e sociais, entendendo as decisões e responsabilidades de forma compartilhada entre o usuário, a equipe de saúde e a rede de apoio (BERALDO et. al, 2017).

Com a finalidade de reduzir os coeficientes de incidência da doença para menos de 10 casos/ 100 mil habitantes, bem como os coeficientes de mortalidade para menos de 1 óbito/ 100 mil habitantes até 2035, o Ministério da Saúde (MS), através da Coordenação Geral do

Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) e em acordo com a “Estratégia pelo Fim da Tuberculose”, lançou em 2017 o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (BRASIL, 2017).

Destaca-se que o coeficiente de incidência de Tuberculose no Brasil reduziu de 42,7, em 2001, para 34,2 casos/ 100 mil habitantes, em 2014 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016), o que faz crer que a estratégia supracitada pode ter êxito e ser eficiente, associando a esta taxa a redução dos casos de AIDS, aumento da cobertura da Estratégia da Saúde da Família, bem como Tratamento Diretamente Observado (TDO) até 90% (BRASIL, 2017).

Ademais, deve-se atentar que a Tuberculose (TUBERCULOSE) se constitui como uma doença negligenciada, relacionada aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Esse conceito pode ser considerado como um indicativo da cura do paciente, uma vez que fatores relacionados às condições de vida da população podem ser influenciadores no que se refere à adesão ao tratamento (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017).

A estes fatores, compreende-se que o setor saúde extrapola em sua atuação, já que as demandas sociais se configuram como um direito dos cidadãos, assegurados pela Constituição Federal, como a garantia de alimentação, saneamento básico, moradia, dentre outros, sendo a responsabilidade do Estado em assegurar esses direitos à população.

Para este agravo, destacam-se a alta densidade demográfica, moradias sem saneamento básico, ambientes sem ventilação, insegurança alimentar, uso de drogas e até mesmo o acesso ao sistema de saúde, como os determinantes sociais de saúde relacionados a cura, ou não, da Tuberculose. Portanto, deve-se considerar no tratamento da Tuberculose o paciente de maneira integral, para além dessas questões apresentadas que podem influenciar no abandono do tratamento (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017).

Nessa mesma perspectiva, outros autores como Pereira (2010) ratificam a presença dos determinantes sociais de saúde associados com a pobreza, desnutrição, pessoas portadoras do vírus HIV e envelhecimento da população como influenciadoras no tratamento dos pacientes com Tuberculose.

Vale ressaltar que as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) são as mais vulneráveis à Tuberculose, uma vez que o sistema imunológico desses pacientes está comprometido, e devido a este fato, a Tuberculose é considerada como uma doença prevalente nesse grupo populacional. Além disso, a TUBERCULOSE é considerada a maior causa de morte entre os infectados pelo HIV; em que a taxa de óbito na coinfeção pode chegar em torno de 20%.

Um aspecto que permite acompanhar e vigiar a Tuberculose é o fato que esta é uma doença de notificação compulsória, regulamentada pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, sendo o serviço de saúde (público ou privado) que identifica o caso o responsável por sua notificação. A notificação é realizada através de um instrumento, a Ficha Individual de Notificação (FIN), que ao ser preenchida, deverá ser incluída no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2016).

Este sistema de informação permite que os profissionais de saúde realizem o diagnóstico situacional dos agravos de importância para saúde pública, e neste caso, permite que se analise a incidência e prevalência dos casos de Tuberculose em um determinado território, além dos fatores associados a sua cura ou não. Ademais, pode subsidiar informações para explicações causais dos agravos, indicar riscos aos quais das pessoas estão sujeitas e identificar possíveis epidemias ou endemias, esta como a Tuberculose. Em outras palavras, a notificação dos casos dos agravos ao SINAN é relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções” (BRASIL, 2019).

Sabendo disso, este estudo tem como **objetivo geral** de analisar os fatores associados à cura dos casos de Tuberculose notificados no SINAN no município de Mesquita, Rio de Janeiro, no período de 2007 a 2017. E para operacionalizá-lo, traçou-se como **objetivos específicos**:

- Descrever as variáveis sociodemográficas dos casos de Tuberculose notificados no município de Mesquita;
- Analisar o perfil clínico epidemiológico dos casos de Tuberculose do município de Mesquita;
- Identificar os fatores relacionados com o desfecho cura da Tuberculose em Mesquita.

Como justificativa desta pesquisa está a motivação pessoal que se traduz nas dificuldades encontradas durante o tratamento de usuários com Tuberculose, seja na adesão ao tratamento, na busca de casos novos e contactantes, ou mesmo no cuidado deste agravo como problema de saúde pública no território. A experiência como enfermeiro de equipe na Estratégia de Saúde da Família em uma região central do município do Rio de Janeiro, e atualmente como consultor em saúde na cidade cenário deste estudo – Mesquita, permitiu aproximação com os problemas e possibilidades de êxito no tratamento de pacientes que

apresentavam Tuberculose, seja nas estratégias de diagnóstico precoce e notificação, quanto no tratamento e acompanhamento de saúde dos usuários.

A relevância deste estudo encontra-se na interlocução entre a produção do conhecimento científico e a sua aplicabilidade para a realidade prática dos serviços de saúde, permitindo gerar reflexões sobre a rotina de trabalho, e pensar em possíveis caminhos para a resolução de situações cotidianas da práxis, visando à qualidade do cuidado em saúde.

Em neste em específico, pode-se relacionar os dados e indicadores de saúde no planejamento e gestão das ações em um município, por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), por exemplo, que tem como objetivo de identificar os problemas, estruturar estratégias para resolvê-los e traçar objetivos e metas de trabalho considerando os indicadores de saúde (NASCIMENTO, 2015). Planejar incide na identificação dos atores interessados, seus respectivos mecanismos de articulação, buscando a definição dos objetivos e a estratégia de alcançá-los (VITAL; SILVA et., al, 2009).

Destaca-se que o Planejamento Estratégico Situacional (PES) se configura como um método de planejamento que parte de um problema, onde não existe solução normativa ou conhecida. Esses problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões políticos, econômicos, sociais, cultura etc. e em sua multissetorialidade (ARTMANN, 2000).

Outro ponto de destaque é o incentivo para as produções de Enfermagem acerca dessa temática, oportunizando reflexões sobre a prática do enfermeiro sanitário e de saúde da família acerca do entendimento das ferramentas da vigilância epidemiológica no manejo.

Outras lacunas identificadas através da busca nas bases de dados realizada pelo autor foram questões pertinentes ao acesso com relação à Atenção Primária à Saúde e baixo quantitativo de estudos epidemiológicos. No campo do ensino, esta pesquisa poderá contribuir para a formação acadêmica de novos enfermeiros mais conscientes, sensíveis e preparados para lidarem com a questão da diversidade não só no cenário da Atenção Primária, mas também em quaisquer cenários que atuem, uma vez que esse grupo utilizará, em algum momento, a rede de saúde e também como instrumento de atualização para os profissionais já inseridos nas unidades de saúde.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Tuberculose: doença negligenciada e persistente no Brasil

1.1.1 Perfil Epidemiológico da Tuberculose

Em 2016 a ocorrência de adoecimentos por Tuberculose foi de 10,4 milhões de casos novos da doença e 1,3 milhões de mortes (BRASIL, 2018). Vale destacar que em 2015, a incidência de TUBERCULOSE no Brasil representou 30,9 casos por 100 mil habitantes. Enquanto que a taxa de mortalidade no mesmo ano foi de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017).

Nesse contexto, há de se destacar que, no ranking proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, o Brasil está em 17º lugar entre os países com maior carga de doença (BARBOSA, et.al 2013). A incidência no ano de 2017 foi de 33,5 casos/100 mil habitantes, com cerca de 69.569 notificações de casos novos da doença por ano e em 2016, a taxa de mortalidade de 2,1 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2018).

Considerando o estado do Rio de Janeiro, Belo e colaboradores (2010) afirmam que o estado tem a segunda maior incidência de Tuberculose do país. Em 2006, a taxa de mortalidade foi de 5,9/100.000 habitantes. Em 2008, 12.851 casos de Tuberculose foram notificados. Embora a proporção de casos de Tuberculose, mortalidade e letalidade são maiores nos homens, mais de meio milhão de mulheres morrem de Tuberculose todos os anos, uma doença que mata mais mulheres do que o câncer de mama ou problemas relacionados à maternidade.

Em 2011, o Rio de Janeiro apresentou a segunda maior taxa de incidência e a maior taxa de mortalidade por Tuberculose no Brasil. Foram notificados 9.273 casos novos, correspondendo a uma taxa de incidência de 57,6 em 100.000 habitantes, e 889 óbitos, correspondendo à taxa de mortalidade de 5,6 em 100.000 habitantes, mais do que o dobro da taxa nacional (PORTELA et. al, 2014). Enquanto no Rio de Janeiro, em 2017, apresentou uma das maiores taxas de incidência do país, como 63,5 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2018).

Diversos autores relacionam as altas taxas de mortalidade da Tuberculose com áreas de maior desigualdade social, de renda, maior taxa de migração, proporção de pobres de cor da pele ou raça negra e maiores coeficientes de coinfeção por HIV/Tuberculose (CECCON, 2017). A população atingida majoritariamente constitui-se por pessoas de baixa renda nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2010^a). Complementa que pessoas de baixa renda e escolaridade encontram-se mais vulneráveis ao agravamento do estado de saúde, além de falhas terapêuticas e baixa adesão ao tratamento (CECCON, 2017).

Em relação ao sexo e faixa etária, Ceccon (2017) identificou que ao realizar análise da mortalidade pela doença através das taxas padronizadas por idade e sexo, verificou-se que as maiores taxas de mortalidade estão entre os homens adultos.

Além disso, o mesmo autor refere maior risco de morte em locais onde há grande desigualdade social, que resulta em aumento da pobreza, e ainda piora nas condições de moradia e alimentação, precarização do ambiente (baixa ventilação), relações de trabalho fragilizadas, baixo acesso aos serviços básicos a população, dentre eles a educação e a saúde (CECCON, 2017).

1.1.2 Tuberculose como Doença Negligenciada

As Doenças Negligenciadas podem ser definidas como prevalentes em situações de pobreza e que contribuem para a desigualdade social, constituindo-se como barreiras quanto ao desenvolvimento do país (BRASIL, 2010a).

A Tuberculose é considerada como uma doença negligenciada. Outros exemplos são: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, entre outras (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas estão infectadas com uma ou mais doenças negligenciadas, representando um sexto da população mundial (BRASIL, 2010a).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2003, o primeiro edital temático de Tuberculose, em consonância com as oficinas de prioridades realizadas com pesquisadores. Dando continuidade a esse processo, em 2006 foi lançado o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas no Brasil. Através de dados epidemiológicos, demográficos e o impacto da doença, foram definidas sete prioridades, tendo a inclusão da

Tuberculose neste grupo, recebendo o financiamento estimado de 1,9 milhões (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, diversas publicações corroboram com o fato da Tuberculose ser uma doença negligenciada, com grande importância mundial (BRASIL, 2015).

A OMS declarou a Tuberculose em estado de emergência mundial, com estimativa de 2 milhões de pessoas infectadas, o que corresponde a um terço da população mundial (BRASIL, 2003). Portanto, foram estabelecidas metas para os países após 2015, como visão de futuro “Um mundo livre da Tuberculose: zero mortes, adoecimento e sofrimento causados pela doença”, com objetivo de marcar o compromisso político e social em busca da eliminação da Tuberculose como um problema de Saúde Pública (BRASIL, 2015).

O Relatório Global da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde mostra que o Brasil atingiu todas as metas internacionais relacionadas à incidência, prevalência e mortalidade por Tuberculose (BRASIL, 2015). A meta de reduzir pela metade a taxa de mortalidade por Tuberculose quando comparada a 1990 foi alcançada em 2011, e o número de óbitos notificados, próximo de 4.600, correspondendo a 2,4 óbitos por 100 mil habitantes (MACIEL, et. al, 2018).

Nesse sentido, destacam-se as metas propostas: parar e reverter a tendência do coeficiente de incidência da Tuberculose até 2015 (meta estabelecida nos Objetivos do Milênio); e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade por Tuberculose em 2015, em comparação a 1990 (BRASIL, 2015).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) têm enfatizado a capacitação dos profissionais em saúde para a vigilância, avaliação e controle, com objetivo de ampliação do diagnóstico pela baciloscopia, promover a cura dos pacientes com Tuberculose, assim como a identificação dos sintomáticos respiratórios e dos contatos dos pacientes nos municípios do Brasil (BRASIL, 2003).

Vale lembrar que uma das principais frentes o PNCT é a distribuição gratuita de medicamentos e na estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO), abordado posteriormente. Os medicamentos constituem-se como um dos principais investimentos técnico-organizacionais do Programa, ao propor reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e enfrentamento de outras barreiras sociais (CECCON, 2017).

Uma das estratégias do PNCT é a unificação a nível federal, estadual e municipal, garantindo o acesso universal ao tratamento através da distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos, além da instituição de ações preventivas e de controle da Tuberculose. Um

órgão criado para reestruturar o combate a doença, através de ações de vigilância, controle e prevenção é a Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2003).

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia pelo Fim da Tuberculose, através do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, que apresenta como metas reduzir os coeficientes de incidência da doença para menos de 10 casos e de mortalidade para menos de um óbito a cada 100 mil habitantes até 2035. As estratégias de enfrentamento estão organizadas em três pilares: prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com Tuberculose; políticas arrojadas e sistema de apoio; e intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2018). Enquanto as metas constituem-se como: 95% de redução na mortalidade por Tuberculose; 90% de redução na incidência de Tuberculose no período de 2015 a 2035 (MACIEL, et. al, 2018).

1.1.3 Tuberculose: fisiopatologia e tratamento

A Tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch (BK). Sua transmissão é decorrente de gotículas contaminadas com os bacilos expelidos por uma pessoa que tenha Tuberculose pulmonar através da tosse, espirros ou a fala. Vale ressaltar que a propagação do bacilo da Tuberculose está associada principalmente às condições de vida da população. É prevalente em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. Ambientes fechados, sem ventilação são mais propensos a transmissão da doença (BRASIL, 2008).

O diagnóstico da doença é realizado pelo exame bacteriológico direto do escarro. Portanto, este exame deve ser solicitado pelo profissional de saúde em casos de:

Pacientes adultos que procurem o serviço de saúde por apresentarem queixas respiratórias ou, informarem ter tosse e expectoração há três semanas ou mais; pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax e contatos de casos de Tuberculose pulmonar bacilíferos que apresentem queixas respiratórias (Brasil, 2008, p.135).

Vale lembrar que o Rio de Janeiro se constitui como cidade teste para a mudança do diagnóstico de Tuberculose no Brasil. Através do giniXpert, introduzido no SUS em 2013,

sendo considerada como uma ferramenta, que detecta a presença do material genético do complexo *Mycobacterium tuberculosis* e a resistência à rifampicina em uma única reação, fornecendo resultados dentro de 2 h.

Segundo Barbosa et. al (2013), o problema da Tuberculose no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, em que os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o envelhecimento da população e grandes movimentos migratórios, além das fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão, limitam a ação da tecnologia de prevenção, diagnóstico e tratamento e, por consequência, inibem a queda de doenças marcadas pelo contexto social.

Uma das questões assistenciais e o que dificulta a cura é o atraso do diagnóstico, pois está muitas vezes relacionado ao despreparo das equipes de saúde para identificar sintomáticos respiratórios e à demora em sua confirmação. Nesse sentido, o modo de conduzir os processos de gestão do cuidado pode fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços voltados à atenção às pessoas doentes ou expostas à Tuberculose (BARRETO et. al, 2012).

Para que o tratamento aconteça, o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de maneira para garantir a universalização do acesso, a descentralização das ações e a equidade no tratamento da Tuberculose (PINHEIRO et. al, 2013).

1.1.4 Tuberculose: um agravo negligenciado na APS

O Ministério da Saúde publicou em 1996 o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, através da implantação do tratamento supervisionado, oficializado em 1999 por meio do PNCT, já abordado anteriormente. Nesse sentido a descentralização do programa era fomentada para os municípios, principalmente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do estabelecimento de parcerias com a sociedade civil (BRASIL, 2003).

Portanto, como um dos objetivos específicos do programa está descrito o de expandir o tratamento supervisionado na Atenção Básica, especialmente na ESF. Para a consolidação do programa de Tuberculose, duas estratégias principais são enfatizadas: a capacitação dos profissionais de saúde para atuação nas ações de vigilância, prevenção, controle e ações assistenciais adequadas para diagnóstico e tratamento da Tuberculose, e a ampliação do

Tratamento Supervisionado a todas as Unidades de Saúde dos municípios prioritários do PNCT (BRASIL, 2003).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é utilizado como uma estratégia de garantia do tratamento da Tuberculose. Segundo Filho e colaboradores (2011), o TDO tem a finalidade de observar a ingestão da medicação pelo paciente, por um profissional treinado, desde o início do tratamento até a sua cura, podendo ser realizado na unidade de saúde ou no domicílio do usuário. Quando realizado no domicílio, além de favorecer a adesão e conclusão do tratamento, também colabora para a reorganização do serviço de saúde e introduz novas formas de gerenciamento dos recursos materiais, humanos e do sistema de registro e informação. Dado que descentralizar as atividades de controle da Tuberculose pode significar um aumento significativo de sua cobertura.

