

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF**

LUCAS FERNANDES GONÇALVES

**A tuberculose e seus impactos na situação de saúde no município
de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**

**RIO DE JANEIRO
2021**

LUCAS FERNANDES GONÇALVES

A tuberculose e seus impactos na situação de saúde no município de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Áreas de concentração: Tuberculose, Política Pública, Sistema Único de Saúde, Epidemiologia nos Serviços de Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Mary Ann Menezes Freire

**RIO DE JANEIRO
2021**

G635 Gonçalves, Lucas Fernandes
A tuberculose e seus impactos na situação de
saúde no município de São João de Meriti, no Estado
do Rio de Janeiro, Brasil / Lucas Fernandes
Gonçalves. -- Rio de Janeiro, 2021.
88

Orientador: Mary Ann Menezes Freire.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Biociências, 2021.

1. Tuberculose. 2. Política Pública. 3. Sistema
Único de Saúde. 4. Epidemiologia nos Serviços de
Saúde. I. Freire, Mary Ann Menezes, orient. II.
Título.

GONÇALVES, LUCAS FERNANDES. **A TUBERCULOSE E SEUS IMPACTOS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL**, 2021. 88 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Áreas de concentração: Tuberculose, Política Pública, Sistema Único de Saúde, Epidemiologia nos Serviços de Saúde.

Linha de Pesquisa: Trajetórias, Desafios, e Perspectivas da Vigilância em Saúde: a Situação do Município do Rio de Janeiro

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Mary Ann Menezes Freire - ORIENTADORA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a Dr. Emerson Elias Merhy – 1^o. EXAMINADOR
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Fátima Teresinha Scarparo Cunha – 2^a. EXAMINADORA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Clarissa Terenzi Seixas – MEMBRO SUPLENTE
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Bruno Francisco Teixeira Simões – MEMBRO SUPLENTE
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

GONÇALVES, LUCAS FERNANDES. **A TUBERCULOSE E SEUS IMPACTOS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL**, 2021. 88 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Orientadora: Mary Ann Menezes Freire
Linha de pesquisa: Trajetórias, Desafios, e Perspectivas da Vigilância em Saúde: a Situação do Município do Rio de Janeiro

Resumo

O enfrentamento a tuberculose possui marcas históricas com um impacto atual e significativo nas sociedades. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o protagonismo da Atenção Básica, a partir da crítica de um modelo de assistência privatista, seguem como pilares nas políticas públicas no Brasil associadas ao combate à tuberculose. A representação do agravo com desdobramentos sociais, econômicos, políticos e de saúde complexificam ainda mais a atuação dos profissionais de saúde em territórios singulares. O objeto do estudo é a tuberculose e seus impactos na situação de saúde no município de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 2015 a 2017, objetivando a caracterização do perfil epidemiológico da tuberculose, identificar e caracterizar a organização dos serviços de saúde e analisar os processos de produção do cuidado oferecidos nos serviços de saúde. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, no cenário do município de São João de Meriti, de 2015 a 2017. Utilizou-se consultas em bases de dados públicas, juntamente com aplicação do modelo de regressão logística, teste de hipóteses qui-quadrado como métodos estatísticos, além de representações através do Fluxograma Analisador. Revelou-se uma baixa cobertura de atenção básica com expansão limitada dos serviços de saúde. A tuberculose possui incidência constantemente alta com a cura não superando 70% de encerramentos dos casos e a interrupção do acompanhamento marcante no cenário epidemiológico. A relação estatística aponta o aumento de chances de novas interrupções em casos de histórico prévio de abandono. As representações geradas no Fluxograma Analisador evidenciam uma longa trajetória de (des)cuidado com registros de diversos encontros com perpetuação de práticas centralizadas na doença e nos medicamentos com pouca articulação intersetorial. A fragilidade no acompanhamento revela a necessidade de repensar as relações profissionais e a produção de cuidado exercida.

Descritores: Tuberculose, Política Pública, Sistema Único de Saúde, Epidemiologia nos Serviços de Saúde.

GONÇALVES, LUCAS FERNANDES. **TUBERCULOSIS AND THEIR IMPACT ON HEALTH STATUS IN SÃO JOÃO DE MERITI, STATE OF RIO DE JANEIRO, BRAZIL**, 88 f. Thesis (Master). Graduate Program in Nursing, Federal University of Estate Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil, 2021.

Abstract

Fighting tuberculosis has historical marks with a current and significant impact on societies. The creation of the Unified Health System (SUS) and the Primary Care, based on the criticism of a model of privatist care, continue to be pillars of public policies in Brazil associated with the fight against tuberculosis. The representation of the health problem with social, economic, political and health consequences further complexifies the work of health professionals in unique territories. The object of the study is tuberculosis and its impacts on the health situation in the city of São João de Meriti, in the State of Rio de Janeiro, Brazil, from 2015 to 2017, aiming to characterize the epidemiological profile of tuberculosis, identify and characterize the organization health services and analyze the production processes of care offered in health services. This is a study with a qualitative and quantitative approach, in the scenario of the city of São João de Meriti, from 2015 to 2017. Consultations in public databases were used, together with the application of the logistic regression model, hypothesis testing which -square as statistical methods, in addition to representations through the Analyzer Flowchart. Low coverage of primary care with limited expansion of health services was revealed. Tuberculosis has a constantly high incidence, with cure not exceeding 70% of case closures and the interruption of monitoring, which is marked in the epidemiological scenario. The statistical relationship points to an increase in the chances of new interruptions in cases with a previous history of abandonment. The representations generated in the Analyzer Flowchart show a long trajectory of uncared with records of several meetings with perpetuation of practices centered on the disease and on medicines with little intersectoral articulation. The weakness in monitoring reveals the need to rethink professional relationships and the production of care exercised.

Keywords: Tuberculosis, Public Policy, Unified Health System, Health Services Evaluation.

GONÇALVES, LUCAS FERNANDES. TUBERCULOSIS Y SUS IMPACTOS EN LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, EN EL ESTADO DE RIO DE JANEIRO, BRASIL, 88 f. Disertación (Máster). Programa de Postgrado Master de Enfermería, Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil, 2021.

Resumem

La lucha contra la tuberculosis tiene marcas históricas con un impacto actual y significativo en las sociedades. La creación del Sistema Único de Salud (SUS) y el papel de la Atención Primaria, a partir de la crítica a un modelo de atención privatista, continúan siendo pilares de las políticas públicas en Brasil asociadas a la lucha contra la tuberculosis. La representación del problema de salud con consecuencias sociales, económicas, políticas y de salud complica aún más el trabajo de los profesionales de la salud en territorios únicos. El objeto del estudio es la tuberculosis y sus impactos en la situación de salud en la ciudad de São João de Meriti, en el estado de Río de Janeiro, Brasil, de 2015 a 2017, con el objetivo de caracterizar el perfil epidemiológico de la tuberculosis, identificar y caracterizar la organización de los servicios de salud y analizar los procesos productivos de la atención ofrecida en los servicios de salud. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo y cuantitativo, en el escenario de la ciudad de São João de Meriti, de 2015 a 2017. Se utilizaron consultas en bases de datos públicas, junto con la aplicación del modelo de regresión logística, prueba de hipótesis que -cuadrado como métodos estadísticos, además de representaciones a través del Diagrama de Flujo del Analizador. Se reveló una baja cobertura de atención primaria con una expansión limitada de los servicios de salud. La tuberculosis tiene una incidencia constantemente alta con curación que no supera el 70% de los casos cerrados y la interrupción del seguimiento, lo cual es marcado en el escenario epidemiológico. La relación estadística apunta a un aumento de las posibilidades de nuevas interrupciones en los casos con antecedentes de abandono. Las representaciones generadas en el Flujograma del Analizador muestran una larga trayectoria de (des) atención con registros de varios encuentros con perpetuación de prácticas centradas en la enfermedad y en medicamentos con poca articulación intersectorial. La debilidad en el seguimiento revela la necesidad de repensar las relaciones profesionales y la producción del cuidado ejercido.

Descriptores: Tuberculosis, Política Pública, Sistema Único de Salud, Epidemiología en los Servicios de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática no SUS
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Razão de Chance
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIDRA	Sistema de Recuperação Automática
SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares no SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SJM	São João de Meriti
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide Etária no ano de 2012, por sexo, referente à população.....	26
Figura 2 – Estabelecimento de saúde cadastrados com gestão pública municipal de 2002 a 2017.....	27
Figura 3 - Linha histórica de implementação dos estabelecimentos de saúde, de 2002 a 2017..	29
Figura 4 – Frequência absoluta das escolaridades dos usuários notificados com TB.....	34
Figura 5 – Frequência da cor/raça dos usuários notificados com TB.....	35
Figura 6 – Proporção de notificações, em relação ao total do ano, de acordo com cada tipo de estabelecimento.....	39
Figura 7 – Taxas de encerramentos dos casos de TB notificados em SJM de 2015 a 2017.....	43
Figura 8 – Fator de impacto entre tipo de entrada (caso novo, recidiva e reingresso pós abandono) e novo abandono em usuários notificados com TB em SJM de 2015 a 2017.....	47
Figura 9 – Georreferenciamento dos casos de TB notificados em 2015 em SJM.....	51
Figura 10 – Georreferenciamento dos casos de TB notificados em 2016 em SJM.....	52
Figura 11 – Georreferenciamento dos casos de TB notificados em 2017 em SJM.....	52
Figura 12 – Representações do Fluxograma Analisador.....	55
Figura 13 – Fluxograma analisador: 1ª representação.....	56
Figura 14 – Fluxograma analisador: 2ª representação.....	57
Figura 15 – Fluxograma analisador: 3ª representação.....	58
Figura 16 – Fluxograma analisador: 4ª representação.....	59
Figura 17 – Fluxograma analisador: 5ª representação.....	61
Figura 18 – Fluxograma analisador: 6ª representação.....	62
Figura 19 – Fluxograma analisador: 7ª representação.....	64
Figura 20 – Fluxograma analisador: 8ª representação.....	65
Figura 21 – Fluxograma analisador: 9ª representação.....	66
Figura 22 – Fluxograma analisador: 10ª representação.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cobertura da ESF e da Atenção Básica em SJM de 2015 a 2017.....	29
Tabela 2 – Número absoluto e cobertura relativa dos ACS em SJM de 2015 a 2016.....	30
Tabela 3 – Proporções dos tipos de entrada nas notificações de TB de 2015 a 2017 em SJM...	36
Tabela 4 – Quantidade de notificações de TB por meses de 2015 a 2017 em SJM.....	38
Tabela 5 – Relação entrada por reingresso após abandono e saída como abandono de 2015 a 2017 em SJM.....	38
Tabela 6 – OR da variável tipo de entrada, considerando o abandono como desfecho para a variável dependente.....	47

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Objeto de estudo	14
Objetivos do estudo	14
Justificativa e Impacto do estudo	14
1 CAMINHOS PARA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS QUE PERMEIAM O TEMA	16
1.1 Epidemiologia da Tuberculose	16
1.2 Território: olhares para além da doença e dos números	18
1.3 Tecnologias do Cuidado.....	19
2 METODOLOGIA	22
3 MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, RJ – FRAGILIDADES, APOSTAS E TENSIONAMENTOS	25
4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, RJ	33
5 TRAJETÓRIA DE (DES)CUIDADOS A PARTIR DA ANÁLISE DE UM CASO TRAÇADOR	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	81
ANEXOS	86

INTRODUÇÃO

A década de 1980 foi um marco para a tuberculose (TB) nas populações em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, a população vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ficou extremamente vulnerável pela letalidade da coinfeção e resistência a drogas anti-TB; nos países pobres, as desigualdades, extrema pobreza e processo de urbanização desordenado propagaram a doença com difícil controle de políticas públicas vigentes (BLOOM, 1992; CDC, 1993; ROSSMAN; MAC GREGOR, 1995 apud BRASIL, 2019c). Depois de décadas, novos testes com capacidade diagnóstica e recursos terapêuticos foram incorporados no enfrentamento a tuberculose (BRASIL, 2019c) com o aperfeiçoamento de políticas públicas no esforço para o combate e controle da doença, onde os desafios se transformam, se perpetuam e extrapolam o envolvimento apenas do setor saúde.

Historicamente, como resposta à movimentos sociais para a garantia do acesso à saúde como direito social, concretizou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, a partir da Lei Orgânica. Poucos anos depois, em 1993, a OMS declarou a tuberculose em estado emergência em todo o mundo (WHO, 1994) e, em 1996, lançou-se o plano emergencial para o controle da tuberculose no Brasil com o objetivo da ampliação do diagnóstico e tratamento adequado (HIJJAR, 1996; BRASIL, 2017).

Outros marcos para a saúde pública foram a criação e implementação da Política de Atenção Básica (PNAB) e seu papel de coordenadora do cuidado reforçado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e seu impacto na descentralização e produção do cuidado, com interseções importantes em usuários com tuberculose, onde, comprovadamente, necessitamos

“optar por um modelo de assistência voltado a uma prática de saúde participativa, coletiva e ao mesmo tempo integral, permanentemente vinculada à realidade da comunidade, assistida por uma equipe multiprofissional cujos objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das Unidades de Saúde é um passo importante que, espera-se, possa mostrar impacto sobre o problema em pauta.” (RUFFINO-NETTO, 2001, p.130).