Nesse sentido, o ACS é o profissional responsável por conduzir o TDO, e também desenvolve atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente, normalmente permanece a cargo do enfermeiro. A estratégia busca um modelo de atenção integral à saúde com mediações entre família, comunidade e profissionais, já que a eficácia na supõe o trabalho multiprofissional e a interação entre indivíduos com competências e habilidades distintas (COSTA et. al, 2013).

Para Costa e colaboradores (2013), discutir as ações desenvolvidas pelos ACS é oportuno e necessário na medida em que vai ao encontro dos desafios atuais acerca da qualificação da Estratégia Saúde da Família, inserida há mais de duas décadas no sistema de saúde. Logo, o conhecimento do cotidiano desses atores nos territórios poderá contribuir na elaboração de estratégias que visem à melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde de família (COSTA et. al, 2013).

Outros profissionais chaves neste processo são os enfermeiros, uma vez que estes possuem o papel de líder das equipes da ESF, o que facilita a vigilância e controle dos casos de Tuberculose, alcançando a o objetivo do tratamento, ou seja, a cura dos pacientes com Tuberculose.

1.2 O Sistema Único de Saúde e Atenção Básica no Brasil

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu pela Constituição de 1988, cujo artigo 196, denota que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS apresenta três princípios: universalidade (acesso ao sistema de saúde), integralidade (atender as necessidades do indivíduo em sua totalidade) e equidade (tratar as desigualdades sociais), além das suas diretrizes: regionalização (importância da divisão por territórios) e hierarquização (níveis de atendimento do sistema - primário, secundário e terciário).

O SUS é uma política pública fruto de uma construção de movimentos sociais, de acordo com a concepção de Paim (2008). Ainda assim, existe a crença por parte da sociedade que o SUS foi criado na perspectiva de “ajuda” aos pobres, galgadas por políticas focalizadas, com expressiva atuação de organismos internacionais e redução do financiamento para manutenção desse sistema. Nessa perspectiva este autor classifica o SUS em três categorias, real, formal e democrático.

O ‘SUS real’, moldado pelas políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, pelo clientelismo, patrimonialismo e partidarização na saúde. O ‘SUS formal’, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias pactuadas, também conhecido como ‘aquele que está no papel’. E há o ‘SUS democrático que integra, organicamente, o projeto da RSB na sua dimensão institucional: universal, igualitário, humanizado e de qualidade. Essas representações em torno do SUS traduzem interesses cristalizados na ‘indústria da saúde’, em governos e corporações profissionais, de um lado, e ideais de mudança social, de outro. Revelam, ainda, diferentes projetos em disputa como o ‘mercantilista’, o ‘revisonista’ e o da ‘RSB’. (PAIM, 2008, p.21-22).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde faz parte do SUS, e refere-se ao primeiro nível de atenção, configurando-se como primeiro contato com a rede de atenção à saúde. Segundo Bodstein (2002), trata-se de uma espécie de porta de entrada para o sistema de saúde, tendo a função de coordenar o cuidado à saúde da população (BODSTEIN, 2002).

É constituída por ações que visam a promoção, proteção à saúde, prevenção de agravos e a reabilitação. Buscando assim, proporcionar uma atenção integral à saúde dos

indivíduos e comunidade, considerando os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Assim, desde o início dos anos de 1990, criam-se algumas estratégias de fortalecimento da atenção básica, destacando-se o Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde (PNACS), de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2012). Esse programa surgiu na perspectiva de ratificar experiências locais previamente existentes, mas que aconteciam de forma pontual e voltada para grupos de risco como o materno-infantil, ampliando posteriormente a atenção à saúde após a reestruturação da atenção básica.

Por isso em 1992, o PNACS deu origem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), garantindo melhorias em indicadores de saúde com prevalência da redução da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal assim como do aleitamento materno exclusivo – até quatro meses de idade, possibilitando então a criação do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1994 (BRASIL, 2012).

Segundo a PNAB (2017), a atenção básica é definida como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.2).

O PSF foi considerado pelo próprio Ministério da Saúde como um programa simples, de baixo custo e estratégia para a reorganização da atenção básica mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012). Para tanto, o PACS e o PSF contribuíram para a formação de um modelo de reorientação da assistência à saúde de um modelo assistencial biomédico para um modelo integral, nomeado como Estratégia de Saúde da Família - ESF, em 1996.

1.3 Construção e Conceitos em Atenção Primária em Saúde (APS)

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui-se como o nível de atenção do sistema de saúde para atender todas as necessidades de saúde das pessoas, resolvendo

aproximadamente 80% das queixas dos usuários. Aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

A construção do conceito de APS perpassa diversos acontecimentos, tanto no cenário internacional quanto nacional. Nessa perspectiva, destaca-se o Relatório Dawson, que foi elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido. É um documento norteador da criação do sistema nacional de saúde britânico no ano de 1948, servindo de inspiração para diversos países no cenário internacional (LAVRAS, 2011).

Representa, portanto um marco na construção do conceito da APS, ao trazer as primeiras noções de organização dos serviços de saúde, territorialização (considerando a especificidade de cada território, com base no levantamento da situação de saúde) e na ênfase na abordagem em saúde tendo a APS como primeiro nível de organização do sistema. Outros aspectos importantes foram à definição da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, constituindo-se estes como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (LAVRAS, 2011).

Dentre as inovações trazidas pelo Relatório Dawson, destacam-se os seguintes conceitos: território, adscrição da população, porta de entrada, vínculo, acolhimento, equipe de referência e a institucionalização das APS como coordenadora do cuidado (local de prevenção à saúde, conduzida por um médico generalista) conceitos tão caros para a atualidade (LAVRAS, 2011).

Portanto, no Brasil frente às influências do cenário internacional, durante o século XX, havia a predominância da dicotomia entre a assistência médico hospitalar e a saúde pública. A primeira era composta por profissionais liberais, caracterizada pela medicina previdenciária e ações de filantropia oferecidas pelas Santas Casas de Misericórdia através das igrejas, constituídas por ações curativas de caráter individual. A saúde pública era composta por ações com caráter coletivo – campanhas, cuja intenção dos governos era a erradicação das pragas que acometiam os trabalhadores e a região dos portos para garantia de lucro na exportação dos produtos e manter os portos. Logo, a saúde pública não era compreendida como prioridade, apenas em momentos de epidemias ou endemias (PAIM, 2008; MARTINS; MOLINARO, 2013).

No início do século XX, estavam presentes as epidemias de saúde pública como a malária, febre amarela, cólera, dentre outras. Portanto, as campanhas eram voltadas para a erradicação dessas doenças. Não existia ainda um pensamento de promoção à saúde da população naquele momento (POLIGNANO, 2001).

A primeira iniciativa que reflete a preocupação com o direito à saúde foi à criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, pela Lei Eloy Chaves, conferindo assistência à saúde e benefícios previdenciários aos trabalhadores segurados e seus familiares, mediante assinatura da carteira de trabalho, além de outros benefícios como garantia de medicamentos, aposentadorias, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2001).

Essa Lei é percebida como um marco inicial da Previdência Social no Brasil, uma vez que os benefícios eram estendidos aos empregados de empresas, conseguindo alcançar aproximadamente 183 caixas de aposentadorias e pensões (CARBONERA, 2008). Com base nesse modelo a Seguridade Social é criada, que tem como objetivo a satisfação das necessidades sociais.

Na década de 1930, com Getúlio Vargas, as CAPs foram gradativamente transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), compostos por categorias profissionais como marítimos, bancários, comerciários, empregados de transportes e cargas e industriários, unificados mais a frente no Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) em 1967 (BAPTISTA, 2007).

Vale destacar que a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criada em 1943, constituiu-se em indutora da expansão da educação sanitária, contribuindo para o estabelecimento da Política Nacional de Saúde (FONSECA, 2013).

No contexto da década de 1960, o Brasil em 1964 vivenciava o Golpe Militar, instaurando a ditadura (1964-1985) com expressiva desarticulação dos movimentos sociais e fechamento do Congresso Nacional e de todas as Assembléias Legislativas dos estados brasileiros (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os anos de 1970 assistiram no país, o surgimento do movimento pela reforma sanitária. É de se ressaltar que, de acordo com Paim (2009), esse movimento provocou mudanças importantes em relação à saúde da população brasileira, além de contribuir na luta contra o regime autoritário, apoiando-a, sobretudo no que se refere “a restauração da democracia, ao desenho de um sistema de proteção social mais igualitário e ainda quanto ao estabelecimento de políticas macroeconômicas direcionadas para o crescimento com distribuição de renda” (FAGNANI, 2015, p.103). Segundo Paim (2008, p.114):

De um lado, um ‘projeto contra-hegemônico’ que provocaria mudanças na forma de enfrentar a questão saúde na sociedade, incluindo uma dimensão ética. De outro, um ‘projeto setorial’ iniciando-se como uma reforma administrativa e contemplando a participação social no sistema de saúde (PAIM, 2008, p.114).

Cabe mencionar que nos anos 1970 foram criados o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) em 1979 que garantiu a expansão das ações de saúde para as zonas rurais, com perspectiva de garantia de uma estrutura mínima para a saúde, através da força de trabalho dos próprios moradores da comunidade e na operacionalização do saneamento básico (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Nessa mesma época surgiram os primeiros modelos de APS, com centros de saúde em locais pontuais como Recife, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (GONÇALVES; HARZHEIM, 2017).

Portanto, a saúde no Brasil era baseada no modelo emergencial e curativo, com a figura do médico central, sendo este o profissional responsável pela determinação das prioridades de atendimento e de que forma seriam resolvidas as questões da Saúde Pública.

Esse modelo de atenção à saúde era voltado para a doença, sem considerar os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença. Gradativamente essa lógica foi se modificando, principalmente com a criação do SUS, que possibilitou, dentre outras coisas, a presença de equipes multiprofissionais, especialmente na Saúde da Família, que será abordada mais a frente.

Ao retomar o contexto anterior, a Conferência de Alma-Ata traz o conceito de Cuidados Primários em Saúde que, de modo geral, apresenta como propósito ampliar a cobertura dos sistemas universais de saúde por meio da APS, em outras palavras, trata-se de um contexto para além de um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde (MATTOS, 2000).

Nos anos de 1980, devem ser mencionados alguns marcos importantes na área da saúde como as Ações Integradas em Saúde (AIS) em 1982, que apresentavam como objetivo principal articular serviços que prestavam assistência à saúde da população de uma região e, ao mesmo tempo, integrar ações preventivas e curativas com vistas à integralidade da atenção.

Na década de 1980 outros movimentos foram ganhando espaço, tendo como grandes acontecimentos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição Federal de 1988 (GONÇALVES; HARZHEIM, 2017).

Todas essas estratégias apontadas anteriormente contribuíram para a criação do Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1988. Logo, essas iniciativas associadas às experiências das universidades em medicina comunitária, também contribuíram para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A década de 1990 foi marcada com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde. A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem

como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamentando e todo o território nacional, as ações serviços de saúde, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

Houve investimento no Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) que posteriormente deu origem ao Programa de Saúde da Família (PSF), denominado atualmente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), escolhida como um modelo prioritário de reorientação a saúde. Nos anos 2000, ganha expressividade a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o incentivo de políticas de formação, como, por exemplo, a educação a distância - Telessaúde e Una-SUS (GONÇALVES; HARZHEIM, 2017).

A reforma dos sistemas de saúde internacionais se deu apoiado às perspectivas provenientes da Alma Ata, os cuidados primários de saúde são tomados como prioridade e o modelo de gestão adotado para dar conta das necessidades sociais considerando as questões econômicas é a tendência da contratualização, que foi adotada na década de 1990 e 2000, em especial, na Inglaterra e nos países da Europa Ocidental (ESCOVAL; RIBEIRO; MATOOS, 2010).

Os atributos essenciais da APS são descritos por Starfield (2002), apontados a seguir: acesso (primeiro contato), integralidade (olhar o indivíduo como um todo), longitudinalidade (acompanhamento do usuário), e coordenação da atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (STARFIELD, 2002).

Como atributos derivados destacam-se: orientação comunitária, concentração na família e competência cultural (STARFIELD, 2002). O conhecimento desses atributos é fundamental para um bom desenvolvimento de uma prática clínica e deve ser de responsabilidade dos profissionais de saúde colocá-los em prática no cotidiano dos serviços.

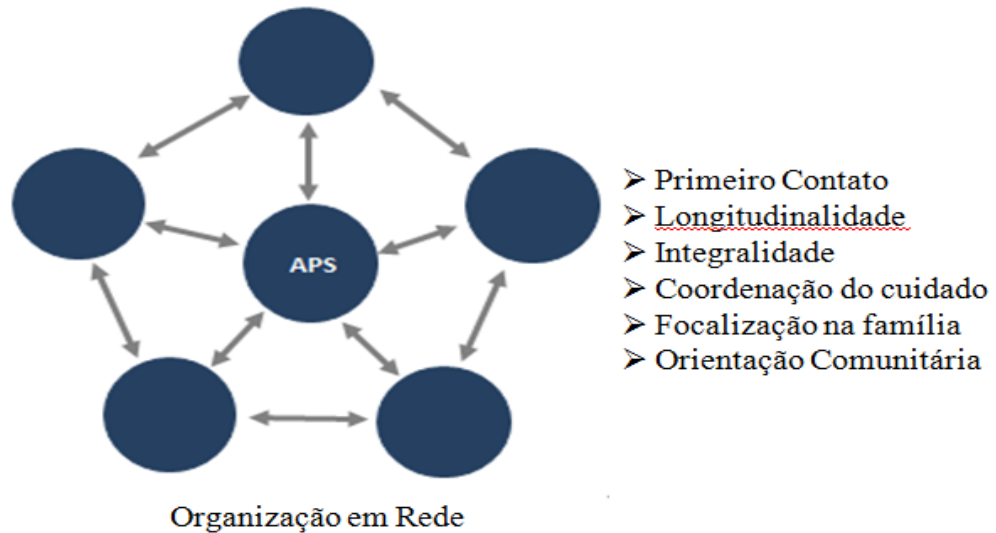
A autora complementa ainda:

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

A figura 1 mostra a construção teórica dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, que se conceitua a partir dos atributos essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e pelos atributos derivados da

APS: focalização na família e orientação comunitária. Esses conceitos serão aprofundados a seguir.

Figura 1 - Princípios Ordenadores da APS



Fonte: STARFIELD, B. Atenção Primária à Saúde. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Elaboração do autor.

1.3.1 Primeiro Contato

O primeiro contato trata-se da porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde, tem relação direta com acessibilidade (STARFIELD, 2002).

Vale ressaltar que a utilização do serviço de saúde deve se constituir como fonte de cuidado sempre que surgir um novo problema de saúde do usuário, ou até mesmo um problema persistente, que garanta escuta ativa do profissional de saúde e capacidade de resolutividade (STARFIELD, 2002).

Desse modo, a APS constitui-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, possibilitando ao usuário o acesso a rede de serviços de saúde, com procura regular pelo usuário. Portanto, ao colocar em prática esse atributo, as necessidades dos usuários podem ser resolvidas nesse nível de atenção (GIOVANELLA et. al, 2009).

1.3.2 Longitudinalidade

A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema (STARFIELD, 2002).

Além disso, a relação de vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, deve representar forte relação, para que seja possível o compartilhamento das questões trazidas pelo indivíduo que garanta o acompanhamento de saúde deste (STARFIELD, 2002).

O atributo da longitudinalidade permite a continuidade do acompanhamento da saúde dos usuários. Desse modo, tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de evitar encaminhamentos sem avaliação prévia para o nível secundário ou para a realização de exames e procedimentos mais complexos (FRACOLLI, et. al, 2015).

1.3.3 Integralidade

A integralidade do cuidado pressupõe o fortalecimento do vínculo, acolhimento e autonomia, com a valorização da subjetividade e às necessidades singulares dos sujeitos com o cuidado centrado no usuário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na perspectiva de atingir esse atributo, é fundamental que os sistemas de saúde sejam ordenados pela APS, com articulação em rede, centrados nas necessidades e demandas dos usuários. Desse modo, é possível entender o conceito de APS abrangente, superando a ideia de que a APS como uma concepção seletiva, voltada para os pobres, com serviços de baixa qualidade, com oferecimento de uma cesta restrita de serviços (GIOVANELLA et. al, 2009).

1.3.4 Coordenação da Atenção

A coordenação da Atenção pode ser traduzida como articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de modo organizados para o alcance de um objetivo comum.

Apresenta como objetiva central ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Esse atributo trata sobre a continuidade da assistência através da integração dos serviços de saúde disponíveis na rede de atenção à saúde. Para que este se concretize na prática da APS, torna-se extremamente necessário que haja articulação de todos os níveis de atenção, sendo fundamental a organização da referência e contra-referência no sistema de saúde (SOUZA, et. al, 2018).

1.3.5 Focalização na Família

A Focalização na Família conceitua a importância do conhecimento da dinâmica familiar interfere na origem e no cuidado das doenças (GONÇALVES; HARZHEIM, 2017).

Starfield (2002) aborda que para que os atributos essenciais sejam alcançados, a família deve ser considerada enquanto rede de apoio para o cuidado do paciente, utilizando desse modo a abordagem familiar como um potente instrumento para auxiliar no acompanhamento de saúde do usuário.

1.3.6 Orientação Comunitária

A Orientação Comunitária destaca as necessidades que a comunidade apresenta por meio de dados epidemiológicos que traduzam a realidade local e pela proximidade e vínculo com a população, com base no planejamento, avaliação e monitoramento das ações e serviços (GONÇALVES; HARZHEIM, 2017).