Somando Merhy (MERHY, 1997), os serviços de saúde devem estar centrados nos usuários a partir de tecnologias leves (dentro das relações, no ato e de forma autônoma) e as tecnologias leve-duras (conhecimento técnico revertido em produção do cuidado). Tais serviços devem ter suas relações horizontais que valorizem os diversos saberes em prol da integralidade da assistência. Assumir a importância das diversas alternativas contra o modelo

hegemônico é essencial para a saúde coletiva, tanto aspectos práticos como teóricos (PALHA; VILLA, 2003). O modelo assistencial privatista provou-se insuficiente em responder os problemas da saúde da população (PAIM, 1999), colaborando ainda mais em assumir o compromisso com alternativas dos modelos de atenção em saúde.

O protagonismo da Atenção Básica e seu poder de capitalização nos territórios é uma fortaleza do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, publicado em 2017. Soma-se o poder de descentralização, testagem rápida de HIV, adesão ao tratamento, tratamento supervisionado, cobertura vacinal e vinculação do serviço com a população adscrita (BRASIL, 2017b). A estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), declarada como prioritária pela OMS (WHO, 2006), apesar da progressiva e lenta implementação em nos territórios, já se apresenta claramente como uma modalidade efetiva para o controle da doença, tratamento resultando em alta por cura e maior adesão aos serviços de saúde (IBANÊS; JUNIOR, 2013). Sua implementação veio a partir de investimentos expressivos de políticas públicas, mas a sua manutenção está constantemente ameaçada por escassez de recursos e a dificuldade de gestão dos atores sociais envolvidos (SANTOS et al, 2010).

O atual contexto do (des)governo estadual do Rio de Janeiro não pode ser ignorado. O encolhimento dos direitos sociais com a justificativa da seguridade econômica provoca incertezas, movimento que se mistura com o (des)governo federal. Apesar do SUS vislumbrar qualidade/saúde de forma universal, ainda é marcado por fragmentações com rompimentos de comunicações entre os serviços e distribuição díspar de recursos (LIMA; RIVEIRA, 2009).

Dessa forma, torna-se necessário avaliar constantemente o impacto da TB nos territórios e seus serviços saúde, valorizando a situação do município e determinação social. As particularidades dos municípios podem evidenciar entraves, fluidez, cuidado e não cuidado, a partir dos olhares de diversos atores sociais. Explorar os ruídos nas engrenagens que tem potência para girar de forma livre, mas, ao mesmo tempo, sofrem diversas pressões para apenas girar uma direção em prol da reprodução de um modelo hegemônico, evidenciam a real inserção do usuário em seu processo cuidador.

Entendendo o território como objeto de processos epidemiológicos, assistenciais, de saúde e culturais no constante ato de territorialização e adscrição (BRASIL, 1990), vale lançar olhares singulares e subjetivos para os espaços. O município de São João de Meriti, localizado na Baixada Fluminense, nos últimos anos, possui uma alta incidência (SINAN, 2017) de tuberculose e é considerado prioritário pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Um grande desafio para os saberes intersetoriais com necessidade de aprofundamento nas políticas públicas e nos processos de trabalho do município.

Assim, o agravo é apresentado como uma questão de saúde pública e, mais do que apenas a manifestação da doença, se torna um fator a ser representado nos impactos a saúde

da população acometida, seja por indicadores, a assistência prestada e de como a rede de atenção à saúde, com suas diversas complexidades, se comporta. Surge, portanto, há a motivação de lançar olhares sobre o agravo e seu entorno, em território específico, considerando as particularidades do enfrentamento e como esse e outros aspectos se manifestam em indicadores de saúde e no registro da produção do cuidado.

O objeto do estudo se delimitou como a tuberculose e seus impactos na situação de saúde no município de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 2015 a 2017. Definiu-se como objetivos: caracterizar o perfil epidemiológico da tuberculose, discutir a organização da rede de atenção à saúde, no que diz respeito a gestão/atendimento/acompanhamento da tuberculose e analisar os processos de produção de cuidado oferecidos pelos serviços de saúde do município de São João de Meriti, RJ.

O estudo se justifica, pois, as variantes na dinâmica da TB e as respostas dadas pelas políticas públicas demandam o aprofundamento das situações de saúde das populações. O tema está intimamente ligado a questões de saúde, ambientais, sociais e culturais e, historicamente, municípios de menor expressividade são excluídos de grandes estudos. É necessário evidenciar o quão importante é valorizar micro-olhares para grandes políticas públicas e demandas sanitárias mundiais, a partir da valorização dos efeitos locais. O (re)planejamento constante das ações gerenciais e assistenciais devem se tornar práticas em prol do aperfeiçoamento dos processos de trabalho, sinalizados por entraves e potencialidades encontrados. É um movimento de aproximação assistencial, gerencial e da academia, valorizando os diversos saberes em prol do desenvolvimento das políticas públicas.

A motivação pessoal e profissional baseou-se no processo formativo como enfermeiro na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, nos encontros nos serviços de saúde e na necessidade de estar sempre em contato com os usuários, em um movimento de aprofundamentos das vivências. O aproveitamento extracurricular em uma coordenação de área programática e unidades de atenção básicas, principalmente em equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), trouxe uma vontade de explorar o que ocorre no dia a dia, na produção do cuidado e na aplicação das políticas públicas. A aproximação do cenário e do acesso aos profissionais se deu a partir da associação entre a pesquisa e a atuação com um convite de apoiar tecnicamente o Programa Municipal de Controle de Tuberculose do município. A pesquisa foi sendo construída pela contaminação do pesquisador, sendo oportuno para gerir conflitos pessoais e profissionais, das contradições do cuidado, da transcrição ou não nos indicadores de saúde e histórias que são vistas e sentidas durante os encontros.

O aprofundamento gerará inquietações, combustível para revisar práticas ditas como padronizadas e serem pensadas de forma singular. As sugestões de novos caminhos tendem

a fortalecer o programa municipal de controle da tuberculose, sendo uma ferramenta para ações na gestão e também nos encontros dos profissionais de saúde com os usuários, vistos por diversos atores sociais envolvidos no enfrentamento à tuberculose.

1. CAMINHOS PARA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS QUE PERMEIAM O TEMA

1.1 EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE – a partir de 2000

Segundo estudo feito por Bierrenbach et al. (2007), de 2000 a 2003, houve um aumento gradual da incidência de tuberculose no Brasil partindo de cerca de 70 mil casos novos até 75.418 casos novos no ano. O ano de 2004 registrou um decréscimo leve de 1,16% do último ano, com 74540 casos no Brasil. A incidência pouco variou, decrescente entre os anos 2000 e 2001 mesmo com variação crescente de número total de casos novos, com 41,3 e 40,8 a cada 100 mil habitantes, respectivamente.

O caso novo era a maioria do tipo de entrada com ascendência constante durante os anos, de 84,6% em 2000 e 89,9% em 2004 e as diferenças entre os Estados já eram notáveis no enfrentamento à tuberculose, de acordo com as características populacionais, do território e dos serviços de saúde,

“os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Norte foram os que apresentaram as maiores proporções de desfecho ignorado ou não preenchido, e conseqüentemente apresentaram as menores proporções de cura (BIERRENBACK et al, 2007, p.30).

O comportamento de regressão foi observado no estudo de Souza et al (2019), onde os anos de 1998 a 2003 comportaram-se dessa forma. Aliás, a tendência foi global,

“A tendência de redução verificada na taxa de mortalidade nacional acompanha o padrão temporal em nível global. No período entre 2000 e 2015, houve uma redução de 29% e 44% da mortalidade em pessoas soronegativas e soropositivas no mundo, respectivamente (SOUZA et al. 2019, p.2).

A mortalidade no período, registrou variação decrescente de 3,3 a 2,8 óbitos a cada 100 mil habitantes no Brasil. Vale ressaltar que a região Sudeste foi a região mais distante da média brasileira com maior média de mortalidade, mesmo que decrescente, registrou 3,9 a 3,1 óbitos a cada 100 mil habitantes. E ao olhar as médias do Estado do Sudeste, o Rio de Janeiro registrou 6,7 mortes em 2000, 7,1 mortes em 2001, 6,5 mortes em 2002, 6 mortes em 2003 e 6,1 mortes em 2004, a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019d).

O índice de mortalidade no Estado do Rio de Janeiro em 2000 foi quase o dobro do índice de mortalidade no Brasil em 1990, 6,7 e 3,6 mortes a cada 100 mil habitantes, respectivamente. Essa cicatriz histórica que se perpetua, é compatível com os indicadores de

saúde do Rio de Janeiro ao passar dos anos e com recordes de maior coeficiente de mortalidade já registrado em todos os Estados do Brasil, com 10,2 e 10,1 mortes a cada 100 mil habitantes em 1994 e 1995, respectivamente (BRASIL, 2019d).

Outro aspecto histórico a ser analisado sobre mortalidade é a troca de maior mortalidade da Regiões do Brasil, sempre com o Sudeste liderando, no ano de 2005 para a região do Nordeste. A região Norte ultrapassa o Sudeste, ficando atrás do Nordeste (BRASIL, 2019d).

Ao passar dos anos, a incidência da doença em 2005 foi de 41,5 casos a cada 100 mil habitantes e, com redução significativa, chegou até 33,4 casos novos em 2014. A mortalidade também seguiu tendência de regressão, só com menor expressividade, dado que em 2005 foram registrados 2,8 óbitos a cada 100 mil habitantes e 2,3 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2013 (BRASIL, 2015).

Aprofundando o olhar em um contexto mais recente, em 2017 estimou-se 10 milhões de casos novos em todo o mundo, tendo maior concentração na população adulta e distribuído com maior frequência na Índia (27%), China (9%) e Indonésia (8%). Representa uma das principais causas de morte e, acima de HIV/AIDS, lidera quando relacionamos um agente infeccioso e a causa da morte (WHO, 2018).

O Brasil está na lista dos 30 principais países que concentram 87% dos casos de todo o mundo e que são considerados os países prioritários das agendas e políticas públicas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018). Em 2018, foram registrados no Brasil 72.788 casos novos de TB e incidência de 34,8 casos a cada 100 mil habitantes. A mortalidade permaneceu igual ao ano anterior, registrando 2,18 casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019b)

Vale ressaltar que dados epidemiológicos evidenciam as desigualdades encontradas entre os estados do Brasil onde a incidência da doença variou 11,5/100 mil habitantes no Distrito Federal a 72,9,2/100 mil habitantes no Amazonas (BRASIL, 2017b). A variação se espelha quando comparamos capitais do Brasil e mostram padrão heterogêneo da incidência e a necessidade de políticas que valorizem as condições socioeconômicas e as singularidades dos territórios (BRASIL, 2019b).

De 2010 a 2016, segundo consulta no DATASUS como fonte o SIM, aponta-se as causas externas de morbidade e mortalidade como a terceira maior classificação de morte e em oitavo lugar algumas das doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. Só a tuberculose responde por 8,7% da mortalidade da classificação que agrega diversas infecções intimamente ligadas com o meio ambiente e a condição de vida das populações. Um país de dimensão continental com forte desigualdade social, ainda possui características de países subdesenvolvidos com alto impacto negativo de doenças parasitárias e infecciosas e causas externas, apesar da liderança das doenças crônicas não transmissíveis.

A morte causada por TB é classificada como um evento sentinela por concretizar uma morte evitável, apontando para deficiências na assistência à saúde, além de evidenciar fatores condicionantes e determinantes sociais, econômicos e de saúde de forte consequência da população (SELIG et al, 2010). Logo, contribui para a perpetuação das exclusões e desigualdades na sociedade e se faz muito presente em sociedades vulneráveis (WHO, 2014).

O Sudeste foi a região que concentrou o maior número de casos novos em 2018 no Brasil. Foram 33.857 casos novos notificados, correspondendo a 48% dos casos novos de todo o Brasil. A incidência correspondeu a 38,7 casos a cada 100 mil habitantes e com 199 casos de TB de pós-óbito. Em 2017, 42% dos casos novos realizaram TDO nos serviços de saúde, o que corresponde 5,1% maior que a média do Brasil. Mesmo assim, registrou 11,8% de abandono de tratamento entre os casos novos de TB com confirmação laboratorial no mesmo ano. (BRASIL, 2019b).

O Estado do Rio de Janeiro não lidera sua região no maior número de casos novos em 2018, entretanto apresenta piores indicadores que avaliam o acompanhamento, além da alta incidência. Só no Rio de Janeiro foram registrados 11.139 casos novos que correspondem a 32,9% da região do Sudeste. Possui o segundo maior coeficiente de incidência do Brasil que registra 66,3 casos a cada 100 mil habitantes. Em 2017, se colocou como o quarto pior estado em abandono de tratamento entre os casos novos de TB com confirmação laboratorial. Ao mesmo tempo, possui apenas 36,5% de realização do TDO em casos novos e se coloca abaixo da média do Sudeste e do Brasil (BRASIL, 2019b).

1.2 TERRITÓRIO: OLHARES PARA ALÉM DA DOENÇA E DOS NÚMEROS

O território é um espaço geográfico resultado das várias totalizações em que se submetem e são submetidos no processo histórico, a cada momento e de forma dinâmica. Segundo Santos (2005) o uso do território é questão central para a produção do futuro; e mais, um espaço do “acontecer solidário” com a utilização e desdobramentos de aspectos financeiros, econômicos, sociais, culturais e antropológicos e é capaz e possível de resistir dos processos com interesses globais, e a favor da construção política pela eficiência da comunicação e fluidez das trocas.