O conhecimento do contexto social que a população vive é essencial para ampliação do escopo de ações da APS, uma vez que a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais, características comportamentais e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. Autores acreditam que para que a APS aperfeiçoe a saúde, ela deve focar a saúde no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham (FRACOLLI, et. al, 2015).

1.4 A Construção da Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, a temática dos cuidados primários se expressa na APS por meio da implantação e execução da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é tomada como prioridade para a organização do modelo assistencial de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ESF ressurgiu com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, marcado pelos serviços hospitalares, nos atendimentos médicos e ações coletivas (BRASIL, 1997). Tal política se apresenta como principal estratégia de reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e visa, dentre outros aspectos, a atuação a nível territorial e a busca da integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias.

Um dos modelos de organização da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que consiste no modelo de gestão para a reorganização da atenção primária. Constituiu-se a principal porta de entrada para utilização dos serviços de saúde com o intuito de cumprir uma importante missão na melhoria dos indicadores de saúde e a redução dos índices de Tuberculose no país, fundamentando eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade em um contexto de descentralização e controle social (PILLER, 2012).

A PNAB, desde a sua segunda versão de 2012 tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, desta forma, cabe às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica (BRASIL, 2012). Os municípios, portanto, apresentam dentre as atribuições à responsabilidade de organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União.

Portanto, a APS constitui-se como centro de comunicação na Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços do sistema de saúde, seguindo as diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica em sua última versão de 2017 (BRASIL, 2017).

Esse nível de atenção é responsável por coordenar, organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (OLIVEIRA et. al, 2011).

Um conceito que merece destaque é o de equipe, que engloba a responsabilidade é de todos e cada categoria tem suas atribuições definidas de acordo com a política norteadora do processo de trabalho, a PNAB (2017). Cada equipe da ESF apresenta um trunfo no que se refere ao cuidado em saúde, o vínculo, construído no cotidiano entre os profissionais de saúde e a comunidade.

A equipe apresenta responsabilidade sanitária por aquela área adscrita, sendo responsável por informar a população acerca da importância da promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento, para que desse modo, sejam alcançados melhores resultados no que se refere aos indicadores de saúde, assim como a diminuição das taxas de adoecimentos e riscos de vulnerabilidade (OLIVEIRA et. al, 2011).

As equipes da ESF são compostas por equipes multiprofissionais, com os seguintes componentes: Agentes Comunitários em Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Destaca-se neste momento os ACS, que são os profissionais que exercem o papel de “elo” entre a unidade de saúde e a comunidade, com característica peculiar de residir em seu território de atuação, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduos/comunidade (BRASIL, 2009).

A ESF trata-se de uma possibilidade de reprodução de modelo territorializado. Tal modelo apresenta características como: intersetorialidade, abordagem ao indivíduo, família e comunidade, participação social, integralidade da atenção, longitudinal idade e coordenação do cuidado e o planejamento das ações a partir das necessidades locais.

O modelo de expansão de cobertura do município do Rio de Janeiro tem se colocado na história como um exemplo de reforma dos cuidados primários em saúde e inspirado outros municípios adotarem metodologias semelhantes para expandir a cobertura em ESF.

O município do Rio de Janeiro iniciou a reforma dos cuidados primários em saúde, por meio da ESF em 2009, a cobertura a cobertura potencial da ESF passou de 3,5% em 2008 para 70% em 2017, seguindo os presentes objetivos:

- (i) maior participação da saúde no orçamento municipal e maior participação da APS no orçamento da saúde, com aumento ex-pressivo do recurso investido; (ii) mudança do modelo de atenção por meio da expansão da ESF e instituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS; e (iii) adoção do modelo de gestão com OSS, que pela utilização das regras do direito privado agilizou a contratação de profissionais, a aquisição de insumos e equipamentos e a construção de novas unidades de saúde (COSTA; SILVA et al, 2014).

Vale ressaltar que frente às versões das Políticas de Atenção Básica (2006, 2012 e 2017), são encontrados alguns pontos de diferenças, que serão abordados a seguir. Um dos principais argumentos é dispensa da obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes, substituídos então por auxiliares ou técnicos de enfermagem como apontam as autoras Morosini e Fonseca (2017) ao relacionarem essa mudança de conformação das equipes como resgate do modelo biomédico em uma lógica medicalizadora, além de contribuir para a desmobilização das ações de promoção da saúde (MOROSINI; FONSECA, 2017).

As autoras argumentam ainda que a saúde vem sendo tratada de acordo com a lógica de mercado, verificando-se expressiva competição entre os setores público-privados, podendo retomar a ideia da atenção primária seletiva por intermédio de uma carteira de serviços mínima, em contraposição ao princípio da universalidade do SUS, além de comprometer as ações de promoção da saúde por serem transformadas em ações pontuais, a desafio da intersetorialidade na prática, e a tendência de crescimento dos planos de saúde torna-se cada vez mais expressiva (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Outra proposta de mudança pauta-se nos regimes de trabalho, na carga horária e nos vínculos dos trabalhadores, baseado no discurso de atender especificidades dos territórios. Porém diante do cenário atual de precarização do trabalho, acirraria ainda mais as flexibilidades no que tange à contratação e à organização do trabalho, salientando ainda mais a fragilidade dos trabalhadores, principalmente os profissionais de níveis médios e técnicos. Como exemplo, é de se notar que a última versão da PNAB propõe a fusão entre os ACS e os Agentes de Combate a Endemias – ACE, reduzindo cada vez mais os postos de trabalho para os profissionais da saúde, e ainda compromete a formação técnica desses profissionais. Desse modo, conclui-se que as atribuições dessa categoria profissional deverão ser atualizadas frente às necessidades do território, o desejo de qualificação dos ACS assim como da equipe da ESF (MOROSINI; FONSECA, 2017).

1.5 Sistemas de Informação na construção de Diagnóstico Situacional em Saúde

Tradicionalmente no Brasil, a produção e a utilização da informação em saúde dão origem ao diagnóstico situacional de saúde de cada município e quase sempre são realizadas

pelos governos federal ou estadual, sem participação local. Contudo, a Lei Orgânica da Saúde prevê como competências e atribuições comuns às três esferas públicas a organização e integração dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (NOGUEIRA, 2009). Com a finalidade de organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), o Ministério da Saúde (MS) criou o Departamento de Informação e Informática em Saúde (BRASIL, 2004). O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) integra os SIS e corresponde a principal fonte de registros de doenças transmissíveis, dentre elas a Tuberculose.

Felix (2011) destaca que o registro na área da saúde começou a partir da necessidade percebida pelos profissionais de saúde durante suas rotinas de trabalho para resgate da história do paciente com objetivo de facilitar o acompanhamento deste. Complementa ainda sua relevância na atualidade como critério de avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde, sendo utilizado para subsidiar a tomada de decisões na gestão pública (FELIX, 2011).

As primeiras informações epidemiológicas foram extraídas com base nos nascimentos e óbitos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que iniciou a disponibilizar esses dados a partir dos anos de 1970. Porém foi identificado que apenas esses dados não seriam suficientes para darem conta de responder as demandas epidemiológicas da população. Por isso, o Ministério da Saúde, iniciou o monitoramento dos dados a partir da criação de dois SIS, sendo eles: o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM), em 1975, e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 1990 (FELIX, 2011).

Desse modo, conclui-se que os SIS são instrumentos facilitadores e organizadores dos processos de trabalho no SUS, sendo importantes dispositivos para a gestão em saúde, principalmente no quesito de definição de prioridades de atuação. Destacam-se os principais dados utilizados: informações sobre mortalidade, nascimentos vivos, doenças de notificação compulsória (dentre elas a Tuberculose), internações hospitalares e produção ambulatorial do SUS, cobertura vacinal, ações básicas em saúde e orçamento (FELIX, 2011).

Porém grandes desafios no que diz respeito à utilização desses sistemas estão presentes. Dentre os principais verificam-se: a subnotificação e a qualidade das informações prestadas (FELIX, 2011). Outros pontos que precisam obter avanços são: a integração dos SIS, tanto em relação ao uso da informática, quanto em relação à melhoria da produção dos dados e qualificação dos processos de trabalho (BRASIL, 2004). Portanto, trabalhar com esses sistemas é fundamental na melhoria dessas questões, entre outras dificuldades dos SIS, seja a alimentação dos dados, extração, avaliação, análise e monitoramento.

Um marco nesse processo de aperfeiçoamento é a publicação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, de 2004. Essa discussão já acontecia anteriormente, porém a partir de 2003, o debate em torno da implementação de uma política nacional de informação se materializou, sendo definida como um dos eixos prioritários de atuação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Um ponto a favor dessa questão foi a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que deliberou em torno dessa proposta, ratificando as decisões da 11ª CNS, ao reforçar a importância da comunicação, educação e informatização na garantia da equidade, humanização da atenção à saúde e fortalecimento do controle social (BRASIL, 2004).

É fato que os SIS foram ganhando novos formatos ao longo dos anos, enfatizando a cooperação entre os três entes federativos (União, Estados e Municípios) (BRASIL, 2004).

A política destaca experiências inovadoras como, por exemplo, a criação do Cartão Nacional de Saúde em âmbito nacional. Um aspecto em comum dos SIS é a instrumentalização desses através de uma ferramenta, impressa em papel, com objetivo de proporcionar uma coleta adicional de registros, a serem preenchidas pelos profissionais de saúde, o que em muitas vezes podem ocasionar erros e vieses, causando também uma duplicidade de dados (BRASIL, 2004). No caso do SINAN esse instrumento é a Ficha de Notificação Individual (FIN).

Os profissionais de saúde são os sujeitos responsáveis por tal atividade, enfatizando que todas as categorias profissionais apresentam essa responsabilidade, portanto constata-se que a notificação compulsória se constitui como obrigatória, prevista através da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, já citada anteriormente (BRASIL, 2016).

Destaca-se nesse momento a estratégia proposta pela Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, através do seguinte propósito:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004, p.15).

Conforme já mencionado anteriormente a notificação dos casos de Tuberculose é processada através do SINAN, constituindo-se como uma ferramenta auxiliadora no tratamento de Tuberculose, uma vez que é um sistema utilizado em âmbito nacional, trazendo

dados quantitativos de diversos agravos, sendo um deles a Tuberculose. É alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, através da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016).

O SINAN se apresenta, portanto como instrumento de na análise essencial, já que através do Tabnet, que disponibiliza informações para subsidiar análises de indicadores de saúde e planejamento de ações futuras. Portanto, é possível gerar informações epidemiológicas em relação ao tópico a ser estudado, sendo, portanto, um aliado no contexto (SINAN, 2017).

Vale destacar que o esse sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos.

O sistema de informação utilizado pela Atenção Primária no município de Mesquita é utilizado um prontuário eletrônico em convênio com o município. Os dados são exportados para o Ministério da Saúde, através do e-SUS (prontuário utilizado pelo próprio Ministério da Saúde).

Vale ressaltar que essa ferramenta é utilizada como um auxílio em relação aos dados dos pacientes, uma vez que a informatização é um processo aliado na análise dos indicadores de saúde da população, principalmente no que se refere à capacidade de gerar relatórios que alguns prontuários eletrônicos possuem. Nota-se que o prontuário eletrônico se constitui em uma das principais ferramentas de trabalho dos profissionais pelo fato de se constituir em instrumento de avaliação quantitativa da produtividade.

As principais vantagens quanto à utilização dos prontuários eletrônicos são: emissão dos primeiros relatórios gerenciais dos prontuários eletrônicos em saúde; informatização das unidades de saúde; gestão da lista de cadastros de duplicados, que permite qualificar os registros de forma a torná-los único e com isso dar mais acesso à população. Além de demonstrar que os indicadores de avaliação de desempenho devem ser baseados em prática clínica de qualidade, registrados mediante a utilização de prontuário eletrônico (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Nesse sentido, para que os prontuários eletrônicos apresentem eficiência, é necessário que os profissionais de saúde se apropriem desse instrumento, além de perceberem a importância do registro das informações, desenvolvendo as seguintes habilidades: o

preenchimento adequado dos dados; a retirada e análise dos relatórios quantitativos emitidos pelo prontuário eletrônico; a necessidade de treinamento para uso dessa ferramenta; e a potencialidade do uso do prontuário eletrônico no avanço da informatização na Atenção Primária à Saúde.

A Comissão de Prontuário procede à análise aleatória dos prontuários referentes às linhas de cuidado, dentre eles Tuberculose. Acontece em todas as Clínicas da Família com frequência mensal, se constituindo como um espaço capaz de despertar dúvidas, instigar a habilidade de reflexão e possibilitar novas aprendizagens.

A Comissão de Prontuário tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É conduzida a partir de um regimento interno, implementado nas Clínicas da Família em setembro de 2019. Constitui-se por ser um documento que norteia e instrui sobre as atribuições dos membros da comissão, objetivos, atuação, constituição e competências. A Comissão é composta por um representante de cada categoria profissional das Clínicas da Família e pelo gestor da unidade. A proposta dessa Comissão está diretamente relacionada à qualificação do registro e conseqüentemente ao processo de trabalho das equipes. São objetivos da Comissão:

a) Atender às resoluções do CFM e CREMERJ, que definem prontuário médico como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e à assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

b) Analisar a qualidade e a eficiência do registro dos profissionais nos prontuários dos usuários cadastrados pelas das Equipes de Saúde da Família das unidades de saúde referidas no art. 1º, assessorando no acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde prestados nas unidades da rede básica do município de Mesquita.

c) Induzir estratégias de melhoria e qualificação do registro dos profissionais nos prontuários dos usuários cadastrados pelas das Equipes de Saúde da Família das unidades de saúde referidas no art. 1º;

d) Medir o efeito das estratégias de melhoria e qualificação propostos, considerando a influência de fatores contextuais que podem afetar o sucesso destas iniciativas.

2 MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo e fonte de dados

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com dados dos casos de Tuberculose notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do município de Mesquita, com ênfase nas unidades de Atenção Básica.

O recorte do estudo será de dez anos, do ano de 2007 a 2017. A população do estudo será composta por todos os casos de Tuberculose notificados no SINAN. Vale ressaltar que durante o período estudado houve mudanças na Ficha de Notificação de Tuberculose entre os anos de 2006 e 2014. Em decorrência desse fato, as duas fichas são apresentadas como Anexos do presente trabalho (Anexo A e Anexo B).

2.2 Cenário do estudo

2.2.1 Caracterização do Território

O cenário da pesquisa é o município de Mesquita, município da Baixada Fluminense. Este território, atualmente possui centralização do tratamento de Tuberculose através do Programa de Tuberculose, com definição de uma “Unidade de Referência” na APS para tratamento de Tuberculose e HIV. Nesse caso, a dispensa de medicamentos torna-se centralizada, o que acaba contribuindo para a rotulagem daquele paciente, assim como com o estigma que ele enfrenta.

Destaca-se Mesquita ser considerado como um município dormitório, o que acaba comprometendo o acesso ao tratamento da doença. Por conseguinte, muitos moradores podem acabar realizando o tratamento em outra localidade, principalmente por conta de seus horários de trabalho. Nesse sentido, o modo de conduzir os processos de gestão do cuidado pode

fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços voltados à atenção às pessoas doentes ou expostas à Tuberculose.

Como uma alternativa para ampliar o acesso aos serviços de saúde pela população, o município de Mesquita irá aderir ao programa Saúde na Hora, que amplia o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde para às 20h. Esse horário ampliado, chamado de estendido será implementado à partir de janeiro de 2020 nas Clínicas da Família de Mesquita, com objetivo principal de garantir o acesso a saúde para a população trabalhadora do município de Mesquita.

Considerando a nível nacional, o programa tem objetivo de “ampliar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do funcionamento de Unidade de Saúde da Família (USF) em horário estendido, proporcionando maior possibilidade dos usuários conseguirem atendimento” (BRASIL, 2019, p.4).

Além disso, esse programa amplia os recursos mensais recebidos pelo município, incluindo o funcionamento durante o horário de almoço e manutenção de portas abertas dos serviços durante a noite. A carga horária de funcionamento das unidades varia entre 60h a 75 horas semanais. Para 60 horas, o incremento no incentivo de custeio PE de 122%, incluindo as equipes de saúde bucal, enquanto para as unidades com funcionamento de 75h, o aumento de custeio mensal gira em torno de 121% (BRASIL, 2019). Vale ressaltar que todos os serviços oferecidos pelas Clínicas da Família serão ofertados para a população durante o período integral de funcionamento das unidades, incluindo o horário estendido.

Nesse sentido, o modo de conduzir os processos de gestão do cuidado pode fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços voltados à atenção às pessoas doentes ou expostas à Tuberculose. Busca-se com este estudo contribuir para melhoria dos indicadores de Tuberculose no município de Mesquita, assim como construir fluxos e protocolos específicos para ampliar a adesão ao tratamento, além da instituição da descentralização à nível da APS, a partir do novo modelo implementado das Clínicas da Família, para contribuir com a desmistificação em relação a este agravo.