Complementando a ideia central do território, considera-se além de apenas um espelho, reflexo social do que tenta se impor ou dos processos históricos, possui certa autonomia, o que Milton Santos denomina de instância da sociedade (SAQUET; SILVA, 2008). Aí, sobressai a estruturação feita pelo homem, manifestando leis próprias e que torna o território ainda mais diverso, rico e singular:

O espaço social corresponde ao espaço humano, lugar de vida e trabalho: morada do homem, sem definições fixas. O espaço geográfico é organizado pelo homem vivendo em sociedade e, cada sociedade, historicamente, produz seu espaço como lugar de sua própria reprodução (SAQUET; SILVA, 2008, p.29).

A Atenção Básica e a Saúde Coletiva utilizaram o avançar dos estudos de Milton Santos para a formulação e implementação das estratégias territoriais; não obstante, as estratégias foram simplificadas no dia a dia como território adscrito, delimitado geograficamente com características da população, onde o conhecimento unilateral, ou seja, técnico, se sobrepõe e esconde as subjetividades e tensões ali provocadas e vividas (MERHY et al, 2019). Portanto, deve-se ir além das diretrizes operacionais e seu respectivo território de abrangência, como citado na PSF (BRASIL, 1997), entendendo que o reconhecimento das tensões e subjetividades vão a favor da desconstrução do modelo biomédico de assistência e da produção do cuidado.

Há, portanto, a apresentação político-ideológica na territorialização, onde o modelo baseado em cuidados hospitalares e interesses privatistas será o resultado das políticas públicas convergentes ao neoliberalismo e contra um modelo de atenção que considera o território e seus grupos populacionais como pilares da organização (FARIA, 2019). Os territórios não se limitam ou não são conceituados apenas por demarcações geográficas e/ou conjuntos de terras com características ambientais que possamos identificar, muito menos por determinação de escalas, do global para uma casa; é necessária avaliação subjetiva das representações sociais ali vividas (MONKEN, BARCELLOS, 2015).

Considerando isso, destaca-se que o Brasil possui dimensões continentais e é marcado pelas desigualdades socioeconômicas entre as diversas regiões com materialização em necessidades em saúde compatíveis tanto com um cenário desenvolvido como subdesenvolvido, de acordo com as singularidades da região. Os cenários se agravam pela pressão do mercado privado e sua respectiva oferta, além do desafio em lidar com a complexidade da construção e implementação de um sistema integrado no país (BRASIL, 2010).

1.3 TECNOLOGIAS DO CUIDADO

As mais diversas atuações no SUS são centrais para a formação da singularidade e potência do cuidado desenvolvido no cotidiano dos profissionais. O processo em saúde

“é constituído pelos objetos de trabalho, que resultam de recortes técnico-sociais na leitura das necessidades de saúde, sobre os quais incidem as ações dos diferentes profissionais, mediadas por instrumentos materiais e não materiais” (PEDUZZI, 2011).

Juntam-se os processos de cada área carregando seus marcos sociais e históricos, instrumentos, saberes e agentes e objetivos próprios, compondo o campo da saúde (PEDUZZI, 2011). Logo, há uma relação com a sociedade, suas relações e suas influências nos territórios, profissionais e nos usuários.

Nesse sentido, destaca-se que as práticas em saúde objetivam a mudança de algo, produzir o novo, e alteram aspectos que foram identificados como problemas ou futuro/potencial problema de saúde. Há uma disputa entre poderes em “um campo de forças constituído pela ciência, pelos modos de produção econômica e de produção da vida, pelos sentidos da vida” em mudanças. Não há separação entre as estruturas produtivas da sociedade e suas influências, além das necessidades diretas dos usuários, com afeto mútuo. (MERHY, 2019).

O encontro surge como potência de afetar o usuário e o trabalhador e entre os trabalhadores de saúde, onde as energias tocam e sofrem influência dos saberes, normas, instrumentos e local do cuidado. (FRANCO; MERHY, 2013). Aí, sobrepõe a potência do trabalho vivo em ato, caracterizado por Merhy como “um processo agenciado por sujeitos, que traz em si o atributo da liberdade, criação, inventividade” (FRANCO; MERHY, 2013). Sobrepõe, assim, a possibilidade do profissional de saúde de atuar com liberdade e autogestão de suas ações e práticas cuidadoras

Segundo Merhy (2003), a função relacional do trabalho em saúde, produção e produtos entre sujeitos em espaços de interseção, é potencializada pela liberdade do Trabalho Vivo em Ato e permite ainda mais conexões entre os atores dos serviços de saúde, rompendo com o formal e construindo na informalidade do cotidiano mais cuidado e relações. Invariavelmente, há produção da “realidade social” que faz parte das práticas do cuidado em determinado território, não exclusivamente físico, geográfico, mas também existencial, e criam um referencial ético-político entre profissionais de saúde e usuários. Ainda mais sobre a capacidade do profissional de saúde

“o que define o perfil do cuidado não é o lugar físico onde se realiza o cuidado, mas o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, e que anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho” (FRANCO; MERHY, 2003, p,161).

A intervenção do profissional de saúde, tecnológica e assistencial, faz parte de um leque de opções representadas pela diversidade profissional e de lugares, centrada em um “problema de saúde” considerado como um “objeto de ação em saúde” em busca de reverter o sofrimento ali causado (MERHY, 2013). O processo do objeto pode ser individual ou coletivo com materializações também individuais ou coletivas, alterando a produção a partir do nível relacional.

Há uma tensão posta entre a autonomia e a capacidade de fazer o novo pelo profissional de saúde e o trabalho já feito e as forças constituintes para romper com a autonomia do profissional. Segundo Franco e Merhy (2013), aí o Trabalho Vivo em Ato é capturado pelo Trabalho Morto, também presente no escopo dos profissionais de saúde e pertencente às práticas cotidianas e tecnológicas. Entramos, então, na discussão do processo de reconstrução e disputa do fazer em saúde, onde de um lado preconiza-se o saber centrado na atuação do profissional e sua grande quantidade de procedimentos; de outro, o cuidado com produção relacional, multidisciplinar e ações que visam diminuir o uso de tecnologias de alto custo.

Merhy (2002) classifica as práticas relacionais que são trabalhadas em ato, individuais ou coletivas, que produzem cuidado como tecnologia leve; a tecnologia dura corresponde aos saberes específicos e alguns produtos. Quando há a aplicação de tecnologia dura de forma singular ao seu conhecimento para produzir cuidado, pode-se denominar como tecnologia leve-dura, já quando há apenas padronização e estrutura, é denominada dura.

Há, portanto, um histórico de perpetuação na assistência em saúde focada em interesses em prol do lucro, do corporativismo, a partir da centralidade nas tecnologias duras e leve-duras. A concretização nos processos de trabalho em saúde se dá pela assistência voltada para a realização da consulta médica, em um momento formal e estruturada em seus saberes, ou seja, no uso de tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2003).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, por estar em contato com questões sociais e utilizar métodos quantitativos de forma associativa.

O cenário do estudo foi o município de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro. Com a população de 458.673 pessoas (IBGE, 2010), possui um salário médio mensal dos trabalhadores formais de 1,9 salários mínimos. Registra um índice de desenvolvimento humano municipal de 0,719 e um PIB per capita de 20.434,26 reais 92º no Estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2016). Um espaço que carrega também uma alta incidência de tuberculose e dificuldade no acompanhamento desses usuários pela rede municipal. Em 2017, registrou-se um total de 528 casos de tuberculose com um aumento de pouco mais que 9% no ano anterior, ainda sofrendo grandes consequências da alta de interrupção de tratamento (SINAN, 2017).

A coleta de dados ocorreu nas bases públicas do Brasil, do Estado do Rio de Janeiro e do município de São João de Meriti. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e outros indicadores/dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) foram plataformas exploradas. Os dados gerados pela assistência nas Unidades Básicas, referência secundária, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais serviram como fonte de aprofundamento.

O recorte temporal foi de 2015 a 2017 no intuito de analisar o perfil do agravo, a tendência ao combate da doença no município, juntamente com as políticas públicas desenvolvidas e vigentes, assim como seu impacto na saúde e vida da população local. Os anos seguintes não foram contemplados pois a maioria dos casos notificados no período não apresentavam atualização oportuna dos respectivos acompanhamentos e encerramentos na base de dados, não permitindo analisar integralmente os aspectos epidemiológicos.

Foram incluídos na análise o tipo de entrada (caso novo, recidiva, reingresso após abandono, transferência e pós óbito). Baseado nas classificações norteadoras do Ministério da Saúde, caracteriza-se como caso novo quando usuário nunca utilizou medicamentos anti-tuberculose e/ou não passou de 30 dias em uso. A recidiva é um caso tratado com alta por cura comprovada. O reingresso após abandono é um usuário já tratado com mais de 30 dias de medicamentos anti-tuberculose e deixou de ingeri-los por mais de 30 dias, caracterizando o abandono. A transferência é um caso com tratamento já iniciado em outra unidade de saúde e o pós-óbito é um caso descoberto a partir de investigação de óbito realizado pelos responsáveis (BRASIL, 2019c).

Vale destacar que o termo abandono será utilizado ao abordar objetivamente os indicadores de saúde e é uma estratégia intencional o rompimento ao analisar a produção do

cuidado. A opção é abordar a descontinuidade na tomada medicamentosa ou interrupção no acompanhamento, já que a complexidade não pode ser simplificada no abandono do usuário ao serviço. Aqui, há uma intenção de colocar em xeque o termo tão utilizado e que esconde os diversos caminhos da singularidade dos usuários e dos profissionais de saúde.

As variáveis utilizadas para caracterização do perfil epidemiológico, baseadas na ficha de notificação da TB: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, endereço, classificação de populações especiais contidas na ficha de notificação (população privada da liberdade, profissional de saúde, população em situação de rua e imigrante), doenças e agravos associados (aids, alcoolismo, diabetes, doença mental, uso de drogas ilícitas e tabagismo) e a forma de apresentação.

Foram analisados também os contatos identificados e os exames laboratoriais para a confirmação da doença (baciloscopia de escarro, teste molecular rápido, radiografia de tórax, histopatologia, cultura e teste de sensibilidade), além da realização do teste de HIV. No acompanhamento, será incorporado os indicadores de baciloscopias durante o tratamento, além do tipo de tratamento e do total de contatos examinados. No encerramento, a situação de encerramento (cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, transferências, mudança de diagnóstico, TB-DR, mudança de esquema, falência e abandono primário).

Utilizou-se os softwares Excel e Rstudio i386 2.0.2 para a tabulação dos dados e produção de tabelas e gráficos. Para verificar a existência de associações estatisticamente significativas e o impacto das variáveis de entrada nas situações de encerramento utilizou-se o teste de qui-quadrado e foi ajustado um modelo de regressão logística. Para as razões de chance (ORs) obtidas no ajuste do modelo, foi utilizado um intervalo de Confiança (IC) de 95%.

Aplicou-se também o georreferenciamento a partir do uso da plataforma Google Maps, através da importação do arquivo “xmls” salvo pelo Excel com a marcação do mapa considerando “UF de notificação”, “ID do município”, “Nome do bairro”, “Nome logradouro”, “Número” e “Número do CEP” e para a identificação o “Número da notificação”. Houve o ajuste das variáveis “UF de notificação” e “ID do município”, já que não se reconhecia os códigos do IBGE, substituídos por Rio de Janeiro e São João de Meriti, respectivamente. Os caracteres especiais foram substituídos por caracteres simples, o que viabiliza a interpretação e localização na plataforma e, a partir da definição do método de georreferenciamento, foi padronizado para representação dos outros anos.

Para discutir sobre a produção do cuidado pelos serviços de saúde locais os profissionais de saúde elegeram um caso marcante, considerado como caso traçador (MERHY; FRANCO, 2013) para aplicar o Fluxograma Analisador. Foi proposto pensar em um usuário realmente que se sobressaísse pela necessidade de atendimentos, demandante de mais intensidade nos encontros e marcado por desafios. É uma provocação na aplicabilidade

dos processos de trabalho em redes, centrado no usuário e que extrapola apenas um serviço. O mapeamento das informações:

“devem buscar revelar nas relações que se constituem nesse território, as subjetividades que atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de ‘não cuidado’, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos”. (FRANCO; MERHY, 2013, p.350).

Os caminhos foram ilustrados por símbolos, decisões e itinerário do usuário pelos serviços de saúde. A forma básica busca vislumbrar a complexidade da produção do cuidado em serviços tão ricos de subjetividade e marcados por muitas rupturas e recomeços. Apenas um prontuário individual foi analisado de forma detalhada para absorver acontecimentos e tendências, de acordo com o instrutivo guia para a coleta das informações (Apêndice B). Foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) pelo usuário, explicando o processo da pesquisa e a confiabilidade das informações registradas.

A análise dos dados será feita por meio da análise microvetorial, que coloca em conversação, a partir dos encontros, os diversos olhares que observam e colocam em prática a produção do cuidado, desde as referências e normativas políticas macro até os seus efeitos micro no campo do agir em saúde (MOEBUS; MERHY, 2017).

O estudo atende às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 2012, e nº 510, de 2016. O projeto foi submetido e aprovado no Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) com CAAE 13557919.3.0000.5285 e número do Parecer 3.422.143 (Anexo 1). Houve o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de São João de Meriti a partir da assinatura da Carta de Anuência.

3. MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, RJ – REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, FRAGILIDADES, APOSTAS E TENSIONAMENTOS

O processo de urbanização da Baixada Fluminense, região do Estado do Rio de Janeiro, ocorreu de forma variada, com aumento significativo da densidade demográfica pela presença de diversas linhas férreas e início de loteamento de terras menos custosas e ausência de regulamentação no início do século XX (SILVA, 2017). Rodrigues e Oliveira (2009) destacam que o período pós guerra se destaca pela intensificação da ocupação das periferias e, em particular, para a Baixada pela migração Norte-Sul como na expulsão de pessoas com baixa renda das áreas nobres do Rio de Janeiro.

A característica dominante de terras rurais com plantio de laranja no meio do século XX com domínio de trabalhadores rurais também foi compartilhado progressivamente com casas ao redor da via férreas. O fim do ciclo da citricultura da região, durante a Segunda Guerra Mundial, compartilha também o fluxo de migração para o Rio de Janeiro e encontra nas regiões adjacentes custo menor de moradia e possibilidade de fixação (FIGUEREDO, 2004). Há, em seguida, um processo de industrialização na década de 70 com impacto no Estado do Rio de Janeiro, construção de grandes avenidas e acelerada ocupação. Prova disso é a comparação entre os censos demográficos de 1970 e 1980, segundo IBGE, com população registrada em São João de Meriti com 302.394 habitantes e 398.819 habitantes, respectivamente.

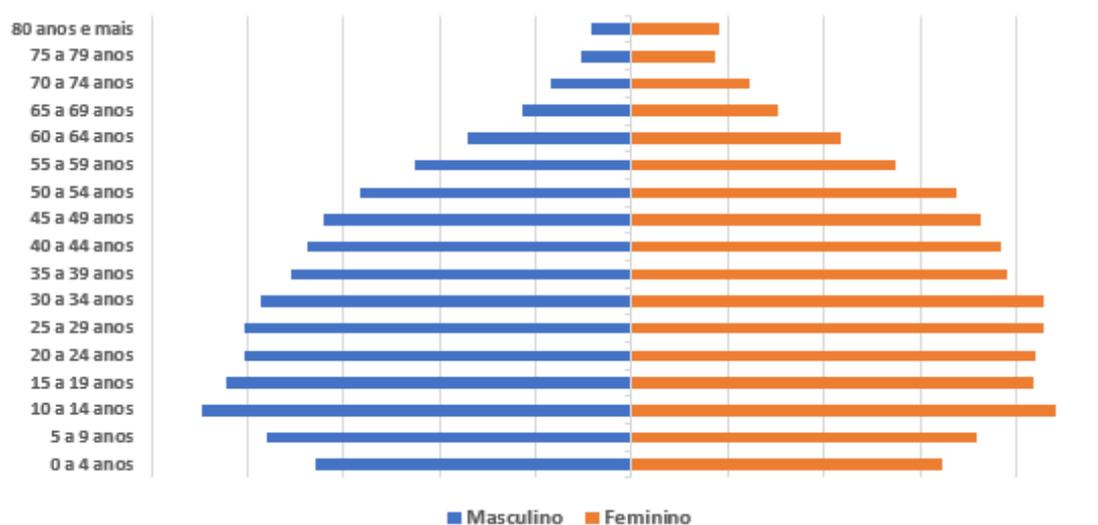
A população de São João de Meriti, no último censo do IBGE, registrou 458.673 habitantes e estimada em 2019 em 472.406 com área territorial de 35,216 km². Sua densidade demográfica, índice demográfico que calcula a quantidade de habitantes por quilômetro quadrado, se destaca como um dos maiores do Brasil e da América Latina: 13.024,56 hab/km² (IBGE, 2016). Segundo a plataforma SIDRA (Sistema IBGE de Recuperação Automática), do IBGE, o município tem a maior densidade demográfica do Brasil, seguido do município de Diadema com 12.519,10 hab/km² e Taboão da Serra com 12.049,87 hab/km².

Nas atuais divisões administrativas, o município faz divisa com outros cinco municípios: Nilópolis, Mesquita, Duque de Caxias, Belford Roxo e Rio de Janeiro. A separação entre os municípios entre São João de Meriti e Nilópolis se dá pelo rio Sarapuí e de rodovia; para o Rio de Janeiro, uma região é separada pela mesma rodovia e outra pelo Rio Pavuna; já para Belford Roxo é demarcado pelo rio Sarapuí; para Duque de Caxias, não

há uma característica tão definida entre os municípios. É essencial citar que o encontro territorial com um município como o Rio de Janeiro provoca uma dependência de serviços, seja público ou privado, materializado, por exemplo, pela migração pendular de trabalhadores para regiões do Rio de Janeiro. Há, segundo Loureiro (1996), uma centralidade de captação de recursos e patrimonial no Rio de Janeiro, cabendo as “periferias metropolitanas” atividades complementares que possui marcas na sua urbanização desordenada e caracterização como “quintal da cidade metropolitana” de trabalhadores com força de trabalho atuante no Rio de Janeiro.

A pirâmide etária do ano de 2012 está representada na Figura 1:

Figura 1 – Pirâmide Etária no ano de 2012, por sexo, referente à população de São João de Meriti / RJ



Fonte dos Dados: DATASUS

Organização/Elaboração: dos autores

Possui pirâmide etária semelhante ao do Brasil, ou seja, maior prevalência da população jovem adulta ainda com alta natalidade e aumento progressivo da expectativa de vida. O salário médio dos trabalhadores é de 1,9 salário mínimo em 2010 ocupando o 47º lugar dos municípios do Estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2016). A informalidade dos vínculos empregatícios chama atenção, onde apenas 13,5% possui vínculo formal de trabalho e é compatível com a observação no território onde há alta prevalência de barracas, comércios informais e comércios não registrados. Em comparação, o município do Rio de Janeiro possui 39,4% de população ocupada e é importante consideração para refletir sobre potência de arrecadação de impostos e taxas públicas em prol de financiamento de serviços públicos (IBGE, 2016).

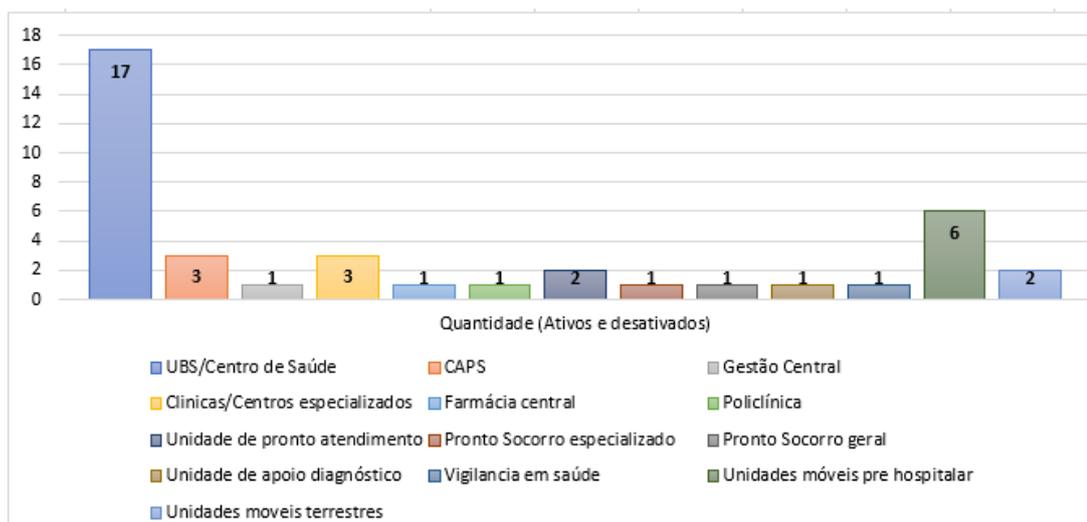
Economicamente, possui um PIB per capita de 20,434,26 ocupando o 56º lugar no Estado do Rio de Janeiro. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal foi considerado alto em 2010, registrando 0,799 (IBGE, 2016). Vale ressaltar a desigualdade também vista nos territórios, onde dados consolidados podem minimizar as diferenças entre regiões e famílias e faz-se essencial considerar as observações e vivências no território. As regiões mais afastadas do centro do município e próximo a divisões com os outros municípios apresentam mais vulnerabilidades sociais, econômicas, programáticas e de saúde e representam áreas com grande incidência de doenças infectocontagiosas, como a tuberculose.

Em relação a educação, o município registrou em 2010 uma taxa de analfabetismo de 3,4, inferior ao Estado do Rio de Janeiro que correspondeu a 4,2 no mesmo período (IBGE, 2016). Em relação a cobertura vacinal, segundo o Programa Nacional de Imunização, o município representa variações com os anos, registrando cobertura de 69,83% em 2010, 75,86% em 2015, 72,58% em 2016 e 58,97% em 2017. A quantidade de nascidos vivos, a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, segundo a residência da mãe foi registrado 6556 nascimentos em 2010, 7009 nascimentos em 2015, 6211 nascimentos em 2016 e 6545 nascimentos em 2017.

Através do município de busca e critérios de identificação dos serviços de saúde no CNES, constata-se a presença de 68 estabelecimentos cadastrados na plataforma que exercem ou exerceram algum atendimento ao SUS, sendo 58 ativos e 10 desativados. Há ainda registrado 250 estabelecimentos sem atendimento ao SUS, se dividindo em entidades empresariais e pessoas físicas.

Desses estabelecimentos que atendem ou atenderam ao SUS, 41 possuem natureza de administração pública a nível municipal, sendo 17 unidades básicas e/ou centros de saúde (1 desativado em 2019), 3 centros de atenção psicossocial, 1 estabelecimento de gestão central, 3 clínicas/centros de especialidades, 1 farmácia central, 1 policlínica, 2 unidades de pronto atendimento, 1 pronto socorro especializado (desativado em 2011), 1 pronto socorro geral, 1 unidade de apoio diagnóstico, 1 unidade de vigilância em saúde, 6 unidades móveis de nível pré hospitalar na área de urgência e 2 unidades móveis terrestres (1 odontologia e 1 ginecologia). Em natureza de administração pública a nível estadual, possui 1 hospital especializado. A Figura 2 representa, em gráfico, a quantidade de estabelecimentos de saúde cadastrados:

Figura 2 – Estabelecimento de saúde cadastrados com gestão pública municipal de 2002 a 2017



Fonte dos Dados: CNES

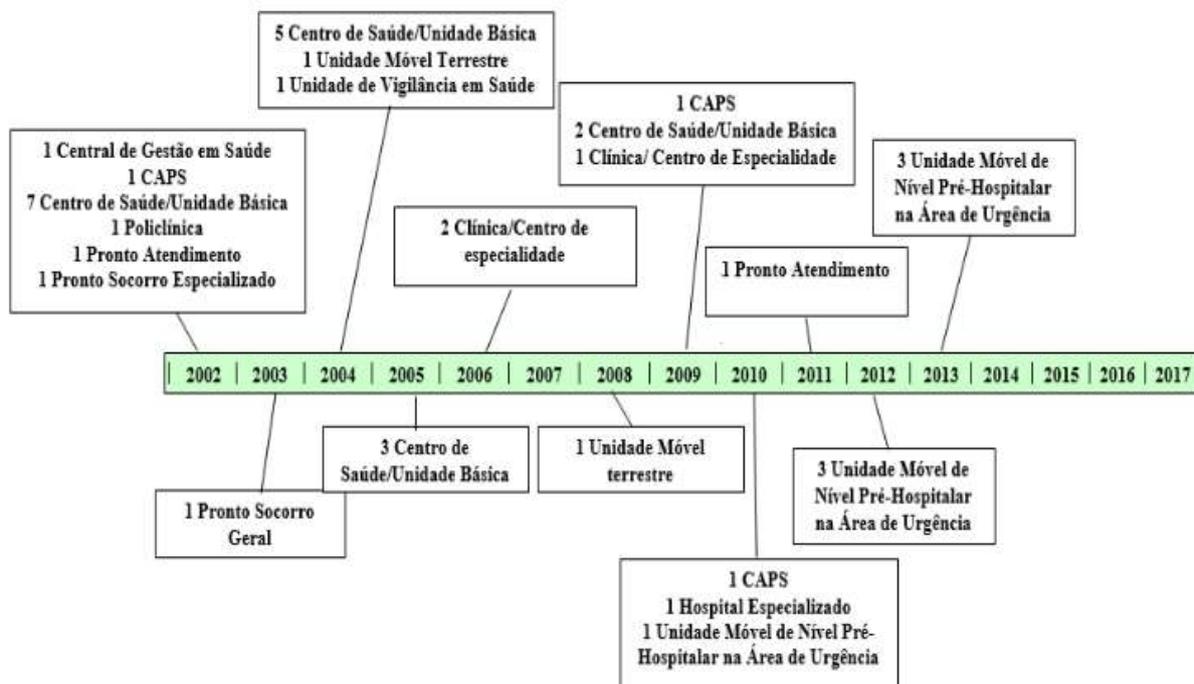
Organização: dos autores

A origem dos registros se inicia em 2002 e até o fim da primeira década foram registrados 33 estabelecimentos de saúde. De 2011 até 2019, completa-se mais 8 estabelecimentos de saúde com os tipos de estabelecimento como farmácia (1), unidade de apoio e diagnóstico (1), unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência (5) e pronto atendimento (1). Todo o restante dos estabelecimentos de saúde de natureza pública foi registrado até 2010, concentrando principalmente a implementação de serviços da atenção básica.