Em relação à caracterização do município, de acordo com o perfil socioeconômico e sociodemográfico, é possível constatar que Mesquita apresenta as seguintes características: população estimada de 171.020 habitantes, com base no ano de 2016; densidade demográfica de 4.919 hab/km²; Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 9.484,83, com base no ano de 2011; percentual da população em extrema pobreza de 3,93%, com base no ano de 2010; percentual da população com plano de saúde: 21,36 %, com base no ano de 2017 (BRASIL,

2018). O município de Mesquita apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,737, o que é considerado alto, pois está na faixa entre 0,700 e 0,799. Em comparação com o município do Rio de Janeiro, com 0,799, de acordo com o ano de 2010. O IDH é composto pela média de três categorias: longevidade (0,839), renda (0,704) e educação (0,678) (MESQUITA, 2017).

A gestão de Mesquita é plena, e a organização dos serviços de saúde local é apresentada a seguir. O município de Mesquita apresenta uma cobertura de Estratégia Saúde da Família de 51,37%, e de Atenção Básica de 73%. Observa-se que há capacidade instalada para expansão da cobertura e consolidação da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2018).

2.2.2 Caracterização dos Equipamentos de Saúde

Em relação aos equipamentos de saúde, o município de Mesquita apresenta a configuração apresentada no Quadro 1 sob a gestão municipal.

Considera-se importante neste momento descrever todos os equipamentos de saúde que fazem parte da rede intrasetorial, uma vez que o usuário que se encontra com Tuberculose pode percorrer todos os serviços da rede, sendo importante fator desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Quadro 1 - Caracterização dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Mesquita, sob responsabilidade da gestão municipal, 2019 (continua)

Estabelecimento de Saúde	CNES
Almoxarifado Central de Mesquita	9475052
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	9881565
CEMCAM	9429727
Central de Regulação de Mesquita	6977863
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	6668399
Centro de Atenção Psicossocial Casa Verde	5026245
Centro de Especialidade Odontológica de Mesquita	5714508
Centro de Especialidades de Fisioterapia e Reabilitação	6683444
Centro de Reabilitação Física de Deficiente de Mesquita	9024123
Centro Municipal de Saúde Paraná	2696711
Clínica da Família Dr. Jorge Campos	2696533
Clínica da Família da Jacutinga	2286041
Clínica da Família São José	26966525
Clínica da Família Walter Borges	3945995
Farmácia Municipal de Mesquita Pólo I	6761798
Farmácia Municipal de Mesquita Pólo III	6875742
Farmácia Popular de Mesquita	6366775
Laboratório Municipal de Mesquita	9210806
Laboratório Municipal de Mesquita	9210806
Policlínica Municipal de Mesquita	6681298
Pólo Academia da Saúde BNH	9912096
Pólo Academia da Saúde Chatuba	9978704
Pólo Academia da Saúde Cosmorama	9962530
Pólo Academia da Saúde Santa Terezinha	9888098
Pólo Academia da Saúde Vila Emil	9980318
Programa Melhor em Casa	6875629
SAMU 192	6069819
Unidade Básica de Saúde Cosmorama	2286092
Unidade Básica de Saúde da Chatuba	2286033
Unidade Básica de Saúde Juscelino	2286076
Unidade Básica de Saúde Edson Passos	2286068

Quadro 1 - Caracterização dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Mesquita, sob responsabilidade da gestão municipal, 2019 (conclusão)

Unidade Básica de Saúde Vila Emil	2286084
Unidade Básica de Saúde Vila Norma	2286025
Unidade de Saúde da Família Edson Passos	5888034
Unidade de Saúde da Família Maria Cristina	5035376
Unidade de Saúde da Família Santo Elias	5656109
Unidade de Saúde da Família Vila Emil	5526620
Unidade Móvel Avançada 1 SAMU 192	7540795
Unidade Móvel Básica 1 SAMU 192	7540914
Unidade Móvel Básica 2 SAMU 192	7540949
Unidade Móvel I	2696320
Unidade Móvel II	2696339
Unidade Móvel III	2696347

Fonte: BRASIL, 2020.

O município de Mesquita não apresenta hospital, sendo que o de referência localiza-se em um município vizinho de Nova Iguaçu, que é o Hospital da Posse. O Quadro 2 apresenta os estabelecimentos de saúde que estão enquadrados na responsabilidade da gestão estadual.

Quadro 2 - Caracterização dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Mesquita, sob responsabilidade da gestão estadual, 2019.

Estabelecimento de Saúde	CNES
SES RJ Complexo Reg de Mesquita Maternidade Clínica da Mulher	7011857
SES RJ UPA 24h Mesquita	7065485

Fonte: BRASIL, 2020.

Destaca-se que a rede de saúde do município não apresentou grandes modificações estruturais, com exceção da Reforma da Atenção Primária que Mesquita vem passando com a implantação do novo modelo de atenção à saúde, as Clínicas da Família. Desse modo, verifica-se que a APS de Mesquita vem passando por um momento de reconstrução com grande investimento e ampliação do modelo da ESF baseado nas diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (2017) e com base nas experiências do município do Rio de Janeiro, através das Clínicas da Família, se constituindo como a referência no cuidado dos pacientes em tratamento de Tuberculose.

Nesse contexto, a cobertura da Atenção Primária em Saúde é um indicador primordial, pois este revela potencialidade que o município possui em ofertar ações e serviços que são da responsabilidade desse nível de atenção em atuar como ordenadora do cuidado e sua capacidade resolutiva. O vínculo das equipes com os usuários nos territórios é um fator essencial na continuidade do tratamento e acompanhamento dos casos de Tuberculose. Portanto, nos locais em que a Saúde da Família é ampliada, a longitudinalidade do cuidado torna-se mais facilitada. Segue no Quadro 3 abaixo, a situação atual de implantação das equipes da ESF e de ACS.

Quadro 3 - Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
eESF	86	19	17	93.040,00
ACS	428	139	122	123.708,00

Fonte: BRASIL, 2018.

Assim como as equipes da Estratégia de Saúde da Família, as equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) também são importantes no cuidado do paciente com Tuberculose. Os NASF são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua - eCR, equipes ribeirinhas - ESFR e fluviais- eSFF), Programa Academia da Saúde, dentre outros. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações. (BRASIL, 2018).

Em julho de 2017 foi publicada a portaria de credenciamento de 3 equipes NASF tipo 1, conforme o Quadro 4, que deve cobrir de 5 a 9 eSF e/ou eAB, para o município, logo cabe a presente instância implantar as equipes considerando a carga horária (BRASIL, 2017).

Quadro 4 - Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB)

	Tipo	Credenciado	Implantado
NASF	I	3	-
	II	-	-
	III	-	-

Fonte: BRASIL, 2018.

O Ministério da Saúde visa induzir as políticas de saúde para os municípios executarem através de indução de recursos financeiros, dentre eles encontra-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) O principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2017).

Os valores do repasse mensal do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável, deste segundo ciclo, foram definidos pelas Portarias nº. 562, de 4 de abril de 2013 e Portaria n. 1.234 de 20 de junho de 2013 (BRASIL, 2013). O município de MESQUITA no terceiro ciclo do programa (2015) cadastrou as seguintes equipes, conforme o Quadro 5 abaixo:

Quadro 5 - Resultado de adesão ao terceiro ciclo do PMAQ

SF/EAB	ESB/EABSB	NASF	CEO
18	7	0	1

Fonte: BRASIL, 2018.

A reforma dos cuidados primários no município de Mesquita tem como proposta a readequação de unidades mistas, conforme apresentado anteriormente de acordo com o Planejamento Estratégico em Saúde. O Quadro 6 a seguir apresenta a construção de seis unidades de Clínicas da Família e o Quadro 7 apresenta a reforma de duas já existentes no município.

Quadro 6 - Descrição das três Unidades Básicas de Saúde readequadas como unidades mistas e os serviços oferecidos e população coberta populacional por cada unidade, 2018

Centros Municipais de Saúde	eSF	Esb	Assistência Farmacêutica
Walter Borges	3	1	9 mil pessoas
Santa Terezinha	7	2	21 mil pessoas
Paraná	Funcionará dando suporte a policlínica com especialistas		

Fonte: O autor, 2019.

Quadro 7 - Descrição das seis novas unidades de Clínicas da Família e os serviços oferecidos e população coberta populacional por cada unidade, 2018

Clínica da Família	eSF	eSB	Assistência Farmacêutica
Dr. Jorge Campos	6	2	18 mil pessoas
Chatuba	7	2	21 mil pessoas
CVT	7	2	21 mil pessoas
Cosmorama	10	3	30 mil pessoas
Dinâmica	7	2	21 mil pessoas
Jacutinga	10	3	30 mil pessoas

Fonte: O autor, 2019.

As unidades novas são nomeadas como Clínicas da Família, pois a proposta é o rompimento de um modelo de atenção básica centrada em especialidades, ambulatorial, para um modelo que pressupõe oferta de serviços que tenha como base a longitudinalidade do cuidado, o vínculo e integralidade da atenção. Nesse modelo a equipe de saúde da família conhece seus usuários pelo nome e os atendem considerando suas singularidades de saúde, sociais e econômicas.

As Clínicas da Família são constituídas por ambientes climatizados, sendo o primeiro deles as baias onde se localizam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pelo primeiro atendimento prestado aos usuários. Na disposição dos ambientes das clínicas podem ser encontradas as seguintes instalações: sanitários, escovódromos, consultório odontológico, sala de raio X (quando houver), salas temáticas (mãe-bebê, criança, saúde da mulher e idoso), consultórios das equipes em que acontecem atendimentos médicos e de enfermagem, sala de curativos, sala de procedimentos ou sala de observação ou sala de coleta de exames laboratoriais, esterilização, utilidades e expurgo, depósito dos insumos de limpeza, sala de administração, almoxarifado, vestiários, copa, sala dos ACS, farmácia, sala de imunização.

As clínicas funcionam de segunda à sexta-feira a partir das 07 horas, quando se inicia todas as atividades até às 18 horas. O atendimento aos sábados começa às 8 da manhã, encerrando ao meio dia, com exceção dos sábados de campanhas, em que a unidade permanece em funcionamento até as 17 horas, havendo organização de escala entre os profissionais. Vale lembrar que o movimento de usuários é mais expressivo durante a semana, sendo os primeiros horários os de pico de frequência dos usuários.

No tocante aos serviços oferecidos, as clínicas desenvolvem as seguintes atividades: consultas individuais e coletivas; visita domiciliar; saúde bucal; vacinação; desenvolvimento das ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde; pré-natal e puerpério; acolhimento mãe-bebê após alta na maternidade; rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo e câncer de mama); raio-x; eletrocardiograma; exames laboratoriais (sangue, urina, fezes e escarro); ultrassonografia; curativos; planejamento familiar; teste do pezinho; teste do reflexo vermelho e da orelhinha; teste rápido de sífilis e vírus da imunodeficiência humana – HIV; teste rápido de gravidez; programa de controle do tabagismo; dispensação de medicamentos; prevenção, tratamento e acompanhamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); acompanhamento de doenças crônicas; identificação, tratamento e acompanhamento de Tuberculose e hanseníase; ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade; consultas com os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) - equipe multiprofissional que fornece apoio matricial a todas as equipes, realizando majoritariamente consultas individuais, interconsultas e grupos; Colegiado Gestor - espaço potencializador da participação da comunidade com objetivo de ouvir a população e estreitar os laços entre os profissionais e os usuários, visando a garantia de melhorias tanto para a unidade quanto para o território de abrangência, e de fomento da discussão sobre os processos de trabalho da clínica.

Segundo as recomendações da PNAB (2017) “cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição” (BRASIL, 2017 p.12). Após revisão territorial realizada no ano de 2017 todas as equipes estão dentro desses parâmetros.

As microáreas das equipes são extremamente diferenciadas, tanto nos aspectos de extensão territorial, distância da clínica, condições de habitação e acesso aos serviços comerciais e públicos, quanto com relação ao número de cadastrados e ao nível de vulnerabilidade da população.

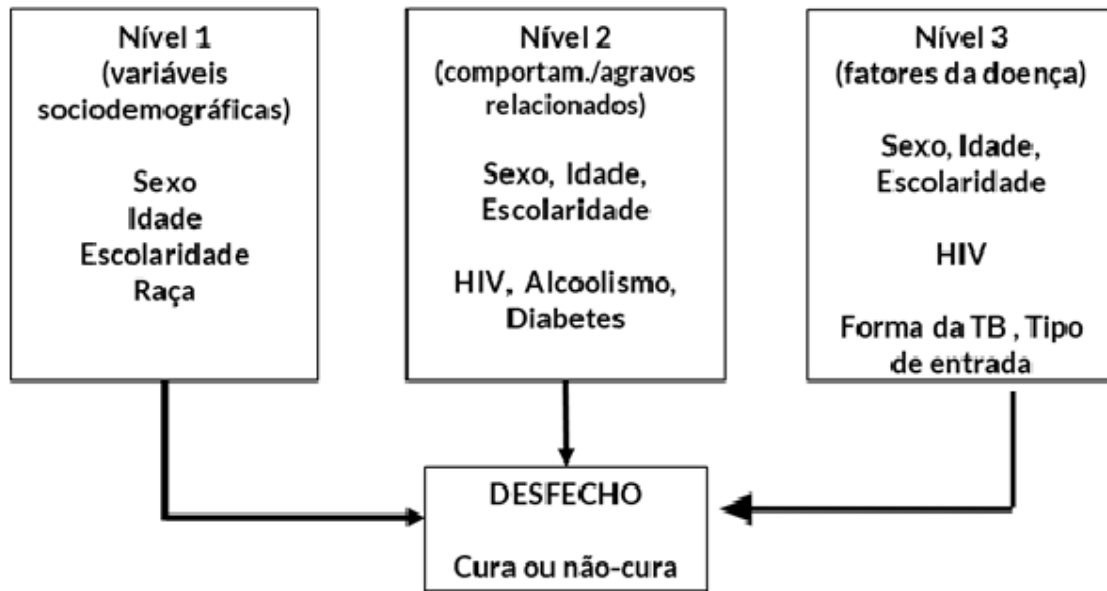
2.3 Modelo teórico

O modelo teórico adotado foi adaptado de um modelo inicial proposto por Maciel e colaboradores (2012), em que os determinantes sociais da TUBERCULOSE são classificados

por níveis de vulnerabilidade. O conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) pode ser um indicativo do abandono do paciente ao tratamento, uma vez que fatores relacionados às condições de vida da população podem ser influenciadores no que se refere à adesão ao tratamento. Dentre eles destacam-se: alta densidade demográfica, moradias sem saneamento básico, ambientes sem ventilação, insegurança alimentar, uso de drogas e até mesmo o acesso ao sistema de saúde. Portanto, deve-se considerar no tratamento da Tuberculose o paciente de maneira integral, para além dessas questões apresentadas que podem influenciar no abandono do tratamento (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017).

No modelo deste estudo (Figura 2), o nível de vulnerabilidade 1 considerou as variáveis sociodemográficas - sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor autorreferida; o nível 2 as variáveis comportamentos/agravos relacionados - HIV, alcoolismo, tabagismo, diabetes e doença ocupacional; e o nível 3 as variáveis fatores da doença - forma da doença (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar e extrapulmonar) e tipo de entrada (caso novo, recidiva, reingresso após abandono, transferência, não sabe).

Figura 2 - Modelo Teórico Hierarquizado de Determinantes Sociais da Tuberculose por Níveis de Vulnerabilidade*



Fonte: Adaptado de Maciel, 2012; Santos et al. 2018

2.4 Variáveis do estudo

A variável dependente deste estudo foi a cura ou não cura dos casos de Tuberculose, mensurada a partir da variável situação da notificação no momento do seu encerramento, presente na ficha do SINAN. Situações de abandono, óbitos por Tuberculose e óbitos por outras causas foram considerados como não cura. Mudança de esquema, casos que apresentaram resistência à terapia e falência no tratamento foram excluídos da análise.

Nesta análise, a escolha dos fatores a serem inseridos no modelo foi baseada na relevância estatística e no modelo teórico, representado por uma relação hierarquizada entre as variáveis, baseado em conhecimentos sobre a área de aplicação (MACIEL, 2012; SANTOS et. al, 2018). Não foi possível analisar variáveis do segundo nível sugerido na literatura, uma vez que os dados referentes ao contexto estavam com pelo menos 50% de informações faltantes, ou seja, uma quantidade significativa de *missings*. Assim, o modelo adotado neste estudo foi composto por três níveis: 1 (características sociodemográficas), 2 (comportamentos / agravos associados) e 3 (características a Tuberculose).

As variáveis sociodemográficas Para operacionalizar a análise dos dados, a variável escolaridade foi agrupada nos seguintes extratos: Analfabeto; Ensino fundamental que abrange as categorias: fundamental completo e fundamental incompleto; Ensino médio que abrange as categorias: médio completo e médio incompleto; Ensino superior que abrange as categorias: superior completo, superior incompleto e pós-graduação; Ignorado: sem preenchimento.

Em outra forma de visualizar as respostas após a recodificação das variáveis, a partir do modelo teórico construído para este estudo, elaborou-se o Quadro 10.

Quadro 8 - Categorização das variáveis do estudo, 2019

Variáveis	Categorias
Nível 1: Variáveis Sociodemográficas	
Sexo	Mulheres Homens
Idade (em anos)	0 a 9 10 a 19 20 a 39 40 a 59 60 ou mais
Raça/cor da pele	Negra Branca Outras Sem Informação
Escolaridade	Não se aplica Analfabeto Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior Sem informação
Nível 2: Agravos Associados	
HIV	Em andamento Não realizada Positiva Negativa
Diabetes	Sem Informação Não Sim
Alcoolismo	Sem Informação Não Sim
Nível 3: Fatores da Doença	
Forma de Tuberculose	Extrapulmonar Pulmonar Pulmonar + Extrapulmonar
Tratamento / Tipo de Entrada	Caso Novo Não Sabe Recidiva Reingresso após Abandono Transferência

Fonte: O autor, 2019.