Há ainda 5 entidades sem fins lucrativos cadastradas, sendo uma desativada em 2018 por se tornar de natureza privada. Do restante ativo, 1 faz atendimento ao SUS e se identificam como associações beneficentes. Há ainda 25 estabelecimentos de natureza entidades empresariais que já atenderam ou atendem ao SUS, estando 7 desativadas e 18 ativas. Dessa última classe listada, chama-se atenção para a presença majoritária de estabelecimentos de apoio diagnóstico, clínicas/centro de especialidade e policlínica, proporção inversa da administração pública.

Para completar o levantamento com os estabelecimentos que não fazem atendimento ao SUS, há 100 estabelecimentos de natureza pessoa física, em maior parte consultórios particulares, 3 unidades de natureza entidades sem fins lucrativos e 150 unidades de natureza entidades empresariais. A Figura 3 representa uma linha do tempo de implementação dos serviços de administração pública de acordo com o ano registrado no CNES:

Figura 3 - Linha histórica de implementação dos estabelecimentos de saúde, de 2002 a 2017.



Fonte dos Dados: CNES

Organização/Elaboração: dos autores

A exposição da implementação em ordem cronológica ilustra os serviços de saúde dispostos no município de estudo e a criação majoritária da rede de serviços até 2010. Nesse período, houve o incremento de serviços de todas as complexidades na rede de atenção em saúde já registradas com a expansão de um pronto atendimento e unidades móveis pré-hospitalares na área de urgência a partir de 2010 e sem efetivação de novas unidades de saúde com administração direta depois de 2013.

3.1 COBERTURA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Tabela 1 representa o ano e seus respectivo período, a estimativa de cobertura da ESF e da Atenção Básica em porcentagem, número absoluto de equipes cadastradas no município:

Tabela 1 – Cobertura da ESF e da Atenção Básica em SJM de 2015 a 2017

Ano	Período	Número de equipes	Cobertura da ESF (%)	Cobertura da AB (%)
2015	Janeiro	44	32,95	39,79
	Dezembro	46	34,45	40,72
2016	Janeiro	45	33,70	39,98
	Dezembro	42	31,46	37,19
2017	Janeiro	42	31,46	36,76
	Dezembro	65	48,69	53,91

Fonte dos Dados: Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica no Excel.

Dentro das 17 unidades básicas e/ou centros de saúde, unidades com equipes da atenção básica e equipes da ESF, cabe o levantamento ao decorrer dos anos das respectivas coberturas de atuação. Em 2015, a partir de consulta do e-Gestor Atenção Básica, plataforma do Ministério da Saúde, e na competência de janeiro, o município contava com 44 equipes de ESF com cobertura de 32,95% e 39,79 de atenção básica. Ocorreu introdução de 2 equipes da ESF na competência de dezembro de 2015 com 34,45% de cobertura e 40,72% de cobertura da atenção básica.

Já em 2016, a competência de janeiro já apresentou uma equipe a menos e consequente queda de cobertura de ESF com 33,70% e de 39,98% de atenção básica. No fim do ano, registrou a perda de 3 equipes com respectiva cobertura de ESF de 31,46% e de 37,19% na atenção básica. Portanto, um movimento de encolhimento comparado ao ano anterior, registrando um decréscimo maior que o crescimento no ano anterior.

No ano seguinte, 2017, apenas a cobertura da atenção básica em janeiro foi alterada com 36,76% de cobertura com incremento de equipes durante todo o ano. Em dezembro o aumento se deu em 23 equipes comparado a janeiro, com 65 equipes de ESF e 48,69% de cobertura e 53,97% de cobertura da atenção básica. Ou seja, de 2015 a 2017, ocorreu um aumento de 21 equipes, de 44 para 65 equipes, e respectivo aumento de cobertura da ESF de 15,75%, de 32,95% para 48,69%.

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, integrante da Estratégia em Saúde da Família, teve um crescimento de 10,51% de cobertura nos anos de 2015 a 2017 no município de estudo, também segundo consulta do e-Gestor Atenção Básica. Em 2015, registrou cobertura de 58,04% e 465 ACS identificados na competência de dezembro e, já no ano seguinte, com cobertura de 55,55% e 445 identificados. Não houve alteração durante todo o ano de 2016, sem acréscimo ou decréscimo de agentes comunitários de saúde em todas as unidades básicas de saúde do município, mesmo com o movimento de encolhimento

de cobertura da ESF já identificado no estudo. A Tabela 2 representa os achados da cobertura dos ACS:

Tabela 2 – Número absoluto e cobertura relativa dos ACS em SJM de 2015 a 2016

Ano	Período	Número de ACS	Cobertura dos ACS(%)
2015	Janeiro	458	57,16
	Dezembro	465	58,04
2016	Janeiro	445	55,55
	Dezembro	445	55,55
2017	Janeiro	454	56,68
	Dezembro	542	67,67

Fonte dos Dados: Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Organização/Elaboração: dos autores

O ano seguinte registrou maior variação e maior cobertura de agentes comunitários de saúde nas equipes da ESF, com o aumento de 454 em janeiro para 542 agentes e cobertura respectiva de 56,68 e 67,67%, compatível com o movimento do aumento de equipes de estratégia de saúde da família e respectivas coberturas, como já citado no estudo.

Toda o aumento de cobertura relativa da ESF e da AB, seja pelo incremento de novas equipes e dos ACS, ocorreu sem a criação de novas unidades, ilustrado na linha do tempo da Figura 3, apenas pelo aumento territorial das unidades já criadas. As estruturas apenas são cabíveis de reformas e/ou expansão e acomodação de novos profissionais de saúde com a expansão da cobertura a partir da estrutura física já criada.

Ao analisar o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), o perfil das morbidades que foram motivos de internação de moradores São João de Meriti em 2015, como principal registrou a gravidez, parto e puerpério, sendo responsável por 29,44% do total de internações nos serviços de saúde do SUS. Em segundo, registra-se o capítulo de neoplasias, seguinte por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório. Nos dois anos seguintes, as internações provenientes lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas aparece como segundo mais frequente, alternando as posições do quarto e quinto lugar, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestório.

Já ao analisar o perfil de morbidades de internações nos serviços de São João de Meriti no SIHSUS, apenas o local da internação sem especificar se morador ou não, a

gravidez, parto e puerpério representa mais de 50% das causas de internação no município durante os anos. Entretanto, diferente do levantamento anterior, onde se considera o local de residência, as morbidades das internações foram diferentes em sua maior frequência, como algumas afecções originadas no período perinatal, sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratoriais e algumas doenças infecciosas e parasitárias aparecem como mais frequentes motivos nas internações na rede de serviços de São João de Meriti.

Ao abordar a mortalidade de indivíduos com residência do município de estudo, através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), constata-se em 2010 a maior presença de causas de doenças do aparelho circulatório, seguido de sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratoriais, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas de morbidade e mortalidade. Já em 2015 e 2016, as neoplasias aparecem como segundo mais frequente, seguido de doenças do aparelho respiratório, sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratoriais e causas externas. Em 2017 o capítulo de sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratoriais se torna mais frequentes e ocupa o terceiro maior causador de mortalidade, tornando as doenças respiratórias em quarto.

Ao explorar as causas do capítulo sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratoriais, 95,7%, de 2010 a 2018, correspondem a sintomas, sinais e achados anormais, exceto morte súbita na infância, onde não há proximidade de qualquer informação sobre alteração ali identificada na causa da morte. Exclui-se até de qual sistema a doença e/ou o sinal anormal identificado faz parte, podendo, ao ser identificado, classificar como doença do aparelho circulatório mal definida, por exemplo. A proporção segue expressivamente nos anos seguintes, incluindo o no recorte temporal do estudo.

4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, RJ

4.1 DADOS GERAIS

Foram identificados e analisados inicialmente os dados gerais contidos na notificação de TB, uns campos classificados como obrigatórios e outros apenas essenciais cabíveis de não preenchimento. Um campo obrigatório da ficha de notificação é a identificação do sexo com opções de “masculino”, “feminino” ou “ignorado”. Em 2015, dos casos notificados, 61,08% eram do sexo masculino e 38,92% eram do sexo feminino. Já no ano seguinte, o registro do “ignorado” aparece em 0,27%, do total de casos, além de 63,07% masculino e 36,66% feminino. Em 2017, a apresentação se assemelha com o ano anterior, com 0,22% de ignorado, 62,05% masculino e 37,75% feminino.

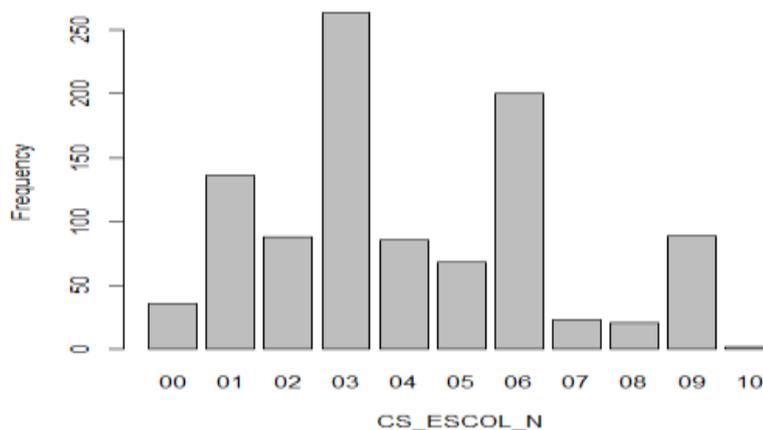
Portanto, nos anos do estudo, a notificação do sexo masculino foi mais frequente seguindo percentagem semelhante com o aparecimento do sexo “ignorado” nos dois últimos anos do recorte. Logo, o ignorado representou 0,16%, 62,03% masculino e 37,80% feminino ao agregar os casos nos anos.

Ao lançar olhares para estudos já publicados com maior recorte temporal em diversas regiões do Brasil, aparecem achados próximos ao município de estudo com acometimento mais significativo da TB no sexo masculino. Oliveira et al. (2010) traça o perfil epidemiológico do Nordeste com o maior aparecimento da TB no sexo masculino em quase todas as faixas etárias, apenas o sexo feminino se torna maior na faixa etária de 10 a 14 anos. Em Teresina, por Coelho et al. (2010), a porcentagem no sexo masculino foi de 64% em relação ao total de notificações, semelhante ao achado no atual estudo. E, Prado et al. (2008), destaca o sexo masculino de 56% de profissionais de saúde notificados com TB em um Hospital no Espírito Santo.

Zagmignan et al. (2014), ao também apresentar maior incidência de TB no sexo masculino no Estado de Maranhão, sugere que os homens procuram menos os serviços de saúde e, também associado a maior uso de álcool e a hábito do fumo, causaria maior acometimento de TB nessa população.

O campo escolaridade já é essencial e não obrigatório, pode ser não preenchido e ignorado. Vale salientar que a não identificação da escolaridade ocupa um impacto relevante, já que 8,79% dos campos registrados foram registrados como ignorado, 0,20% como “não se aplica”, além de ter sido deixado em branco em 17,84% do total dos casos notificados. Os resultados são apresentados na Figura 3:

Figura 4 – Frequência absoluta das escolaridades dos usuários notificados com TB



Fonte dos Dados: SINAN

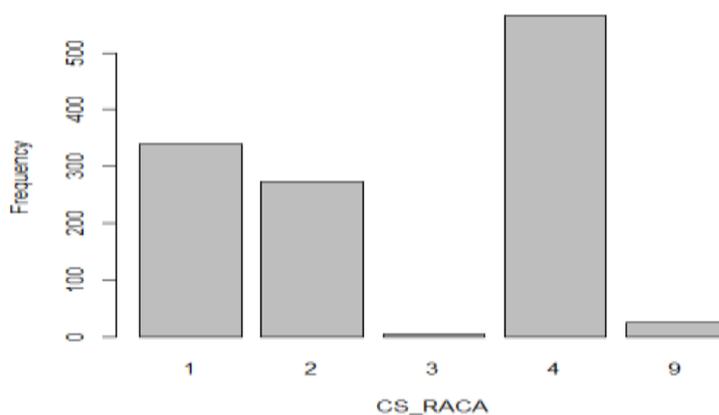
Organização/Elaboração: dos autores

O nível de escolaridade é identificado por números onde são classificados de acordo com legenda na ficha de notificação. O “0” representa analfabeto, 1 representa até 4ª série incompleta, 2 representa até 4ª completa, 3 representa da 5ª a 8ª série incompleta, 4 representa ensino fundamental completo, 5 representa ensino médio incompleto, 6 representa ensino médio completo, 7 representa ensino superior incompleto, 8 representa ensino superior completo, 9 representa ignorado e 10 não se aplica.

Dos campos preenchidos, 26,06% se apresentaram com a escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta, 19,74% com ensino médio completo e 13,43% com até a 4ª série incompleta. Vale salientar os extremos, onde apenas 2,07% possuíam ensino superior completo e 3,55% eram analfabetos. A baixa escolaridade é apontada como um dos principais determinantes sociais associados a apresentação da TB, associado a pobreza, densidade demográfica, dificuldade do acesso aos serviços de saúde, densidade demográfica, entre outros (BRASIL, 2019c)

A raça/cor é outro campo presente na ficha de notificação com preenchimento obrigatório, mesmo o banco de dados sinalizando o não preenchimento em 0,16% do total. A Figura 5 representa os achados:

Figura 5 – Frequência da cor/raça dos usuários notificados com TB



Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica no RStudio

O número 1 representa a cor/raça branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 indígena e 9 ignorado. Não houve o registro da raça/cor indígena. A raça/cor parda representou 46,78% do total, a branca 28,10%, a preta 22,56%, amarela 0,41% e 2,15% foi registrado como ignorado.

4.2 INDICADORES DE SAÚDE

4.2.1 INCIDÊNCIA

A taxa de incidência de tuberculose é definida como “número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas – códigos A15 a A19 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (OPAS, 2008). Portanto, sua interpretação avalia o risco de contaminação e manifestação da doença em determinado período de tempo de uma população específica e a relação dos fatores de vivacidade da doença no território (OPAS, 2008).

A notificação da tuberculose é obrigatória quando o caso é confirmado, seja por critério clínico e/ou laboratorial, e de responsabilidade do serviço de saúde público ou privada que o identificou (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019c). A suspeita, a partir de classificação de risco e/ou sintomatologia, deve ser investigada até a confirmação ou exclusão do diagnóstico.

O coeficiente de incidência de tuberculose é considerado um dos indicadores mais importantes de morbidade incluídos nas estratégias de monitoramento e avaliação de qualidade dos serviços de saúde dos municípios (BRASIL, 2019c). O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, criado em 2017 planeja uma redução

maior da incidência da doença até 2035, chegando a menos de 10 casos a cada 100 mil habitantes a partir também dos indicadores que se associam com a incidência de tuberculose, sendo eles o aumento da cobertura da ESF, diminuição do coeficiente de aids para 10 casos a cada 100 mil habitantes e realização de TDO em até 90% (BRASIL, 2017b).

A taxa de incidência de tuberculose no município de estudo foi de 76,2 casos, 67,7 casos e 78,8 casos, a cada 100 mil habitantes de 2015 a 2017, respectivamente. As informações comparadas a nível nacional chamam atenção pela disparidade: o Brasil, em 2015 e 2016, possuía uma incidência de próximo a 34 casos e 32,4 casos a cada 100 mil habitantes, respectivamente. No Estado do Rio de Janeiro, em 2016, a incidência era de 61,2 e possui uma diversidade ampla entre os municípios pertencentes, de acordo com as particularidades de cada território (BRASIL, 2017b).

Tal achado também é compatível com um estudo de indicadores de doenças infectocontagiosas em algumas grandes cidades metropolitanas, onde constata-se a alta incidência de regiões metropolitanas em comparação com a média nacional, como em Porto Alegre, em 2014, uma incidência de 99,3 casos a cada 100 mil habitantes e Recife com 98 casos a cada 100 mil habitantes, além de redução da incidência menos expressiva à média brasileira (SEGURADO; CASSENOTE; LUNA, 2016).

Retornando ao cenário de estudo, em 2015 foram registrados 351 casos novos da doença no município de São João de Meriti, o que representa 86,45% do total de casos (406). Já no ano seguinte, os 312 casos novos corresponderam a 84% de todos os casos (371) e, em 2017, os 363 casos novos representaram 80,13% do total de casos (453) casos registrados. Nota-se, então, uma maior diversidade no tipo de entrada dos casos diagnosticados, seja pela qualificação e/ou orientações no preenchimento da ficha de notificação. Afinal, a classificação no tipo de entrada norteia ações clínicas, programáticas e de vinculação durante o acompanhamento.

4.2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TIPOS DE ENTRADA

Os casos de tuberculose podem ser caracterizados como um “caso novo”, “recidiva”, “reingresso pós abandono”, “não sabe”, “transferência” e “pós-óbito”, já definidos na metodologia do estudo. A identificação e a classificação correta do caso é essencial para toda o acompanhamento feito por profissionais de saúde, onde aspectos subjetivos e clínicos são singulares de acordo com o tipo de entrada. A Tabela 3 apresenta as proporções, em relação ao total anual de notificações, tipos de entrada ao longo do tempo:

Tabela 3 – Proporções dos tipos de entrada nas notificações de TB de 2015 a 2017 em SJM

Ano	Caso Novo	RR	RA	T	NS
2015	86,45%	5,66%	3,94%	3,69%	0,24%
2016	84,09%	1,88%	6,46%	7%	0,53%
2017	80,13%	4,63%	3,75%	10,59%	0,88%

Sendo, RR = recidiva, RA= reingresso pós abandono, T= transferência, NS= não sabe

Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores

Determinando as características dos tipos de entrada dos casos notificados, observa-se que os casos novos possuem maior expressividade como tipo de entrada e, ao passar dos anos, reduz o percentual dos casos. Em 2015, foram notificados 351 casos novos, 39 retratamentos, sendo 23 recidivas e 16 reingressos após abandono, 15 transferências e 1 registrado sem informações prévias.

Já no ano de 2016, foram registrados 312 casos novos, 31 retratamentos, sendo 7 recidivas e 24 reingressos após abandono, 26 transferências e 2 como “não sabe”. No ano seguinte, 363 casos foram classificados como novos, 38 retratamentos, sendo 21 recidivas e 17 reingressos após abandono, 48 transferências e 4 sem informações prévias.

Observa-se uma diminuição na concentração dos casos novos e o aumento do aparecimento, de forma proporcional ao número total de casos, das transferências e dos casos sem registro prévio. Os casos de retratamento sofreram variações atípicas com aumento e diminuição durante os anos, sem um padrão aparente.

Vale ressaltar que no ano com maior incidência e maior número de casos da doença, 2017, também registrou maior quantidade de entrada como transferência. Uma qualificação no registro da ficha de notificação com maior diversidade dos casos atendidos pelo município de estudo, onde os encaminhamentos de referência e contrarreferência devem ser registrados também a partir da ficha de notificação. Além disso, uma das rotinas de qualificação das informações no SINAN para a diminuição de duplicidades e não influencia no cálculo incorretos de indicadores, é a vinculação dos casos que foram transferidos, onde a notificação de origem é somada a de destino e os dados são somados integralmente (BRASIL, 2019e).

Logo, há influência das inconformidades e duplicidades nas incidências de todos os Estados do Brasil, onde se projeta uma incidência menor em 8,4% em 2004 com o método de análise. Leva-se em consideração que as rotinas de vinculação de usuários transferidos não são realizadas de forma automática, necessitando da identificação de um profissional que exige trato com a tuberculose e os respectivos conceitos envolvidos. (BIERRENBACH et al, 2007).

A Tabela 4 apresenta a relação entre meses dos anos e a quantidade de notificações:

Tabela 4 – Quantidade de notificações de TB por meses de 2015 a 2017 em SJM

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2015	40	32	31	22	33	37	41	33	34	39	31	33
2016	28	32	28	44	29	36	34	27	28	26	26	33
2017	42	30	52	29	37	52	31	32	34	33	41	40

Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores

Em 2015, a média de casos notificados por mês foi 33,833 e mediana de 41, sendo o número mínimo de 22 notificações em abril e máximo de 41 notificação em julho. Em 2016, foram 30,916 notificações em média por mês e mediana de 44, sendo 44 notificações em abril como máximo e 26 em outubro como número mínimo. Em 2017, foram 37,75 notificações em média por mês e mediana de 52, sendo 52 notificações em março o máximo e 29 notificações em abril o mínimo.

Vale constar que não há nenhum padrão de notificação pelos meses decorrentes dos anos, variam aleatoriamente com os meses no recorte temporal estudado. O ano com maior variação entre o mês com maior número de notificações (junho de 2017) e o mês com menor número de notificações (abril de 2017) também foi o ano com o maior número de casos no total.

A Tabela 5 apresenta o número de casos de notificações de reingressos após abandono e encerramentos como abandono separados pelos meses do ano.

Tabela 5 – Relação entrada por reingresso após abandono e saída como abandono de 2015 a 2017 em SJM

Ano	Abandono	Jan- Mar	Abril- Jun	Jul- Set	Out- Dez	Média (meses)	Mediana (meses)	Máx (meses)	Min (meses)
2015	Entrada	5	4	3	4	1,33	1,5	3	0
	Saída	3	14	24	19	5	5	9	0
2016	Entrada	8	5	6	5	2	2	4	0
	Saída	5	12	23	21	5,08	5	11	0
2017	Entrada	4	5	3	5	1,42	1	3	0
	Saída	4	24	18	20	5,5	5,5	11	0

Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores, através da técnica do Excel

Ao analisar a quantidade de casos de reingresso após abandono notificados relacionando com o mês correspondente, a média correspondente dos anos é de 1,333 casos e de mediana de 1,5 casos por mês em 2015, 2 casos de média e mediana por mês em 2016 e 1,414 casos de média por mês e 1 de mediana em 2017. A variação é mínima entre os meses, já que a maior quantidade de casos de reingresso pós abandono foi de 4 casos em março e julho de 2016.

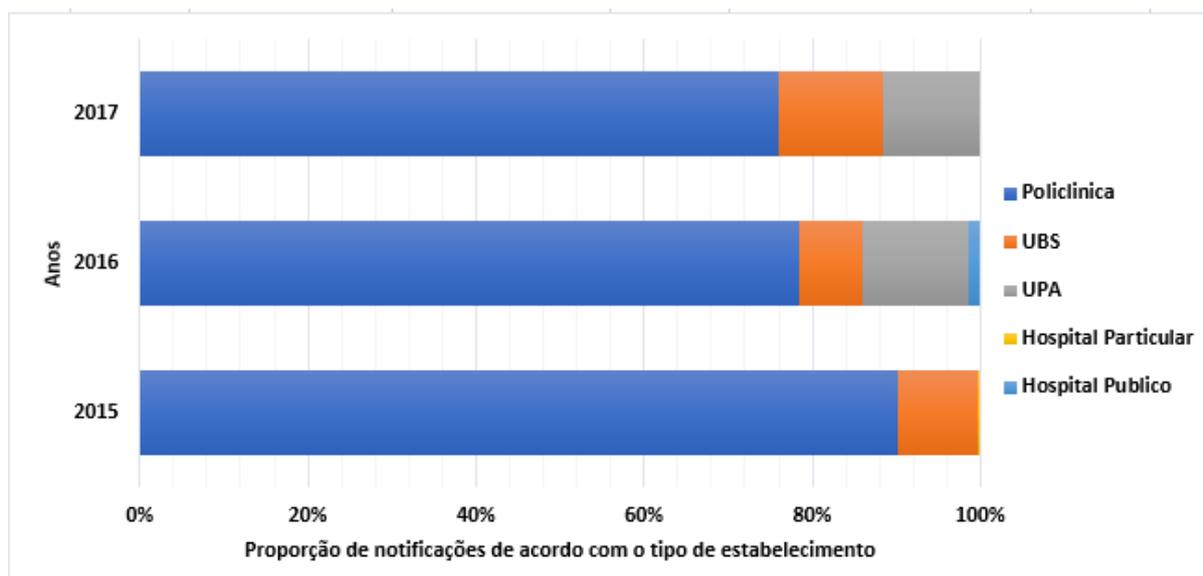
E, ao tabular as saídas como abandono, seja primário e/ou não, indica-se uma média e mediana de 5 abandonos por mês em 2015, 5,03 abandonos média e 5 de mediana por mês em 2016 e 5,5 abandonos por mês de média e mediana em 2017. Uma característica observada é que os 3 primeiros meses dos anos do estudo registraram quantidade de abandonos inferiores à média, além do segundo semestre representar mais que o dobro de abandonos no ano de 2015 e 2016, e em 2017 apresentar 10 abandonos a mais que o primeiro semestre. No primeiro semestre de 2015 e 2016 foram registrados 17 abandonos e 43 e 44 abandonos no segundo semestre, respectivamente. Já no ano de 2017, foram registrados 28 abandonos no primeiro semestre e 38 abandonos no segundo semestre, um aumento de 35% em relação aos semestres.

O indivíduo que abandona um tratamento deve ser notificado como reingresso pós abandono no novo acompanhamento e, ao relacionar os dados acima, identifica-se que a média de abandono é sempre superior a possível volta deste usuário. No ano com maior número de notificações no total, 2017, foram necessários 4 abandonos para 1 retorno de tratamento e expõe a dificuldade em desfechos positivos nos acompanhamentos.

4.2.3 UNIDADES DE SAÚDE NOTIFICADORAS

A ficha de notificação compulsória possui campo específico e obrigatório para a identificação da unidade de saúde ou fonte notificadora e seu respectivo código, número registrado no CNES. Os dados pessoais, clínicos e laboratoriais e informações sobre o tratamento contidos no instrumento devem ser preenchidos na unidade notificante e encaminhado para o primeiro nível informatizado (BRASIL, 2019c). A Figura 6 representa a origem das notificações:

Figura 6 – Proporção de notificações, em relação ao total do ano, de acordo com cada tipo de estabelecimento de 2015 a 2017 em SJM



Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores

Em 2015, de todos os casos de tuberculose, 90,15% foram notificados pela referência secundária, 9,61% por unidades de atenção básica e 0,25% por uma unidade terciária particular. Desmembrando em número absolutos, 11 centros de saúde/unidades básicas notificam algum caso de tuberculose com média de 3,54 casos por unidade, máximo de 8 casos e mínima de 1. Já, o serviço de saúde classificado como policlínica, a referência secundária, notificou 366 casos e um hospital geral particular notificou apenas um caso.