2.5 Análise de dados

A descrição dos casos foi realizada a partir de tabelas de frequências absolutas e relativas das variáveis explicativas, e estratificadas em função das categorias da variável

desfecho (cura ou não cura). Foi utilizado o teste de χ^2 (qui-quadrado) para avaliar diferenças entre proporções. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5%.

Após a análise descritiva dos dados, iniciou-se a construção de um modelo logístico múltiplo para explicação do desfecho favorável à cura em função dos preditores estudados. Primeiramente, foram ajustados modelos bivariados de cada covariável com a variável resposta, para entender o poder de explicação que cada uma das variáveis explicativas tem individualmente. O ponto de corte considerado para classificar uma variável explicativa apta a ser testada no modelo múltiplo foi um nível máximo de significância de 20% no teste estatístico de Wald para significância de coeficientes.

Após o ajuste de modelos logísticos simples, realizou-se um procedimento *stepwisebackward* manual para estimação do modelo logístico múltiplo. A inserção das variáveis no modelo múltiplo se deu em blocos, seguindo uma abordagem hierarquizada, iniciando-se pelo bloco mais distal até o mais proximal, dados pelos níveis da vulnerabilidade do modelo teórico de determinantes sociais da Tuberculose apresentado anteriormente. A introdução de variáveis de mesmo nível se deu simultaneamente, um bloco de cada vez, sendo o efeito de cada variável sobre o resultado final interpretado como controlado para as variáveis mais distais do que ela, e também para as variáveis de mesmo nível.

A cada inclusão das variáveis de um bloco, eram mantidas no modelo as variáveis do bloco testado em que foi observada pelo menos uma categoria significativa, juntamente com as variáveis do bloco analisado na etapa anterior. Daqui em diante, foi considerado o nível máximo de 5% de significância para a permanência das variáveis no modelo múltiplo. Utilizou-se para seleção de variáveis e para comparação entre modelos o teste de razão de verossimilhança (por meio da *deviance* residual) e o critério de informação de Akaike (AIC).

A análise dos resultados se deu por meio da interpretação, quando pertinente (estatisticamente significativas ou clinicamente importantes), da medida de associação razão de chances, fornecidas pela exponencial dos coeficientes estimados pelo modelo, e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Também foram traçados os perfis com maiores e menores chances de cura. Por fim, com a finalidade de verificar a qualidade do modelo de regressão logístico ajustado, foi utilizado o teste estatístico de Hosmer e Lemeshow, e análise gráfica de resíduos. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico R versão 3.6.1.

2.6 Aspectos éticos do estudo

Visando o respeito aos preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, o presente projeto está alicerçado nas Resoluções CNS/MS n. 466/2012, CNS/MS n. 510/2016 e CNS/MS n. 580/2018. Portanto, este estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob parecer elaborado pela Instituição Proponente - Faculdade de Enfermagem da UERJ, CAEE:16538719.6.0000.5282, Número do Parecer: 3.540.800, aprovado no dia 29/08/2019. As etapas previstas da pesquisa foram realizadas após parecer favorável.

2.7 Financiamento do Estudo

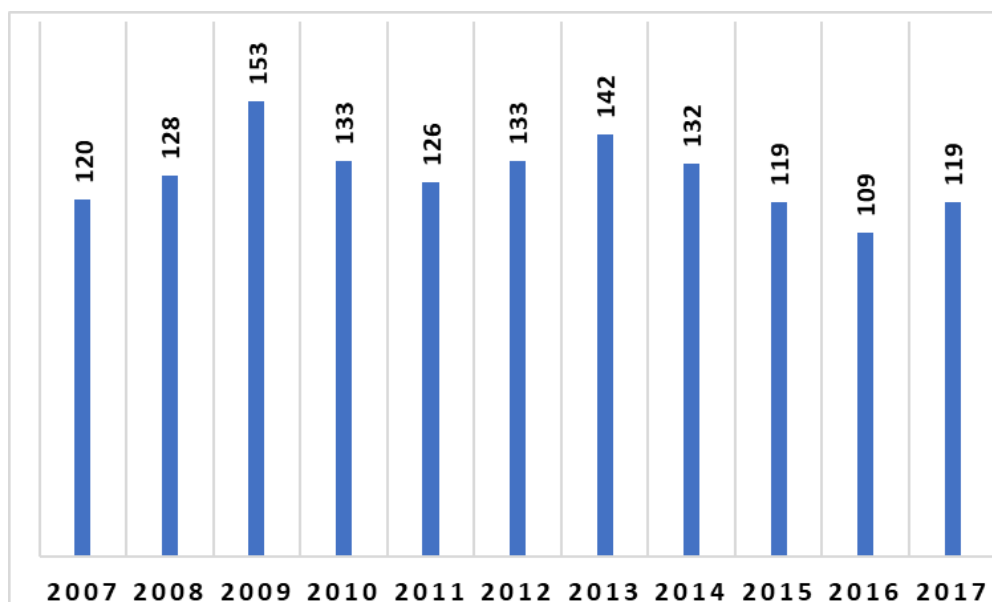
O presente estudo não contou com financiamento por instituições que fomentam a pesquisa no país. No entanto, vale ressaltar que o autor custeou os produtos desta pesquisa com seus próprios recursos.

3 RESULTADOS

O perfil epidemiológico da Tuberculose do município de Mesquita será apresentado nas tabelas e figuras a seguir, porém de uma forma geral, pode-se dizer que o perfil encontrado foi de pessoas do sexo masculino, com raça/cor preta, na faixa etária dos adultos jovens, com associação negativa para alcoolismo, diabetes e HIV com a maioria dos casos novos e na forma pulmonar.

O banco de Tuberculose de Mesquita apresentou 1414 notificações entre os anos 2007 a 2017, conforme apresentado na Figura N 03, com distribuição equivalente durante os anos, que teve destaque as variáveis demográficas e epidemiológicas. Para tanto, destaca-se a Figura N. 03 que demonstra pequena oscilação entre os números de casos em cada período entre os anos de 2007 a 2017. Vale destacar que o ano com maior número de notificações foi o de 2009, enquanto há um menor número de casos no ano de 2016.

Figura 3 - Distribuição Anual dos Casos Notificados de Tuberculose em Mesquita (2007-2017)



Fonte: O autor, 2019.

A **Tabela 1** mostra o perfil sociodemográfico dos casos de Tuberculose de Mesquita entre os anos de 2007 a 2017, com apresentação por frequência, com a utilização das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade, para identificar a população com Tuberculose com notificação compulsória dentro do banco SINAN do município.

Dentre o total de 1414 dos pacientes com Tuberculose: 958 são do sexo masculino (67,75%) e 456 do sexo feminino (32,25%), predominando o grupo do sexo masculino com maior prevalência dos casos.

A variável de escolaridade revelou que a quantidade de anos de estudo da população é baixa. A categoria do ensino fundamental foi a mais prevalente, no entanto, destaca-se a categoria ensino médio com mais prevalência em sequência ao fundamental, representada por 23,34%. Vale destacar que os *missings* nesta variável foi 7,36%, o que se mostrou favorável a esta análise.

Em relação a raça/cor, preta/parda é a mais prevalente com 64,08% dos casos, seguida da raça/cor branca com 28,43% dos casos. Os resultados ignorados e outras classificações (indígena e amarela), foram baixas, respectivamente 7,36% e 4,31%. Houve ocorrência de resposta em “não se aplica” (0,42%), que se infere ser recém-nascidos/fetos que impossibilita de identificação.

Por fim, a faixa etária de adultos jovens concentra os maiores números de casos de 20 a 29 anos (23,20%), 30 a 39 anos (22,14%) e 40 a 49 anos (19,73%) respectivamente. Portanto, os adultos representam o ciclo de vida com maiores prevalências.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos casos de Tuberculose de Mesquita
(2007-2017) (continua)

Dados Sociodemográficos		
Sexo	N	%
Masculino	958	67,75%
Feminino	456	32,25%
Faixa Etária	N	%
<1	4	0,28%
1 a 9	4	0,28%
10 a 19	112	7,92%
20 a 29	328	23,20%
30 a 39	313	22,14%
40 a 49	279	19,73%
50 a 59	197	13,93%
>60	153	10,82%
Ignorado	24	1,70%
Raça / Cor	N	%
Branca	402	28,43%

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos casos de Tuberculose de Mesquita
(2007-2017) (conclusão)

Preta/Parda	971	68,67%
Outras	17	1,20%
Ignorado	24	1,70%
Escolaridade	N	%
Analfabeto	44	3,11%
Fundamental	869	61,46%
Médio	330	23,34%
Superior	61	4,31%
Não se aplica	6	0,42%
Ignorado	104	7,36%

Fonte: O autor, 2019.

A **Tabela 2** apresenta as unidades de saúde responsáveis pela notificação dos casos de Tuberculose. Foi possível identificar que uma unidade, o CMS Paraná, no período compreendido nesta pesquisa, atendeu 96,82% dos pacientes com Tuberculose. Enquanto as outras unidades básicas representaram apenas o percentual de 3,11%.

Tabela 2 - Unidades de Atendimento dos casos de Tuberculose de
Mesquita (2007-2017)

Unidade de Atendimento	N	%
CMS Paraná	1369	96,82%
Outras	44	3,11%
Ignorado	1	0,07%

Fonte: O autor, 2019.

Em relação aos objetivos específicos da pesquisa, especialmente o de identificar os fatores relacionados com o desfecho cura da Tuberculose em Mesquita, realizou-se a análise com base no modelo hierarquizado já apresentado neste estudo, dividindo as variáveis em níveis.

Para tanto, a **Tabela 3** apresenta os resultados das análises conforme o modelo de regressão logística hierarquizado estratificados pelo desfecho cura e não cura, seguindo o Modelo Teórico Hierarquizado de Determinantes Sociais da Tuberculose por Níveis de Vulnerabilidade, conforme apresentado no item da Metodologia. Para avaliar a confiabilidade

estatística e comparar as proporções entre as variáveis, foi realizado teste de χ^2 (Qui-Quadrado), considerando o nível de significância em 5%.

Em relação ao nível 1, as variáveis estão compreendidas entre os dados sociodemográficos, e destaca-se que o desfecho de cura para os casos de Tuberculose notificados encontrado foi de 79,9%. Em relação à categoria sexo, encontrou-se maior percentual entre o grupo do sexo masculino (67,7%), associando com o desfecho cura de 65,8%, quando comparado ao grupo do sexo feminino (34,2%) .

Nesse mesmo nível, considerando a idade, identifica-se maior prevalência na faixa etária de 30 a 39 anos, com 46,3% dos casos, representando cura de 45% dentro dessa faixa. Entre 40 a 59 anos (34,2%), achou-se um percentual de 34,4% de cura.

Para a variável raça/cor, o achado foi representado com maior prevalência no grupo negra (que compreendeu negras e pardas), com 68,5% dos casos notificados, e resultado para cura de 55,6% deste grupo.

E por fim, em relação a variável escolaridade, a categoria do ensino fundamental representou 61,5%, com cura de 58%, porém não houve diferença significativa.;1,417), relativamente aos analfabetos, conforme a Tabela N.4.

Em relação ao nível 2 nesta análise, tem-se as variáveis agravos associados, listados em HIV, alcoolismo e diabetes. A variável HIV apresentou o p-valor $<0,001$, com resultados que retrataram o valor negativo como fator de associação com o agravo desta pesquisa. A maioria dos pacientes sem a presença do vírus HIV, não foi diagnosticado para HIV (63,1%), representando cura de 69,1%. O mesmo ocorreu para o alcoolismo, com 63,1 % e cura de 65,2%. Além dessas duas categorias, o diabetes também se comportou da mesma forma com 88,8% e cura de 88,4%.

No entanto, se deve ressaltar que o percentual de exames não realizados em 24% e em andamento de 6% dos casos de Tuberculose são resultados importantes para análise do perfil destas notificações. Ainda no nível 2 do modelo hierarquizado deste estudo, deve-se destacar que o alcoolismo, com p-valor em 0,200, com ausência de 63% dos casos com este agravo associado a Tuberculose.

No nível 3 com dados relacionado aos fatores das doença, por meio das variáveis forma da tuberculose e tratamento / tipo de entrada identificou-se um total de 89,5% de pacientes que apresentaram a forma pulmonar da Tuberculose, com cura de 88,9% dos casos. Enquanto na categoria do tratamento / tipo de entrada foi mais prevalente a variável de casos novos (81,1%), com desfecho de cura de 83%.

Tabela 3 - Perfil dos pacientes com Tuberculose notificados em Mesquita de 2007 a 2017, estratificado pelo desfecho cura e não cura (continua)

Variáveis	Categorias	n(%)	Não Cura n(%)	Cura n(%)	p-valor (Teste x2 para proporções)
Nível 1 - variáveis sociodemográficas					
		n=1373	276(20,1)	1097(79,9)	
Sexo	Feminino	443 (34,2)	68 (24,6)	375 (34,2)	0,003
	Masculino	930 (67,7)	208 (75,4)	722 (65,8)	
Faixa etária	0 a 9	8 (0,6)	0 (0,0)	8 (0,7)	0,200
	10 a 19	112 (8,2)	18 (6,5)	94 (8,6)	
	20 a 39	635 (46,2)	141 (51,1)	494 (45,0)	
	40 a 59	469 (34,2)	92 (33,3)	377 (34,4)	
Raça/Cor	60 anos ou mais	149 (10,9)	25 (9,1)	124 (11,3)	0,014
	Negra	940 (68,5)	209 (75,7)	731 (66,6)	
	Branca	392 (28,6)	58 (21,0)	334 (30,4)	
	Outras	17 (1,2)	5 (1,8)	12 (1,1)	
	Sem informação	24 (1,7)	4 (1,4)	20 (1,8)	
Escolaridade	Não se aplica	5 (0,4)	0 (0,0)	5 (0,5)	<0,001
	Analfabeto	44 (3,2)	15 (5,4)	29 (2,6)	
	Ensino fundamental	844 (61,5)	208 (75,4)	636 (58,0)	
	Ensino médio	320 (23,3)	27 (9,8)	293 (26,7)	
	Ensino superior	59 (4,3)	4 (1,4)	55 (5,0)	
	Sem informação	101 (7,4)	22 (8,0)	79 (7,2)	

Tabela 3 - Perfil dos pacientes com Tuberculose notificados em Mesquita de 2007 a 2017, estratificado pelo desfecho cura e não cura (conclusão)

Nível 2 - variáveis agravos associados					
HIV	Negativa	866 (63,1)	108 (39,1)	758 (69,1)	
	Positiva	96 (7,0)	30 (10,9)	66 (6,0)	
	Em andamento	82 (6,0)	31 (11,2)	51 (4,6)	
	Não realizada	329 (24,0)	107 (38,8)	222 (20,2)	<0,001
Diabetes	Não	1219 (88,8)	249(90,2)	970 (88,4)	
	Sim	99 (7,2)	14 (5,1)	85 (7,7)	
	Sem informação	55 (4,0)	55 (4,0)	42 (3,8)	
Alcoolismo	Não	867 (63,1)	152 (55,1)	715(65,2)	0,260
	Sim	449 (32,7)	109 (39,5)	340 (31,0)	
	Sem informação	57 (4,2)	15 (5,4)	42 (3,8)	0,007
Nível 3 - variáveis fatores da doença					
Forma da Tuberculose	Extrapulmonar	126 (9,2)	18 (6,5)	108 (9,8)	
	Pulmonar	1229 (89,5)	254 (92,0)	975 (88,9)	
	Pulmonar + Extrapulmonar	18 (1,3)	4 (1,4)	14 (1,3)	0,229
	Caso Novo	1113 (81,1)	202 (73,2)	911 (83,0)	
Tratamento / Tipo de Entrada	Recidiva	83 (6,0)	20 (7,2)	63 (5,7)	
	Reingresso após Abandono	79 (5,8)	37 (13,4)	42 (3,8)	<0,001
	Transferência	93 (6,8)	17 (6,2)	76 (6,9)	
	Não sabe	5 (0,4)	0 (0,0)	5 (0,5)	

Fonte: O autor, 2019

A **Tabela 4** apresenta os fatores associados à cura nos casos de Tuberculose notificados em Mesquita de 2007 a 2017, com análises brutas e ajustadas do modelo de regressão logística hierarquizado estratificados pelo desfecho cura e não cura, seguindo o Modelo Teórico Hierarquizado de Determinantes Sociais da Tuberculose por Níveis de Vulnerabilidade, conforme apresentado na Metodologia.

A primeira coluna refere-se a OR bruta, referente aos modelos simples para a análise do efeito individual de cada variável no desfecho. A coluna da OR ajustada mostra as ORs ajustadas do modelo final após a análise hierarquizada, onde as categorias em destaque foram as estatisticamente significantes. As últimas categorias de cada variável representada na tabela foram as adotadas como referência. A significância dos coeficientes foi avaliada pelo teste de Wald.