Já em 2016, as notificações partiram 78,44% da referência secundária, 7,55% das unidades de atenção básica, 12,67% das unidades de pronto atendimento e 1,35% de uma unidade terciária pública. Houve a mesma quantidade de centros de saúde/unidades básicas notificando algum caso de tuberculose não representando necessariamente os mesmos serviços, onde 2 foram substituídos. A média notificada foi de 2,44 casos com máximo de 5 casos e mínimo 1 caso. A referência secundária notificou 291 casos e, diferente do outro ano, foram acrescentadas notificações de unidades de 2 serviços de tipo de pronto atendimento com um concentrando 46 casos e o outro um caso. Houve, também de forma distinta ao ano anterior, a presença de 5 notificações de um hospital especializado com gestão estadual.

No ano seguinte, 75,94% das notificações foram da referência secundária, 12,36% das unidades básicas e 11,70% nas unidades de pronto atendimento. Em 12 centros de saúde/unidades de saúde notificaram pelo menos um caso de tuberculose com média de 4,3 casos, máximo de 9 casos e mínimo de 1 caso. Houve o acréscimo de uma unidade que não havia notificado casos em nenhum dos anos anteriores. A referência secundária notificou 344 casos e os mesmos 2 prontos atendimentos notificaram 53 casos.

Logo, considerando os anos de 2015 a 2017, as notificações partiram 81,38% da referência secundária, 10% das unidades básicas, 8,13% das UPAS, 0,08% de um hospital particular e 0,41% de um hospital público. Nota-se que 10 serviços de saúde notificaram pelo menos um caso no em todos os anos do recorte do estudo e 4 serviços notificaram apenas em um ano, sendo dois serviços centros de saúde/unidades básicas, um hospital geral particular e um hospital especializado. Além disso, 5 serviços de saúde notificaram em dois anos consecutivos ou não, sendo 3 centros de saúde/unidades básicas e 2 prontos atendimentos.

Em comparação com o município do Rio de Janeiro, em boletim epidemiológico de 2008 a 2016, identifica-se a maior proporção de notificação de casos de tuberculose por unidades básicas para maiores de 15 anos, em 2015 com 62% e em 2016 com 76%. Há também a participação dos hospitais públicos em 35% e 21% em 2015 e 2016, respectivamente, hospitais privados com 3% em 2015 e 2016 e 1% em unidades prisionais em 2015 (RIO DE JANEIRO, [201-]). Identifica a diversidade da oferta dos serviços e de como a tuberculose é organizada nas diferentes redes municipais, onde apresenta-se uma diferença na porta de entrada preferencial dos casos e na sua forma de acompanhamento.

O acesso universal com qualidade e continuidade é definido como fundamento na Atenção Básica, sendo porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde com o combate à tuberculose sendo uma estratégia operacional necessária nos territórios no Brasil (BRASIL, 2006b). A Atenção Básica é o local indicado para o acompanhamento de casos novos e retratamentos sem resistência comprovada, em sua forma pulmonar sem complicações graves (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2019c), destacando as diferenças entre o acesso dos serviços e/ou cobertura e suas formas de trânsito e acolhimento nos serviços intramunicipais pelo Brasil. Destaca-se, portanto que:

Considera-se que a Atenção Básica – AB, em particular a Estratégia de Saúde da Família, seja hoje, no Brasil, a grande porta de entrada do paciente com TB. Parceria com a AB no sentido de integrar as ações de vigilância em saúde deve ser estimulada e priorizada pelos Programas de Controle da Tuberculose locais (BRASIL, 2011a).

Assim, os planos estratégicos do final da década de 1990 e início dos anos 2000 reforçavam a importância da Atenção Básica, expandindo a estratégia da dose supervisionada e a potência do acompanhamento dos usuários na atenção básica, já avaliando a implementação inicial da estratégia de dose supervisionada e a maior taxa de cura e menor de abandono em usuários acompanhados por DOTS comparados ao não DOTS (BRASIL, 2006a).

Outra política marcante para o desenvolvimento do SUS e a potencialização da Atenção Básica foi a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), onde cita o controle da tuberculose como função mínima pertencente aos serviços de Atenção Básica. As estratégias baseiam-se na identificação de sintomáticos respiratórios com exame clínico e bacteriológico, cadastramento e alimentação de sistemas de informações, acompanhamento com dose supervisionada para usuários bacilíferos, fornecimento de medicamentos, busca de faltosos, atendimento a intercorrências, identificação e exame de contatos, ações educativas, quimioprofilaxia e vacinação com BCG (BRASIL, 2002).

Aparece ainda a baciloscopia direta, exame bacteriológico para diagnóstico de tuberculose e hanseníase e baciloscopia de controle do tratamento de tuberculose, inserida no elenco mínimo de procedimentos ambulatoriais de média complexidade nos municípios (BRASIL, 2002). Em estudo recente a baciloscopia e a cultura ainda se mostram como padrão ouro para controle de tratamento medicamentoso e em casos de retratamento, apesar da implementação e expansão da realização do teste rápido molecular (COSTA; SILVA; GONÇALVES, 2018).

Maciel et al. (2018) ao reunir aspectos que levaram aos cumprimentos das metas de redução da mortalidade e da taxa de incidência de tuberculose pactuada como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, evidencia a participação a expansão da ESF e do tratamento diretamente observável (TDO). A implementação da ESF ocorre de forma singular nos territórios e a apresentação relativa da cobertura revela que em outubro de 2017 o Brasil possuía 63,57%, o Estado do RJ possuía 57,02%, município do RJ possuía 63,66% e o município de São João de Meriti 41 possuía, 20%, segundo o E-Gestor.

A dificuldade de implementação na gestão da ESF é relatada e, ao comparar o município do Rio de Janeiro e outro município da Baixada Fluminense, expõe infraestrutura precária e remuneração insatisfatória, e também aponta uma dificuldade maior na aplicação e priorização do modelo no município da Baixada Fluminense (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015). Além disso, Campoy et al (2019) aponta uma associação positiva entre municípios com elevada cobertura da ESF e Agentes Comunitários de Saúde e melhor desempenho no controle da coinfeção TB e HIV, justamente pela estruturação da rede básica e sua função essencial e coordenadora.

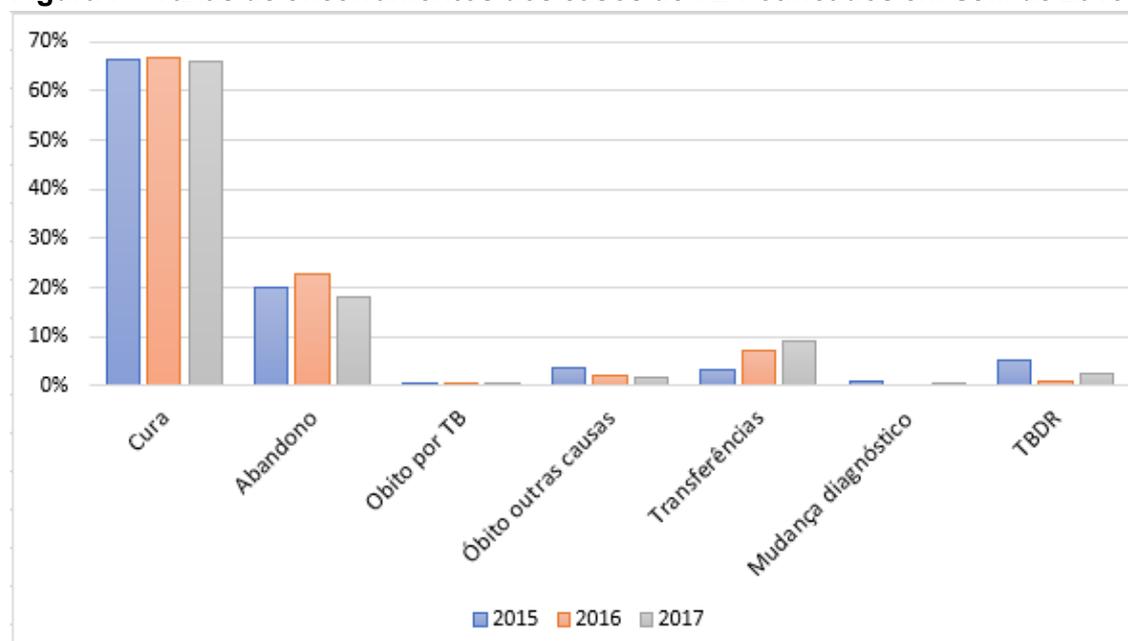
Ao relacionar a expressiva maioria de usuários com TB sendo notificado e acompanhado por um serviço tradicional, questiona-se muito mais do que o risco da interrupção do tratamento, há de se vislumbrar o modelo de atenção em saúde é implementado no serviço. O modelo biomédico possui dificuldade no alcance da integralidade e na integração do trabalho (FERTONANI et al. 2015) mitigar os fatores do abandono de tratamento, como baixa escolaridade, renda, acessibilidade, tratamento prévio, renda, entre

outros (FERREIRA et al. 2018), o que torna o replanejamento das ações e do processo do cuidado essencial nos serviços de saúde.

4.2.4 ENCERRAMENTOS

O indicador da proporção de casos de tuberculose curados é calculado com o número de casos de tuberculose encerrados com alta por cura sobre número total de casos de tuberculose notificados, em determinado tempo e em determinada população (BRASIL, 2011). No recorte temporal do estudo, o encerramento em que é decretado alta por cura não superou a proporção de 66,58% de todos os casos notificados em 2016, menor ainda em 2015 com 66,26% e 66% em 2017. Isso já antecipa a alta influência do abandono, caracterizado pela não tomada consecutiva em pelo menos 30 dias, registrado no ápice em 2016 com 22,91% do encerramento dos casos do ano, 19,95% em 2015 e 17,88%. A Figura 7 representa as taxas de encerramento:

Figura 7 – Taxas de encerramentos dos casos de TB notificados em SJM de 2015 a 2017



Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores

Já os encerramentos como transferências aumentaram com o passar dos anos, registrando 3,20% dos encerramentos em 2015, 7,01% em 2016 e 9,27% dos casos em 2017. A mudança de diagnóstico, encerramento passível quando o diagnóstico é alterado e seguido de exclusão do diagnóstico de tuberculose (BRASIL, 2011a), registrou apenas 0,99% em

2015 e 0,66% em 2017. Não houve a identificação de encerramento por falência e nem por mudança de esquema terapêutico nos anos do estudo.

O Brasil, de 2015 a 2017, registrou 71,9%, 73% e 71,4% de cura entre os casos novos com confirmação bacteriológica e 10,5%, 10,3% e 10,8% de abandono, com o Estado do Rio de Janeiro registrando 84%, 67,8% e 66,2% de cura e 4,1%, 12,1% e 12,6% dos mesmos indicadores, respectivamente (BRASIL 2017; BRASIL 2018; BRASIL, 2019).

O encerramento por identificação de resistência foi de 5,17% do total de casos em 2015, 1,07% em 2016 e 2,46% em 2017. Portanto, não apresentou maior registro nos períodos com maior prevalência e nem com os encerramentos por abandono.

As taxas de encerramento dos casos são indicadores que dimensionam o controle da tuberculose no território, onde a expectativa idealizada da OMS e reforçada pelo Pacto da Vida (BRASIL, 2006b) é de pelo menos 85% desfechos por cura, ao contraponto do abandono, falência e óbito (DALCOLMO, 2012). Evidencia, objetivamente e através de um indicador operacional, a complexidade dos acompanhamentos dos usuários nos diversos serviços de saúde, onde o abandono ao tratamento aparece como encerramento comum durante os anos.

4.2.5 REALIZAÇÃO DE TDO

Outro indicador, resultado das ações de implementadas para o enfrentamento e controle da tuberculose, é a proporção de casos de tuberculose que realizaram tratamento diretamente observado calculado com o número de casos de tuberculose que realizaram TDO sobre número de casos de tuberculose, em determinado período e em determinada população (BRASIL, 2011a).

Em 2015, a proporção dos usuários que realizaram TDO foi de 13% dos casos totais, 8% em 2016 e 4% em 2017. Houve, portanto, uma diminuição proporção da realização do TDO durante os anos do estudo. Outro importante aspecto para analisar é a qualidade do preenchimento desse campo no acompanhamento do usuário e, em 2015, a proporção de preenchimento desse campo de forma incorreta, em branco ou ignorado foi de 13% em 2015, 48% em 2016 e 32% em 2017, indicando mais uma vez que as inconformidades fazem parte do banco de dados e não podemos ignorá-las.

Explorando os casos em que foram registrados como realizado TDO, identifica-se um padrão não esperado nos dados extraídos. Em 2015 e 2016, a referência secundária realizou, respectivamente, 88,68% e 66% dos tratamentos supervisionados, enquanto todas as unidades básicas de saúde registraram 11,32% e 28% de TDO. Em 2017, o padrão se altera radicalmente com 72% dos tratamentos supervisionados e acompanhados nas unidades básicas de saúde e 28% na referência secundária.