No nível 1, o sexo masculino apresentou associação com o desfecho de cura quando comparado ao grupo do sexo feminino com maior chance de um desfecho favorável (OR 1,31; IC95% 0,928;1,851). Nesse mesmo nível, considerando a faixa etária, pacientes com 60 anos ou mais tem 1,74 vezes a chance de curar-se quando comparados a pacientes com idade entre 20 a 39 anos (OR 1,738; IC95% 1,010;2,991). Em relação a escolaridade, pacientes com ensino médio tem 6,32 vezes a chance de curar- se quando comparados a pacientes analfabetos (OR 6,317; 2,816 - 1,417), e os com ensino superior tem 6,79 vezes a chance de cura seguindo a mesma comparação (OR 6,789; 1,937 - 2,380).

No nível 2, os pacientes com alcoolismos e diabetes não obtiveram significância estatística para análise de correlação com a cura ou não cura da Tuberculose. No entanto, para os pacientes HIV negativos os resultados apresentaram 2,96 vezes a chance de curar- se quando comparados a pacientes HIV positivos (OR 2,961; 1,729 - 5,071)

No nível 3, a análise foi com a variável tratamento / tipo de entrada, onde os pacientes categorizados como casos novos apresentou 2,99 vezes a chance de curar-se quando comparados a pacientes que reingressaram após abandono (OR 2,991; 1,759 - 5,086). Já os pacientes categorizados com recidiva de tuberculose retratou 2,58 vezes a chance de curar- se quando comparados a pacientes que reingressaram após abandono (OR 2,584 (1,226 - 5,445). A categoria referente aos pacientes que transferiram o local de tratamento tem 3,10 vezes a chance de curar- se quando comparadas a esta mesma referência (OR 3,109; 1,440 - 6,713).

Tabela 4 -Modelo logístico múltiplo final estimado para os fatores associados à cura nos casos de Tuberculose notificados em Mesquita de 2007 a 2017(continua)

Variáveis	Categorias	OR Bruta (IC 95%)	p-valor (teste de Wald)	OR Ajustada (IC 95%)	p-valor (teste de Wald)
Nível 1 - variáveis sociodemográficas					
Sexo	Feminino	1,581 (1,170 - 2,136)	0,00289	1,311 (0,928 - 1,851)	0,12414
	Masculino	1,0		1,0	
	10 a 19	1,491 (0,870 - 2,552)	0,146	1,546 (0,851 - 2,809)	0,152590
	40 a 59	1,170 (0,871 - 1,571)	0,298	1,242 (0,888 - 1,738)	0,206
	60 anos ou mais	1,416 (0,886 - 2,262)	0,146	1,738 (1,010 - 2,991)	0,04609*
	20 a 39	1,0		1,0	
Escolaridade	Ensino fundamental	1,574 (0,828 - 2,993)	0,16651	1,969 (0,972 - 3,988)	0,06003
	Ensino médio	5,613 (2,685 - 11,173)	4,55e-06	6,317 (2,816 - 14,17)	7,76e-06
	Superior	7,112 (2,161 - 23,340)	0,00125	6,789 (1,937 - 23,380)	0,00276
	Analfabeto	1,0		1,0	
Nível 2 - variáveis agravos associados					
HIV	Em andamento	0,733 (0,394 - 1,366)	0,328068	0,526 (0,262 - 1,058)	0,07165
	Não realizado	0,926 (0,568 - 1,511)	0,758564	0,884 (0,508 - 1,536)	0,66159
	Negativo	3,178 (1,973 - 5,117)	1,97E-06	2,961 (1,729 - 5,071)	7,69e-05
	Positivo	1,0		1,0	

Tabela 4 - Modelo logístico múltiplo final estimado para os fatores associados à cura nos casos de Tuberculose notificados em Mesquita de 2007 a 2017(conclusão)

Nível 3 - variáveis fatores da doença					
Forma da Tuberculose	Extrapulmonar	1,682 (0,498 - 5,690)	0,4026	0,655 (0,154 - 2,789)	0,56695
	Pulmonar	1,090 (0,356 - 3,340)	0,8801	0,476 (0,122 - 1,850)	0,28389
	Pulmonar + Extrapulmonar	1,0		1,0	
Tratamento / Tipo de Entrada	Caso Novo	0,210 (0,128 - 0,343)	4,88e-10	2,991 (1,759 - 5,086)	5,26e-05
	Recidiva	0,336 (0,167 - 0,676)	0,00222	2,584 (1,226 - 5,445)	0,01257*
	Transferência	0,232 (0,113 - 0,475)	6,54e-05	3,109 (1,440 - 6,713)	0,00387
	Reingresso após Abandono	1,0		1,0	

Nota: *Coeficiente estimado estatisticamente significativo a um nível de 5% de significância

Fonte: O autor, 2019.

4 DISCUSSÃO

A pesquisa buscou analisar os fatores associados à cura dos casos de Tuberculose notificados no município de Mesquita, Rio de Janeiro, no período de 2007 a 2017. Nesse estudo, o cenário da Atenção Primária em Saúde do município de Mesquita foi escolhido, conforme apresentado na revisão de literatura.

Diversos autores e/ou publicações do Ministério da Saúde, trazem a potencialidade desse nível de atenção para o cuidado dos pacientes com Tuberculose, como Oliveira e colaboradores (2011) e Brasil (2017), especialmente no sentido de evitar o abandono do tratamento, potencializar a cura e evitar a ocorrência de óbitos derivados da Tuberculose.

O conceito de equipe multiprofissional ganha destaque no sentido de corroborar com diversos olhares acerca de um tema a ser discutido. As reuniões de equipe reforçam o espaço garantido para discussão de casos, que pode potencializar o sucesso do acompanhamento e cura dos casos de Tuberculose. Uma ferramenta importante do processo de trabalho das equipes constitui-se através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em que são definidas metas a serem cumpridas a curto, médio e longo prazo, com definição de responsabilidades e pactuação com o paciente com Tuberculose.

A estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO), conforme proposto pela Política Nacional de Controle da Tuberculose (2003), é essencial no que tange a facilitar o acompanhamento do portador de Tuberculose. Por ser um tratamento longo, que pode trazer efeitos colaterais indesejáveis, conforme descrito na revisão de literatura, a facilidade do usuário cadastrado na equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) minimiza essa ocorrência.

Através do TDO, o paciente apresenta a opção de comparecer todos os dias na unidade de saúde para tomar o medicamento sob supervisão de um profissional de saúde, ou até mesmo pode optar que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) leve sua medicação diariamente em sua residência, para que possa tomar o medicamento também sob a supervisão desse profissional.

Desse modo, as chances de que os casos sejam encerrados com sucesso são maiores, uma vez que existe um maior controle da equipe, já que a Tuberculose faz parte das linhas prioritárias de atuação, como parte das doenças transmissíveis.

Os resultados encontrados nesta dissertação identificaram os fatores associados à cura no tratamento de Tuberculose no município de Mesquita, no período de 2007 a 2017.

De acordo com o Modelo Teórico Hierarquizado de Determinantes Sociais da Tuberculose por Níveis de Vulnerabilidade, conforme apresentado anteriormente, descritos nos quatro níveis, apresentaram as principais características em relação a influência direta no resultado do estudo, ou seja, o desfecho cura.

No nível 1 (variáveis sociodemográficas) as seguintes categorias influenciam fortemente no desfecho de cura. Na questão do gênero em relação ao cuidado, identificou-se que o sexo masculino é um fator de risco para a cura. Ao considerar a variável idade, os idosos (60 anos ou mais) apresentam maior chance de cura quando comparados com os adultos jovens (faixa-etária de 20 a 39 anos). E por fim, quanto maior a escolaridade, maior a chance de cura, por isso a categoria analfabeta influencia negativamente o desfecho da cura.

Já no nível 2 (variáveis de contexto) não foram encontradas relações significativas entre as categorias e o desfecho cura. A falta do preenchimento dessas informações, associados ao grande número de *missing* não permitiram essa análise em maior profundidade nesse estudo.

Enquanto no nível 3 (agravos associados) os achados demonstram que pacientes HIV positivos apresentam menores chances de serem curados por Tuberculose. É muito comum encontrar essa comparação na literatura, uma vez que existe forte relação entre a coinfeção por HIV e Tuberculose. Outra variável dentro deste nível é o alcoolismo, uma vez que os pacientes com Tuberculose serem alcoólatras também, as chances de cura são reduzidas.

E, ao considerar o nível 4 (fatores da doença) a forma de tratamento / tipo de entrada (casos novos, recidiva e transferência) demonstraram que os pacientes nessas três categorias apresentaram maiores chances de cura quando comparados com os pacientes com Tuberculose que tiveram reingresso após abandono.

Portanto, as seguintes características vão influenciar diretamente no desfecho da cura da Tuberculose. Ser do sexo masculino, apresentar baixa escolaridade, ser adulto jovem, possuir HIV, ser alcoólatra e reingresso após abandono foram considerados como fatores associados à menor chance de cura dos pacientes com Tuberculose.

Vale ressaltar que os determinantes sociais devem ser considerados, uma vez que a pobreza, as condições de moradia, saneamento, dentre outras questões encontram-se diretamente relacionadas com o aparecimento de doenças transmissíveis, dentre elas a Tuberculose.

Conforme a distribuição por sexo na população do município de Mesquita a maioria é composta por mulheres (52,61%), enquanto os homens apresentam-se em 47,39% (IBGE, 2019). Esses dados vão de encontro aos achados dessa pesquisa em relação ao sexo em relação à representatividade feminina na sociedade de uma forma geral.

O estudo mostrou em relação ao sexo que o masculino apresenta menor chances de cura da Tuberculose. Fato descrito por diversos autores como Pinheiro e colaboradores (2002), Ferreira e colaboradores (2005) e Braga e colaboradores (2012).

Uma possível explicação para tal fato pode ser devido à baixa procura dos homens pelos serviços de saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde, já que este se constitui o primeiro nível de atenção, em que a prevenção é a peça chave. Não é a toa que as campanhas de prevenção à saúde como o “Novembro Azul” cada vez mais são incentivadas a serem realizadas pelos profissionais de saúde.

No entanto, cabe a reflexão quanto ao acesso e procura aos serviços de saúde por parte deste grupo populacional. A busca ativa dos pacientes do sexo masculino também deve ser potencializada no território, já que estes freqüentam menos os serviços de saúde. A maior prevalência de pacientes portadores de Tuberculose foi do sexo masculino. Porém quando se estuda a Tuberculose, outros autores encontraram o mesmo resultado, segundo Belo e colaboradores (2011) e Ceccon (2017), incluindo maiores taxas de mortalidade também dentro deste gênero.

Braga e colaboradores (2012) retrataram em suas pesquisas a relação da baixa escolaridade com a menor chance de se curar da Tuberculose. Isso vai ao encontro dessa pesquisa, uma vez que essa variável trata do nível de conhecimento dos indivíduos sobre as suas próprias condições de saúde. Logo, quanto maior a escolaridade, maior se torna a chance de cura.

Sobre a questão da raça/cor, reflete-se sobre o estigma do preconceito que a nossa sociedade vem passando por muitas vezes não se reconhecer como pretos, o que conduz para a predominância de brancos e pardos. Diante desse movimento de identificação, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

que corrobora com este fato, considerando o racismo no Brasil, um grande desafio a ser trabalhado pelos profissionais de saúde, que por sua vez traz o preconceito e a discriminação, “afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento” (BRASIL, 2007).

Na faixa etária jovem (20 a 39 anos) foi encontrada menor chances de cura da Tuberculose quando comparada com a faixa etária dos idosos (60 anos ou mais). Giroti e colaboradores (2010) também identificam semelhança com esses achados, complementando ainda que os adultos jovens ainda são considerados como um fator de risco para o abandono do tratamento. Acredita-se forte relação com o álcool, tabagismo, uso abusivo de drogas e estarem concentrados em centros urbanos.

Após as análises dos achados encontrados nessa pesquisa, permite a identificação da relação direta entre a doença (a Tuberculose) com as condições precárias de vida. Diversos autores corroboram com esses dados, como Santos e colaboradores (2018), Santos e colaboradores (2012) Daronco e colaboradores (2012), Ferrer e colaboradores (2013), Ceccon e colaboradores (2017) e Fusco (2017).

Alguns estudos corroboram com o fato da associação desses fatores encontrados na presente pesquisa com o desfecho de cura da Tuberculose. Silva e colaboradores (2014) enfatizam a associação com as comorbidades (HIV e alcoolismo), além do sexo, escolaridade e idade. O estado do Rio de Janeiro no ano de 2012 ocupou o sétimo lugar no Brasil do estado com maior desigualdade, medido através do coeficiente de Gini, indicador relacionado com a baixa renda e pobreza, conforme aponta Santos (2018), Sebrae (2014) e Niachiata e colaboradores (2008).

Em Mesquita a maior concentração de pacientes curados de Tuberculose, está entre os portadores negativos do vírus HIV. Portanto, os pacientes com HIV positivo apresentam menos chances de se curar. Esse achado também é encontrado por outros autores como Jamali e Moherdai (2007), Rodrigues, Fiegenbaum e Martins (2010) Francisco (2010), Pereira (2010) e Boffo e colaboradores (2004) complementam que o fato da positividade do HIV é o principal fator de risco, portanto essa população deve ser levada em consideração quanto ao tratamento e acompanhamento da Tuberculose.

Jamali e Moherdai (2007) complementam que ainda se apresentam muitos desafios para os pacientes que apresentam co-infecção ente a Tuberculose e o vírus HIV.

Os principais desafios são: a criação de estratégias de avaliação e monitoramento da situação (ênfase na importância da vigilância epidemiológica); e o impacto da Tuberculose e do HIV sobre os indicadores de saúde da população. Como ações o autor prevê: prevenção da forma clínica da Tuberculose em indivíduos co-infectados; o diagnóstico precoce da forma clínica de Tuberculose em indivíduos co-infectados; a adesão ao tratamento e a implementação das ações (JAMALI; MOHERDAUI, 2007).

Em relação à forma clínica mais encontrada, a pulmonar esteve descrita majoritariamente, conforme visto na literatura como em Ferrer e colaboradores (2013), Santos-Neto (2014), Brasil (2002), Fusco (2017) e Boffo e colaboradores (2004). Dentre esses pacientes, as chances de cura foram maiores quando comparados com os pacientes que apresentavam a forma pulmonar associada com a extrapulmonar. Mesmo resultado encontrado nos estudos de Rodrigues Fiegenbaum e Martins (2010).

Em relação à forma de tratamento / tipo de entrada (casos novos, recidiva e transferência) demonstraram que os pacientes nessas três categorias apresentaram maiores chances de cura quando comparados com os pacientes com Tuberculose que tiveram reingresso após abandono, assim como aponta Silva; Andrade; Cardoso, (2013), que analisaram fatores associados ao término do tratamento da Tuberculose.

A associação entre a doença e o consumo de álcool também foi evidenciada no presente estudo, assim como aponta o material de controle da Tuberculose de 2002 e autores como Boffo e colaboradores (2004). Segundo este autor, o consumo exacerbado de álcool pode estar relacionado à multirresistência ao tratamento, o que consequentemente aumenta o número de óbitos por Tuberculose.

Além disso, o tabagismo também é considerado como um fator de risco para o aparecimento de diversas patologias, dentre elas a Tuberculose, conforme aponta a literatura. Rabahi (2012) discorre que aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas no mundo consome tabaco, sendo a maioria dessas pessoas em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Quando se pensa em saúde pública, o tabagismo é considerado importante fator de risco para o aumento dos casos de Tuberculose, inclusive com o aumento dos casos de óbitos por Tuberculose. Segundo Rabahi (2012), o risco de morte dos pacientes fumantes que apresentam Tuberculose é de até nove vezes maior quando comparado com uma pessoa que nunca fumou. E ainda, quando o fumante cessa essa prática, esse risco pode

ser reduzido aproximadamente 65% em comparação com as pessoas que permanece fumando.

É importante ressaltar a centralização do tratamento da Tuberculose (TUBERCULOSE) foi encontrada no município. Fato visto ao analisar a unidade CMS Paraná, com 94,88% das notificações. A Atenção à Saúde de Mesquita ainda está dividida em dois modelos: Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Estratégia de Saúde da Família e Clínicas da Família (CF).

Algumas diferenças significativas são apresentadas: horário de funcionamento das unidades, atendimento da demanda espontânea, informatização, climatização, utilização de prontuário eletrônico, estrutura física, presença de profissionais de saúde em todo o funcionamento da unidade, principalmente médico, não apresentam farmácia e raio X, dentre outros pontos a serem aprofundados posteriormente. Portanto, a rede de saúde de Mesquita ainda é frágil, apesar do avanço e expansão da Atenção Primária.

Essas questões apresentadas influenciam em todas as linhas de cuidado, considerando nesse contexto a Tuberculose. Diante desse cenário, o tratamento da Tuberculose no município permanece a cargo de uma unidade centralizada, o CMS Paraná.

Corroborando com os achados desse estudo em relação a notificação dos casos, uma vez que a maioria (94,88%) foram notificados nessa unidade. Acredita-se que a utilização desse modelo dificulta o acesso, diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos pacientes com Tuberculose. Além da criação de um forte estigma em cima deste usuário, já que esta unidade é responsável não só pelo tratamento dos pacientes com Tuberculose, mas também dos pacientes portadores de HIV.

Pontua-se ainda a questão da distância dessa unidade. Portanto, acredita-se que a subnotificação dos casos de Tuberculose está presente no município. Acrescido do fato de Mesquita ser um município dormitório, muitos usuários não conseguem acessar sua UBS de referência no horário de funcionamento, já que essas unidades funcionam no horário comercial (segunda a sexta, de 8h às 17h).

Apesar do avanço de cobertura da Atenção Primária em Saúde, principalmente através do modelo das Clínicas da Família (CF) no município, a partir do ano de 2018, a centralização do tratamento da Tuberculose ainda está presente. Compara-se essa constatação conforme o estudo de Sá e colaboradores (2006).

A territorialização é essencial nesse processo de descentralização do tratamento da Tuberculose, uma vez que o usuário é referenciado para sua unidade de saúde e desse modo pode ser acompanhamento de forma longitudinal, seguindo um dos atributos essenciais da APS, conforme proposto por Starfield (2003).

Atualmente na primeira CF de Mesquita (CF Dr Jorge Campos), o tratamento para a Tuberculose é descentralizado. Essa estratégia segue em avaliação para implementação futuramente em toda a rede de APS. Isto permite maior adesão ao tratamento, uma vez que o paciente permanece mais próximo de sua residência, facilitando o acesso, aumentando a adesão ao tratamento, assim como vínculo com a sua equipe de referência. A descentralização do tratamento pode potencializar a cura do paciente, evitar a multirresistência e a transmissão da doença no território, e por fim evitar os óbitos dos pacientes por Tuberculose.

No início do ano de 2020, está programada a inauguração de mais uma Clínica da Família, totalizando quatro unidades (aproximadamente metade da cobertura proposta de 100% do município da APS). Estima-se que com a implementação desse modelo, todo o tratamento da Tuberculose seja descentralizado no município, reduzindo a subnotificação, e principalmente facilitando o acesso e continuidade do tratamento do paciente.

Corroborando com esse apontamento, Oliveira (2008) pesquisou as condições de acesso ao diagnóstico e tratamento de Tuberculose em município de Campina Grande, encontrando que apenas 30% estavam em acompanhamento pela ESF, e o restante (70%) estava sendo acompanhado pelo ambulatório de referência. Conclui-se que os usuários apresentavam dificuldades em relação ao deslocamento, encontrando barreiras geográfica, organizacional e econômica para a realização do tratamento.

Portanto, as Clínicas da Família constituem-se como equipamentos próximos ao território que o usuário vive, estuda ou trabalha. Acredita-se que com a descentralização do tratamento de Tuberculose no município, essas barreiras descritas sejam superadas.

Ainda assim, a subnotificação ainda é um desafio em relação às doenças de notificação compulsória, como a Tuberculose. A renda é um dos fatores determinantes desse cenário, desde a identificação, realização da notificação, início e continuidade do tratamento. Além disso, o estigma da doença ainda está presente no cenário atual, relacionando a Tuberculose com pobreza. Diversos autores apontam essa questão, assim como no estudo de Queiroga (2009).

Nesse sentido, Porto (2007) identifica um grande entrave no que se refere aos problemas sociais, que interferem diretamente na conclusão do tratamento da Tuberculose como o preconceito. Estudiosos afirmam que a Tuberculose causa estranhamento principalmente na população mais vulnerável.

Queiroga (2009) aborda a influência das características sociais e econômicas nas condições de saúde da população, com ênfase na problemática da Tuberculose. Entende-se que existem grandes desafios a serem superados em relação ao enfrentamento do estigma da Tuberculose. Os determinantes sociais em saúde fazem parte desse contexto, assim como a grande dimensão territorial do país, características culturais, renda, conforme aborda Ceccon (2017) e Barbosa e colaboradores (2013) e por fim a falta de preparo dos profissionais de saúde desde o diagnóstico, notificação, tratamento e encerramento dos casos de pacientes com Tuberculose. De acordo com Rodrigues e colaboradores (2017), o manejo da Tuberculose indica qualidade da atenção à saúde, e ainda como um parâmetro de justiça social.

A continuidade do tratamento é uma questão relevante. Corroborando com os achados desse estudo, de acordo com o manual do Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, o abandono encontra-se presente em muitos casos. Nessa pesquisa identificou-se alto índice de abandono do tratamento, com 73,19% no sexo masculino e 26,81% nas mulheres. Diante disso, a transmissão da doença pode se propagar, o que pode contribuir para o desenvolvimento da multirresistência às drogas, ratificando a Tuberculose como um problema de saúde pública (BRASIL, 2003).

Segundo Macedo e colaboradores (2017), para além dos determinantes sociais em saúde outros fatores influenciam na continuidade do tratamento. Dentre eles destacam-se o uso de álcool e drogas, em consonância com os achados desse estudo.

Ao analisar os resultados desse estudo, reforça-se a importância da atuação da ESF. Os atributos da APS, conforme abordado na revisão de literatura por Starfield (2002), dessa dissertação são essenciais no que se refere ao acompanhamento dos pacientes portadores de Tuberculose.

Vale ressaltar que o município de Mesquita diante deste cenário de avanços na APS vem se desenvolvendo, através do modelo de implementação das Clínicas a Família, nas ações de promoção, prevenção e tratamento para todas as linhas de cuidado e ciclos de vida, dentre elas a Tuberculose.

A busca pelo sintomático respiratório através de ações no território, consultas individuais, grupos, salas de espera, interconsultas e todas as ferramentas de trabalho que os profissionais da ESF dispõem são fatores determinantes em facilitar a identificação precoce dos casos, favorecer o início do tratamento, assim como a adesão a ele, para o que o paciente consiga se curar, visto todos os fatores já descritos que interferem na adesão e continuidade do tratamento.

4.1 Limitações do estudo

Ainda que esta pesquisa tenha conseguido alcançar os seus objetivos, alguns obstáculos tiveram que ser vencidos para sua realização, um deles está relacionado à uma das variáveis sociodemográficas mais importantes para analisar o desfecho dos casos – raça/cor, que não apresentou relação estatística, Além desta, variáveis como a ocupação e populações especiais também foram de difícil acesso, e portanto, não analisadas neste estudo em virtude ao grande número de *missings*.

Isto se deve os dados obtidos pela pesquisa ser oriundo de dados são secundários, ou seja, a coleta se deu a partir do preenchimento dos dados por profissionais de saúde e sanitaristas das secretarias municipais e estadual de saúde do Rio de Janeiro, e não pela pesquisadora deste estudo.

4.2 Contribuições do estudo para a saúde coletiva e para a Enfermagem

A compreensão do desfecho de doenças transmissíveis, em especial negligenciadas como a tuberculose, são de grande importância para saúde pública de um país, e que neste estudo produziu contribuições para saúde coletiva e para a Enfermagem.

A Tuberculose, por ser uma doença negligenciada relacionada aos determinantes sociais de saúde, se transporta nos campos da saúde coletiva em diversos instantes, seja nas ciências sociais ou epidemiologia, e influencia análises para compreensão da dinâmica deste agravo e os fatores que a ele estão relacionados.

O tratamento e acompanhamento pelos profissionais de saúde na APS deve ser direcionado não apenas a fisiopatologia, mas também às condições de vida da população, tais como alta densidade demográfica, moradias sem saneamento básico, ambientes sem ventilação, insegurança alimentar, uso de drogas e até mesmo o acesso ao sistema de saúde, que podem ser influenciadores no que se refere cura ou não por meio do tratamento (MACEDO; MACIEL; STRUCHINER, 2017).

Sabe-se que o setor saúde extrapola sua atuação, já que as demandas sociais se configuram como um direito dos cidadãos, assegurados pela Constituição Federal, como a garantia de alimentação, saneamento básico, moradia, dentre outros, sendo a responsabilidade do Estado em assegurar esses direitos à população. Nessa mesma perspectiva, outros autores como Pereira (2010) ratificam a presença dessas situações associadas com a pobreza, desnutrição, portadores do vírus HIV e envelhecimento da população como influenciadoras no acompanhamento dos pacientes com tuberculose.

Vale ressaltar que as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) são as mais vulneráveis à tuberculose, uma vez que o sistema imunológico desses pacientes é comprometido. Devido a este fato, a tuberculose é considerada como uma doença prevalente nesse grupo populacional. Além disso, a TB é considerada a maior causa de morte entre os infectados pelo HIV; em que a taxa de óbito na coinfeção pode chegar em torno de 20%.

Sendo assim, o enfermeiro que assiste esses pacientes, acompanham a ele e seus contactantes, deve ter compreensão das vulnerabilidades do seu território para, além da prescrição medicamentosa, possa trabalhar ações educação em saúde voltadas às vulnerabilidades para um desfecho desfavorável a este agravo, como o HIV e condições sociais.

Outro produto está na reflexão sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória da Tuberculose (FI-SINAN), que permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções” (BRASIL, 2019).

Além disso, esse sistema permite aos profissionais da saúde coletiva (sanitaristas) gerar informações epidemiológicas em relação aos agravos que se queira analisar, o

que proporciona a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções” (BRASIL, 2019).

Deve-se destacar que este importante aliado é acessado também pelo aplicativo Tabnet, um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida, conforme o dado de interesse, desenvolvido pelo DataSUS para gerar informações das bases de dados do SUS (TABNET, 2019). Sendo assim estudar dados oriundos deste sistema contribui para o entendimento do contexto da tuberculose no país, em especial, para esta pesquisa, do território da cidade de Mesquita, no Estado do Rio de Janeiro.

Ademais, produtos de pesquisa que demonstram o comportamento das doenças em territórios de saúde proporcionam para comunidade científica e da prática profissional aproximação com diagnósticos situacionais *a posteriori*, o que permite melhor visualização do problema de saúde pública ocorrido, e avaliar a efetividade das ações empregadas ao longo dos anos, quando se trata de uma série histórica como aqui apresentada.

As contribuições para o ensino e serviço desta pesquisa encontram-se na discussão e problematização dos dados para melhoria da atuação dos profissionais de saúde, sejam eles enfermeiros ou sanitaristas, com ênfase em especial à Atenção Primária à Saúde, que por conseguinte, melhora os desfechos dos casos de tuberculose.

Para a Enfermagem, o impacto se dá pelo enfrentamento das doenças negligenciadas no que diz respeito à sua capacidade de captação precoce dos casos e identificação do contexto nos quais eles estão inseridos, e tem um papel fundamental no fortalecimento da vigilância epidemiológica. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem, que trabalham na linha de frente da assistência, devem ser capacitados para identificar casos suspeitos e auxiliar no processo de investigação e desencadeamento das medidas de controle (PAZ; BERCINI, 2009).

E, além disso, é preciso que os profissionais da enfermagem que já estão nos serviços de saúde, em especial, na assistência direta aos pacientes que são atendidos nas unidades de saúde possam ultrapassar a barreira do fazer o cuidado simplesmente,

compreendendo seu contexto, construindo o planejamento de seus cuidados, e integrando a rede de Vigilância em Saúde às suas práticas cotidianas.

CONCLUSÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 pela Constituição Federal se constitui em uma tentativa de dar respostas à sociedade no que tange o direito à saúde, processo no qual foi de importância fundamental a luta pela Reforma Sanitária no contexto da redemocratização do país.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada como modelo atenção à saúde através das Clínicas da Família no município de Mesquita passou por um processo expressivo de ampliação da cobertura, especialmente a partir de 2018, impactando diretamente nas necessidades da população no que se refere à assistência a saúde, com vistas à garantia da cobertura universal e equitativa dos serviços.

O presente estudo demonstrou que atualmente a compreensão dos fatores associados à cura de uma doença considerada negligenciada se relaciona a análise situacional do cenário e das pessoas acometidas.

Diante do exposto, é possível concluir que a Tuberculose é uma doença estigmatizada por grande parte da população, incluindo os profissionais de saúde e gestores. Entender o perfil de cura para Tuberculose a partir das informações do SINAN é possível traçar hipóteses para medidas eficientes na assistência destes pacientes.

Este estudo se equipara com resultados de outros que procuraram estabelecer como objetivo algo similar, identificando que os aspectos sociodemográficos como maior escolaridade e a idade em faixa avançada como determinantes neste desfecho.

Outros fatores, como agravos associados, podem influenciar também, como pacientes HIV negativos, que se mostraram provável fator protetor para cura da Tuberculose, o que na mesma linha de raciocínio, ser um caso novo ou encaminhado por transferência também contribuem para este tipo de desfecho.

As seguintes fragilidades do estudo: dados do SINAN apresentam comprometimentos em sua completude, o que se assumiu como limitação do estudo. Além disso, as informações inconsistentes para algumas variáveis analisadas. Vale ressaltar que essas limitações são enfrentadas por outros autores, uma vez que os dados do sistema são secundários. Entretanto, a partir da análise estatística, esse estudo conseguiu identificar diferenças estatísticas significativas, corroborando para os resultados encontrados.

A descentralização do tratamento da Tuberculose no município é um aspecto essencial. Esse estudo visa corroborar e adensar esse fato, servindo de subsídio para os gestores locais colocarem em prática essa ferramenta. Além disso, devido a grande magnitude da Tuberculose, é necessário maior envolvimento dos gestores e profissionais de saúde na implementação de medidas para modificar a realidade atual da doença.

Portanto, a descentralização do acompanhamento desses pacientes apresenta-se mais como favorável, uma vez que mais profissionais de saúde serão capacitados para tal, reduzindo assim a subnotificação da doença.

Acredita-se que essa mudança de concepção conseqüentemente provoca uma mudança no perfil epidemiológico da Tuberculose, já que todo o manejo da doença pode ser compartilhado entre os diversos saberes.

Busca-se que com a descentralização do tratamento da Tuberculose nas Clínicas da Família, o acompanhamento dessa linha de cuidado tão cara para a saúde pública seja vista a partir de novos horizontes e possibilidades.

Uma das estratégias utilizadas no acompanhamento dos pacientes com Tuberculose é a vigilância em saúde. Portanto, uma das ferramentas instituídas nas Clínicas da Família do município de Mesquita é a Semana Padrão do Profissional.

Esse material é fruto da construção coletiva da Consultoria em Saúde e apresenta o objetivo principal de instituir metas mínimas de produção e processos para os profissionais das equipes de saúde da família e saúde bucal das Clínicas da Família.

Com a utilização desse material na rotina dos profissionais, espera-se facilitar o planejamento das atividades, qualificar o processo de trabalho e promover um melhor acompanhamento da produção (atendimentos, visitas domiciliares, atividades coletivas, dentre outros) pelos gestores locais.

O preenchimento da Semana Padrão é realizado no momento de reunião de equipe, que ocorre com frequência semanal. Portanto, dentre as questões que envolvem a vigilância dos casos, identifica-se o alinhamento da semana padrão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a agenda de vigilância a populações de risco, estabelecendo a periodicidade para visitas domiciliares dos ACS, baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima de 3 visitas por semana para pacientes em tratamento para Tuberculose.

Em relação aos profissionais de nível superior (médico e enfermeiro) o acompanhamento do paciente com Tuberculose segue o protocolo do Ministério da Saúde

na Atenção Primária, com oferta de consultas mensais, intercalando cada um desses profissionais, além de outros dispositivos de cuidado como grupos, agendamento para especialistas, seja a nível local ou encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde.

Cabe destacar, enfim, que este estudo visa colaborar com a temática da Tuberculose. Sugere-se a realização de novos estudos acerca do tema, principalmente para subsidiar as ações de promoção, prevenção e tratamento da Tuberculose, especialmente na Atenção Primária à Saúde, vista a construção de vínculo estabelecida entre os usuários e os profissionais.

REFERÊNCIAS

- ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial.** Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo C. MOURA, Ana L.(org.) **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.29-60.
- BARBOSA, I.R. et.al, PEREIRA, L.M.S., MEDEIROS, P.F.M., VALENTIM, R.S., BRITO, J.M., COSTA, I.C.C.. **Análise da distribuição espacial da Tuberculose na região Nordeste do Brasil, 2005-2010.** Epidemiologia. Serv. Saúde. 2013, vol.22, n.4, pp. 687-695.
- BARRETO, A.J.R., et.al, Sá L.D., NOGUEIRA, J. A., PALHA, P. F., PINHEIRO, P.G.O.D., FARIAS, N.M.P., RODRIGUES, D.C.S., VILLA,T.C.S. **Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à Tuberculose.** Ciência e Saúde Coletiva. v.17, n.7, pp. 1875-1884, 2012.
- BELO, M., T., et.al, C., T.; LUIZ, R., R., HANSON, C., SELIG, L., TEIXEIRA, E.,G., CHALFOUN, T., TRAJMAN, A.. **Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.36, n.5, pp. 621-625, 2010.
- BERALDO, A., A., et al. **Adesão ao tratamento da Tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte.** Esc Anna Nery 2017; 21(4): e20170075. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0075.pdf>. Acesso em: 06/09/2018.
- BERTOLOZZI, M.; GRECO, R. **As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais,** São Paulo, v.30, n. 3, dezembro, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18/01/2019.
- BEZERRA FILHO, J., G., et al. **Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 (5):833-844, mai, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/03.pdf>>. Acesso em: 10/09/2018.
- BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 7(3): 401-412, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>>. Acesso em: 19/01/2019.

BOFFO, M. M. S. et. al, MATTOS, I.G., RIBEIRO, M. O. I., NETO, C. O.. **Tuberculose associada à AIDS: características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referência do sul do Brasil.** Jornal Brasileiro de Pneumologia 30(2) - Mar/Abr de 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n2/v30n2a11.pdf>>. Acesso em: 09/10/2019.

BRAGA, J.U., et.al, PINHEIRO, J.S., MATSUDA, J.S., BARRETO, J.A. P., FEIJÃO, A.M.M.. **Fatores associados ao abandono do tratamento nos serviços de Atenção Básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, de 2006 a 2008.** Cad Saúde Colet. 2012;20(2):225-33. Disponível em:<http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_225-233.pdf>. Acesso em: 19/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino - serviço.** 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, p. 236, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 09/09/2018.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária, 2003. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 28/08/2018.

BRASIL. **Brasil Livre da Tuberculose : Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: DF, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em 21/12/2019.

BRASIL. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde Proposta Versão 2.0.** Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde), 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 08/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde**. Revista Saúde Pública 2010a; 44(1):200-2 Texto de difusão técnico-científica do Ministério de Saúde. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/23.pdf>>. Acesso em: 13/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 22/08/2018.

BRASIL. **Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011**. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html>. Acesso em: 30/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 18/01/2019.

BRASIL. **Portaria nº. 562, de 4 de abril de 2013**. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html>. Acesso em: 29/08/2018.

BRASIL. **Portaria n. 1.234 de 20 de junho de 2013**. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1234_20_06_2013.html>. Acesso em: 29/08/2018.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde Volume 46 N° 9, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-Tuberculose-2015.pdf>>. Acesso em 29/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS começa a oferecer teste rápido para Tuberculose**. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/sus-comeca-oferecer-teste-rapido-para-Tuberculose>>. Acesso em: 25 de agosto de 2018.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 11/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]. 2016; 47(13). [cited 2016 Mar 11] 15 p. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.Pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 47, n. 8. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 08/09/2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.694, de 14 de junho de 2018.** Fica credenciado o Município descrito no anexo a esta Portaria, a receber o incentivo de custeio referente ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com periodicidade da transferência mensal, caso não exista nenhuma irregularidade que motive a suspensão. Disponível em: <http://impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/26176165/do1-2018-06-18-portaria-n-1-694-de-14-de-junho-de-2018-26176070>. Acesso em: 29/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017), 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 04/09/2018.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 49, n. 11, mar. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>>. Acesso em: 29/01/2019.

BRASIL. **Nota técnica: Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. Município de Mesquita. Referência: Agosto de 2018. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 28/08/2018.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. **Informações de Saúde – Tabnet**, 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violerj.def>>. Acesso em 11/12/2019.

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos e Notificação. **Portal SINAN**. 2019. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>>. Acesso em: 11/12/2019.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Informações de Saúde. **TABNET**, 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/TABNET/Tutorial_tabNet_FINAL.pptx_html/html/index.html#18>. Acesso em 11/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Distrito Federal. **Instrutivo de adesão ao Programa Saúde na hora**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/saude_hora/instrutivoProgramaSaudeNaHora.pdf>. Acesso em: 17/12/2019.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2020. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 03/01/2020.

BRAVO, M. I. S. “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2001.

CAMPOS, G.W.S.. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2007.

CARBONERA, F. R.. **Regime Próprio de Previdência Social de Foz do Iguaçu**. Foz do Iguaçu – PR, 2008.

CECILIO, L., C., O.. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R., A. de, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

CECCON, R. F. R. M.; et. al. **Mortalidade por tuberculose nas capitais brasileiras, 2008-2010**. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(2):349-358, abr-jun 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00349.pdf>>. Acesso em: 23/01/2019.

COSTA, S.M., et.al, ARAÚJO, F.F., MARTINS, L.V., NOBRE, L.L.R., ARAÚJO, F.M., RODRIGUES, C.A.Q.. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 18(7):2147-2156, 2013.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A.. **Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva [online]. 2014, vol.19, n.8, pp.3593-3604. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000803593&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09/09/2018.

FERRER, G.C.N., et. al, SILVA, R.M., FERRE, K.T., TRAEBERT, J.. **A carga de doença por tuberculose no estado de Santa Catarina.** J BrasPneumol. 2014;40(1):61-8. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132014000100009>>. Acesso 09/09/2019.

DARONCO, A., et. AL, BORGES, T.S., SONDA, E.C., LUTZ, B., RAUBER, A., BATTISTI, F.. **Distribuição espacial de casos de tuberculose em Santa Cruz do Sul, município prioritário do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2010.** Epidemiol Serv Saúde. 2012;21:645-54. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400014>>. Acesso em 10/09/2019.

ESCOVAL, A., et.al, RIBEIRO, R. S.; MATOS, T.T. **A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, n. 9, p. 41-57, 2010.

FAGNANI, E. **Desenvolvimento e Cidadania: além da agenda endógena do SUS.** In: COSTA, Laís Silveira; BAHIA, Ligia; GADELHA, Carlos A. (orgs). Saúde, desenvolvimento e inovação. Rio de Janeiro. CEPESC. IMS. UERJ. FIOCRUZ, 2015.

FERREIRA, S. M.B, et. al, SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. **Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil.** J. bras. pneumol. [online]. 2005, vol.31, n.5, pp.427-435. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n5/27160.pdf>>. Acesso em: 19/12/2019.

FERREIRA, J.E.E., et. al, ENGSTRON, L., ALVES, L.C.. **Adesão ao tratamento da Tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im(probável).** Cadernos de Saúde Coletiva. Apr/ Jun;20(2):211-6, 2012.

FELIX, J. D., **Padrões Espaço -Temporais da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres do Espírito Santo - um Estudo Ecológico.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Epidemiologia, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/handle/10/5456>>. Acesso em: 09/09/2018.

FILHO, J.P.A.F., et. al, De MATTIA, A.L., SANTOS, L.O., PIVA, L.T., SILVA, P.S.. **Análise do tratamento diretamente observado para Tuberculose, no município de Cubatão, São Paulo, Brasil.** Revista de Enfermagem. Cent. O. Min.abr/jun; 1(2):190-200, 2011.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde.** 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2013, 233p.

FRACOLLI, L. A., et. al, MURAMATSU, M. J.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z..**Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil.** Mundo da Saúde, São Paulo - 2015;39(1):54-61. Disponível em:< http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf>. Acesso em: 25/01/2019.

GIOVANELLA, L.et. al, MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, S. SENNA, M. C. M., FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M. ANDRADE, C. L.T de; CUNHA, M. S. da; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P.. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciência e saúde coletiva 2009, vol.14, n.3, pp.783-794. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 26/01/2019.

GIROTI, S.K.O.et. al, BELEI, R.A., MORENO, F.N., SILVA, F.S. **Perfil dos pacientes com tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento.** Cogitar Enferm. 2010 abr-jun;15(2):271-7. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17860>>. Acesso em: 19/12/2019.

GONÇALVES, M.; HARZHEIM, E..**O que é Atenção Primária à Saúde?** Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico do Rio Grande do Sul Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - PPGEPI Faculdade de Medicina – FAMED, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Pc/Downloads/APS%2013022015.pdf>>. Acesso em: 11/09/2018.

IBGE, 2019. **Panorama do município de Mesquita.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/mesquita/panorama>>. Acesso em: 08/10/2019.

JAMALI, L. F.; MOHERDAUI, F. **Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle.** Rev Saúde Pública 2007;41(Supl. 1):104-110. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102007000800014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19/12/2019.

LAVRAS, C..**Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 11/09/2018.

MACEDO, L. R., et. al, MACIEL, E. L. N.; STRUCHINER, C. J..**Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(4):783-794, out-dez 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00783.pdf>>. Acesso em: 22/01/2019.

MACIEL, E. L. N. **Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(2): 423-426, abr-jun 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00423.pdf>>. Acesso em: 23/01/2019.

MACIEL, E. L. N., et. al, SALES, C. M. M.; BERTOLDE, A. I.; SANTOS, B. R. **O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?** Epidemiol. Serv. Saúde, v.27, no.2, Brasília 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e0200007.pdf>>. Acesso em: 21/01/2019.

MARTINS; M. I. C.; MOLINARO, A. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1667-1676, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/18.pdf>>. Acesso em: 16/01/2019.

MATTOS, R., A. **Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

MESQUITA, 2017. **Plano Municipal de Saneamento Básico de Mesquita.** Diagnóstico. Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Disponível em: <<http://www.mesquita.rj.gov.br/pmm/diagnostico-pmsb-completo.pdf>>. Acesso em: 29/08/2018.

MINAYO MCS. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. **Revisão da Política de Atenção Básica.** Revista Trabalho, Educação e Saúde. EPSJV/Fiocruz, 2017. No prelo.

NIACHIATA, L.Y.I., et.al, BERTOLOZZI, M.R., TAKAHASHI, R.F., FRACOLLI, L.A. **A utilização do conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2008 set-out;16(5):923-8.

NOGUEIRA J, A. **O sistema de informação e o controle da Tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil.** RevEscEnferm USP. 2009;43(1):125-31. NASCIMENTO, J.O.; REIS, M.P. **Planejamento Estratégico Situacional.** Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, 2015. Disponível em: <https://liceu.fecap.br/LICEU_ON-LINE/article/view/1721/976>. Acesso em: 22/08/2018.

OLIVEIRA, A. R. de. **Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde de Campina Grande-PB.** 144f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

OLIVEIRA , M.A.C., PEREIRA , I. C **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Rev Bras Enferm. 2013;66 (esp):158-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 10/09/2018.

OLIVEIRA, M.F. et. al, , ARCÊNCIO, R.A., NETTO, R.F., SCATENA, L.M., PALHA, P.F., VILLA, T.C.S. **A porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP.** Rev. esc. enferm. USP. 2011, vol.45, n.4, pp. 898-904.

PAIM, J. S. 2008. In: **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Matta, Gustavo Corrêa (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. / organizado por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008. 410 p.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 15/01/2019.

PEREIRA, M. G..**Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PEREIRA, A. G. L. et. al, ; ESCOSTEGUY, C. C.; VALENCIA, L. I. O.; MAGALHÃES, M. A.F. M.;MEDRONHO, R. A..**Análise espacial de casos de tuberculose e associação com fatores socioeconômicos: uma experiência no município do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Colet., 2018, Rio de Janeiro, 26 (2): 203-210 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-02-203.pdf>>. Acesso em: 22/01/2019.

PILLER, RVB. **Epidemiologia da Tuberculose.** Pulmão RJ 2012; 21(1):4-9.

PINHEIRO, R.S., et. al, OLIVEIRA, G.P., OLIVEIRA EXG, MELO ECP, COELI CM, CARVALHO, MS. **Determinantes sociais e autorrelato de Tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil.** Revista Panamericana de Salud Publica, vol.34, n.6, pp. 446-451, 2013.

PINHEIRO, R.S., VIACAVA, F., TRAVASSOS, C., BRITTO, A.S.. **Gênero, morbidade, acesso e utilização do serviço de saúde no Brasil.** Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):687-707. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232002000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19/12/2019.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

PORTELA, M., C.. **Programa de Controle da Tuberculose e satisfação dos usuários, Rio de Janeiro**. Rev Saúde Pública 2014;48(3):497-507. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0497.pdf>. Acesso em: 22/08/2018.

PORTO, A. **Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito**. Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 41, p. 43-49, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>>. Acesso em 09/09/2019.

PROTTI, S.T. **A visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a Tuberculose na Agenda Municipal, em um município do Estado de São Paulo**. 2008. Tese (doutorado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

QUEIROGA, Rodrigo Pinheiro Fernandes de. **Distribuição espacial dos casos de tuberculose e seus determinantes sócio-econômicos na área urbana do município de Campina Grande (PB) 2004 a 2007**. Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga.- João Pessoa, 2009.99p.

RABAHI, M.F.. **Tuberculose e Tabagismo**. Pulmão RJ 2012;21(1):46-49. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2012/n_01/11.pdf>. Acesso em: 09/10/2019.

RODRIGUES, J. Luiz; FIEGENBAUM, Cabreira Marilu; MARTINS, Andreza Francisco. **Prevalência de coinfeção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul**. ScientiaMedica (Porto Alegre) 2010; volume 20, número 3, p. 212-217. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38123000/54d8c4d70cf2970e4e78ea94.pdf20151010-63298-12hcstt.pdf?response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DPrevalencia_de_coinfeccao_tuberculose_HI.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWY YGZ2Y53U L3A%2F20191221%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191221T010601Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=4fcc546d5a23e0a6d5d2f2e9aa3b3938c8733032d54df0af440755fd49934a9c>. Acesso em: 19/12/2019.

RODRIGUES, D. C. S., et. al, OLIVEIRA, A. A.V.; ANDRADE, S. L.E.; ARAÚJO, E. M. N. F.; LOPES, A.M. C.; SÁ, L.D.. **O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento**. Ciencia y enfermeria xxxiii (1), 2017. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S071795532017000100067&lng=es&nrm=i&tlng=pt>. Acesso em: 27/01/2019.

SANTOS, T.M.M.G., et. al, NOGUEIRA, L.T., SANTOS, L.N.M., COSTA, C.M.. **Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil**. Revi Enferm UFPI. 2012 jan-abr;1(1):8-13.

SANTOS-NETO M, Yamamura M, Garcia MCC, Popolin MP, Silveira TRS, Arcêncio RA. **Análise espacial dos óbitos por tuberculose pulmonar em São Luís, Maranhão.** J Bras Pneumol. 2014;40(5): 543-551. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263336/>>. Acesso em: 08/09/2019.

SANTOS, J. N.; et, al, SALES, C. M. M.; PRADO, T. N.; MACIEL, E.L.. **Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014.** Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2018, vol.27, n.3, e2017464. Epub Oct 22, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S223796222018000300313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18/12/2019.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO À MICRO E PEQUANAS EMPRESAS - SEBRAE. **Renda, pobreza e desigualdade social no estado do Rio de Janeiro.** Nota Conjuntural. Observat Sebrae/RJ. 2014 jan;28:1-14. Disponível em: <<https://m.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/28%20%20Renda,%20Pobreza%20e%20Desigualdade%20no%20Estado%20do%20Rio%20de%20Janeiro.pdf>>. Acesso em: 18/12/2019.

SILVA, C.C.A.V., ANDRADE, M.S., CARDOSO, M.D.. **Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010.** Epidemiol Serv Saúde. 2013 jan-mar;22(1):77-85.

SILVA, P. F.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. J. M.. **Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010.** Cad. Saúde Pública vol.30 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1745.pdf>>. Acesso em: 18/12/2019.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro.** Maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/12/2019.

SOUZA, L.A., RAFAEL, R.M.R., MOURA, A.T.M.S., NETO, M.. **Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário.** Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0067. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0067>>. Acesso em: 27/01/2019.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 10/09/2018.

VITAL; SILVA, S. et al. **O planejamento estratégico situacional no setor público – a contribuição de Carlos Matus.** In: XII SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO –

APÊNDICE - Unidades de Saúde do Município de Mesquita

Clínica da Família Dr Jorge Campos

Clínica da Família Jacutinga

Clínica da Família Walter Borges

Clínica da Família São José

CMS Paraná

Policlínica Municipal de Mesquita

Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)

UBS BNH

UBS da Chatuba

UBS Edson Passos

UBS Santa Terezinha

USF Jacutinga

USF Maria Cristina

ANEXO A - Ficha de Notificação de Tuberculose 2006

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		
Dados do Caso	5 Agravamento TUBERCULOSE			Código (CID10) A169	6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente			8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raca/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	13 Número do Cartão SUS			14 Nome da mãe		
	15 Logradouro (rua, avenida, ...)			Código	16 Número	
Dados de Residência	17 Complemento (apto., casa, ...)			18 Ponto de Referência	19 UF	
	20 Município de Residência			Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro			Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)		Código
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário		27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica			
	28 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência					
Dados Clínicos	29 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado			30 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	31 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		32 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 4 - Óssea 7 - Meningite 2 - Gang. Perif. 5 - Ocular 8 - Outras 3 - Genurinária 6 - Miliar 9 - Não Se Aplica			
	33 Agravos Associados 1 - Aids 2 - Alcoolismo 3 - Diabetes 4 - Doença Mental 5 - Outros 9 - Ignorado					
Dados do Laboratório	34 Baciloscopia de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada			35 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		
	36 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada			37 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		
	38 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		39 Histopatologia	1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado		
Tratamento	40 Data de Início do Tratamento Atual		41 Drogas			
	42 Tratamento Supervisionado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não	Rifampicina	Isoniazida	Pirazinamida	
	43 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Etambutol	Estreptomicina	Etionamida	
Investigador	44 Município/Unidade de Saúde			45		
	46 Nome		47 Função	48 Assinatura		

ANEXO B - Ficha de Notificação de Tuberculose 2014

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº					
<p>TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.</p>									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravadoença		TUBERCULOSE					
	3	Código (CID10)	Data de Notificação						
	4	UF	5	Município de Notificação					
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data do Diagnóstico				
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento				
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante			
	13	Raça/Cor							
	14	Escolaridade							
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe			
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)		Código		
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)	24		Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone	29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso								
	Aspectos Epidemiológicos	31	Nº do Prontuário		32				Ocupação
		33	Tipo de Entrada			34			
Dados Clínicos	35				36				
	37				38				
	39				40				
Dados do Laboratório	41		42		43		44		
	45		46		47		48		
	49		50		51		52		
Tratamento	53		54		55		56		
	57		58		59		60		
Investigações	61				62				
	63		64		65		66		

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

Projeto submetido à avaliação na Plataforma Brasil em 12/06/2019, tendo recebido parecer favorável pela Instituição Proponente- Faculdade de Enfermagem da UERJ, aprovado no dia: 29/08/2019.

CAEE: 16538719.6.0000.5282

Número do Parecer: 3.540.800

Informações disponíveis em:

<http://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupado.r.jsf>