Explorando a possibilidade da relação TDO e desfecho favorável, em 2015, dos que realizaram TDO durante o acompanhamento, 83,13% receberam alta por cura e apenas 1,88% de abandono. Nos anos seguintes, o encerramento se torna superior e registra 100% de alta por cura, sem qualquer outro encerramento durante os anos.

Questiona-se, portanto, a qualidade no preenchimento dos dados no acompanhamento de casos notificados pelas UBS e consequente informatização do campo “tratamento diretamente observado (TDO) realizado”. Quando se soma todos os casos notificados nas UBS nos três anos de estudo apenas 21,95% realizaram o TDO durante o acompanhamento realizado com o último ano representando 48,14% da porcentagem dos casos que realizaram o TDO.

E, problematizando mais o tema, já que estamos lidando com “o fazer” e informatização do campo TDO, o que é o objeto de análise nesse momento, discute-se a descentralização do tratamento e da desmembração dos processos da vigilância, onde o TDO é apenas um desses importantes processos e quão essencial é não enxergar e/ou institucionalizar como puros protocolos (JUNGES; BURILLE; TEDESCO, 2020) como:

O enfermeiro fica apenas responsável pela execução da certificação da tomada do comprimido e aqui, talvez, encontre-se o nó da questão quanto ao êxito do TDO e a resposta ao abandono do tratamento: não basta a descentralização do procedimento se não existe a responsabilização plena pelo acompanhamento e pelo cuidado por parte da atenção primária, na qual se dão as condições essenciais para a criação do vínculo (JUNGES; BURILLE; TEDESCO, p.9, 2020).

Há, invariavelmente, a limitação de análise de dados e suas possíveis incompatibilidades com o que é feito no dia a dia, no cotidiano dos profissionais de saúde e na produção do cuidado. Aqui, aponta-se a maior realização de dose supervisionada em dois anos de um serviço de referência, sem a presença de agentes comunitários de saúde e capilaridade nos diversos territórios de um município. A baixa de cobertura do TDO é por falta de qualificação do registro, da complexidade do acompanhamento dos usuários, sobrecarga dos profissionais e/ou complexidade da rede de serviços do município?

Em estudo recente Meirelles e Palha (2020), analisando a cobertura de TDO em municípios do Estado de São Paulo, não comprova a hipótese de que a cobertura estaria ligada proporcionalmente com o tamanho populacional do município, ao mostrar heterogeneidade de cobertura de TDO em municípios com mesma faixa populacional, sendo maiores ou menores. Não há linearidade e padronização que aponta baixa cobertura por uma população maior e que garanta a complexidade. Há também a constatação de que houve um crescimento na cobertura de TDO em apenas 57,6% dos municípios de 2006 a 2012 e

apontam a necessidade de olhar local, a partir da incorporação da contextualização política, econômica, social e de saúde para assim explorar o tema.

4.2.6 DURAÇÃO DO TRATAMENTO

Para dimensionar o tempo de tratamento, a partir da classificação do tipo de entrada e seu respectivo encerramento, diminuiu-se a data de encerramento com a data de início do tratamento. Foi calculado a média e mediana, considerando o número de casos filtrados e, para não influenciar, foram retirados os casos sem data de início e/ou final do tratamento que são inconformidades no banco de dados e como só tem data de início e/ou fim, não há um intervalo de dias de tratamento.

O esquema básico da TB é indicado para casos novos e retratamentos sem resistência programada por 6 meses, exceto na forma meningoencefálica (BRASIL, 2011a) e osteoarticular (BRASIL, 2019c) e pode ser prolongado a partir de critérios clínicos, bacteriológicos e/ou radiológicos (BRASIL, 2019c). O encurtamento do tratamento só é justificável a partir dos seguintes encerramentos: abandono, óbito, transferência, mudança de diagnóstico, TB-DR, mudança de esquema ou falência.

O tempo de tratamento, tanto em 2015 quanto em 2016, dos casos novos sem especificações de encerramento, foram mais duradouros dos que os outros, apresentando média de 6,61 meses e 6,79 meses, e mediana 6,73 meses e 6,96 meses nos respectivos anos. Já os retratamentos duraram menos que o mínimo de tempo esperado de um tratamento, com média de 5,92 meses em 2015 e apenas 4,2 meses em 2016, e mediana de 6,2 meses e 3,53 meses. Quando o retratamento é desmembrado, o reingresso após abandono possui média de 5,36 meses e mediana de 6,1 meses em 2015 e 3,57 meses de média e 2,13 meses de mediana em 2016.

Tal média de tratamento para os usuários com abandono no último acompanhamento é evidenciado pela alta chance de novo abandono, já que os casos com esse tipo de entrada e novo abandono duraram, em média, 1,57 meses em 2015 e 1,804 meses em 2016. Os casos novos se comportam como fator protetor, onde o abandono é tardio, apresentando médias de 4,77 meses e 3,4 meses e, 2015 e 2016, respectivamente.

Em 2017, o padrão se altera, já que os retratamentos independente da situação de encerramento duraram mais que os casos novos, média de 5,74 meses e 5,35 meses com medianas de 6,46 meses e 5,6 meses, respectivamente. O abandono foi caracterizado mais cedo em casos novos comparados ao de retratamento também, sendo 2,51 meses a média e 2,16 meses de mediana de tratamento do caso novo que abandona o tratamento e 4,1 meses e 2,566 meses de mediana os retratamentos que não receberam alta por cura.

4.2.7. ASSOCIAÇÃO E EFEITO DO TIPO DE ENTRADA NO ENCERRAMENTO

Ao analisar todo o recorte temporal do estudo, foram registrados 703 casos novos com alta por cura, 187 casos novos com alta por abandono, 29 casos de recidiva com alta por cura e 10 casos de recidiva com alta por abandono, 20 casos de reingresso pós abandono com alta por cura e 28 com alta por abandono.

Em seguida, foi aplicado o teste qui-quadrado com as variáveis tipo de entrada (variando entre caso novo, recidiva e reingresso pós abandono) e encerramento (variando entre cura e abandono). O valor do qui-quadrado foi de 35,166 e com p-valor de 0,00000002311 ($p < 0,01$), mostrando a associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Foi ajustado um modelo de regressão logística simples para avaliar o impacto da variável referente aos tipos de entrada (caso novo, recidiva e reingresso após abandono) sobre os tipos de encerramentos (cura e abandono). Para as estimativas geradas das razões de chances, considerou-se um Intervalo de Confiança (IC) de 95% e os resultados são ilustrados na Tabela 6.

Tabela 6 – OR da variável tipo de entrada, considerando o abandono como desfecho para a variável dependente

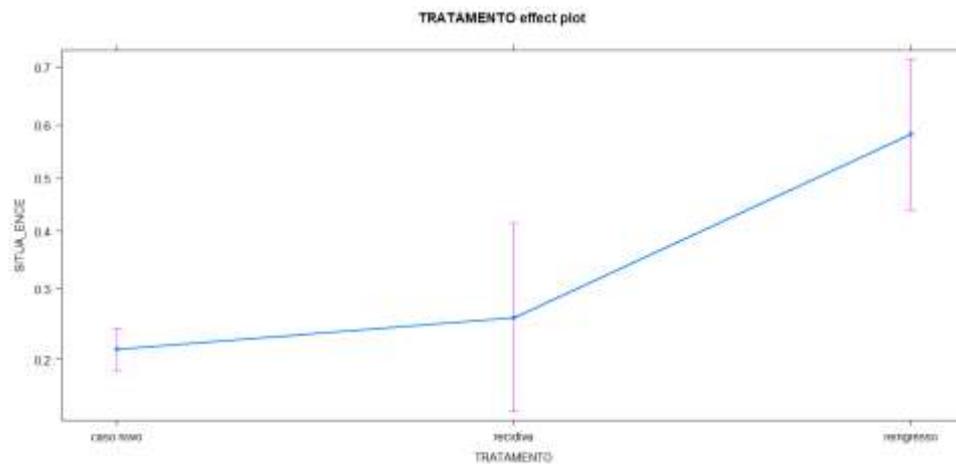
Variável	Categoria	n*	OR (IC 95%)
	Caso novo	190	1
Entrada	Recidiva	10	1,2758 (0,5819;2,5796)
	Reingresso após abandono	28	5,18** (2,8696;9,5155)

*tamanho da amostra em cada categoria **p-valor<0,001

A Tabela 6 mostra as razões de chance quando se considera o “abandono” como desfecho para a variável dependente, o encerramento. Quando a categoria “recidiva” é comparada à categoria de referência (caso novo), não mostrou significância estatística e observa-se OR = 1,2758, ou seja, a “recidiva” tem chance 27,58% maior do “caso novo” abandonar o tratamento em relação à cura. Já a categoria “reingresso após abandono” tem significância estatística ($p < 0,001$) e obteve OR=5,18, ou seja, com chance 5,18 vezes a chance de um usuário caso novo abandonar o tratamento.

A Figura 8, gráfico de efeito do tipo de entrada no abandono, mostra que a recidiva e o caso novo possuem diferença estatística com o reingresso pós abandono e sua interseção com o novo abandono, já apresentado anteriormente.

Figura 8 – Efeito do tipo de entrada (caso novo, recidiva e reingresso pós abandono) e novo abandono em usuários notificados com TB em SJM de 2015 a 2017



Vale deixar claro que o atual estudo não busca determinar algo tão complexo simplesmente pela caracterização do tipo de entrada e o desfecho, o processo multifatorial é inquestionável, seja a partir do olhar estatístico, da vivência e das ciências sociais e da saúde.

4.2.8. TESTAGEM DE HIV

Um outro indicador de qualidade no acompanhamento da doença é a realização do teste rápido de HIV, importante aspecto significativo da doença após os anos 80 (BRASIL, 2019). A proporção de casos de tuberculose testados para HIV deve considerar o numerador os casos notificados com resultado de teste para HIV pelo número total de notificações, em determinado período e em determinada população (BRASIL, 2011a).

Em 2015, a testagem foi realizada em 88,42% dos casos, com 7,88% com resultado positivo e 80,54% com resultado negativo. Logo, a porcentagem de não realização da testagem foi de 11,58% de todos os casos. No ano seguinte, a testagem foi menor, 82,48%, com conseqüente diminuição de resultados proporcionais de resultados positivos, apenas 6,20% e 76,28% de resultados negativos e a não realização superou 17,52% no ano.

Já em 2017, houve um aumento discreto de realização de testagem para HIV com registro 82,56% dos casos, sendo 5,30% positivos e 77,26% negativos e a não realização do testagem foi de 17,439% de todos os casos de tuberculose. A atenção é voltada para a quantidade de testes rápidos não realizados, expondo o não enfrentamento da co-infecção TB e HIV e a alta mortalidade de tuberculose. É necessário salientar que todos os indivíduos com tuberculose devem ser testados para a infecção do HIV, preferencialmente no ato de diagnóstico (BRASIL, 2019c).

Há, portanto, a possibilidade do cálculo da proporção de coinfeção TB/HIV, onde no numerador considera o número de casos novos com teste de HIV positivo sobre o número

total de casos novos notificados, em determinado período e determinada população (BRASIL, 2011). A proporção de coinfeção TB/HIV foi de 7% dos casos notificados em 2015, 6% em 2016 e 4% em 2017.

A proporção, a nível nacional, de casos novos de tuberculose com HIV foi de 12% em 2015, 11,5% em 2016 e 11,4% em 2017, acima em todos os anos da realidade do município estudado, e, cabe ainda reforçar, que em 41,9% dos casos novos diagnosticam a TB e o HIV concomitantemente nos 3 anos de estudo no Brasil, (BRASIL, 2019a). Evidencia ainda mais a importância da testagem de HIV no diagnóstico de TB e a investigação de tuberculose no diagnóstico de HIV, ações intersetoriais imprescindíveis nos municípios (BRASIL, 2019c).

4.2.9. CONTATOS EXAMINADOS

A identificação dos contatos do caso é campo obrigatório na ficha de notificação com desdobramento no acompanhamento, a partir de exclusão de doença ativa de acordo com idade e enquadramento clínico. O contato é definido como toda e qualquer pessoa com convivência em mesmo ambiente, no momento do diagnóstico com o caso índice, sem limitação ao domicílio (BRASIL, 2011a).

Estrategicamente, a avaliação do contato deve ser realizada fundamentalmente pela Atenção Básica e pode constatar a pessoa recém infectada pelo Bacilo de Koch, rompendo a possibilidade de manifestação da doença ativa nos próximos anos (BRASIL, 2019c). Assim, estabelece-se a priorização da avaliação dos contatos e a potencialização das atividades preventivas do enfrentamento à tuberculose.

A proporção de contatos de casos de tuberculose examinados entre os registrados, calculado com o numerador número de contatos examinados sobre número de contatos registrados, em determinado período e em determinada população é esperada em 100% (BRASIL, 2011a) justamente por sua importância.

No primeiro ano de estudo, 2015, foram identificados 868 dos casos diagnosticados com tuberculose com apenas 48,16% examinados durante o tratamento do caso índice. No ano posterior foram identificados 665 contatos e examinados 31,43% dos respectivos contatos e em 2017, 771 foram identificados e 397 examinados, correspondendo a 51,49%. Logo, em todo recorte temporal da análise, foram examinados apenas 44,44% dos contatos identificados, sendo 2304 identificados e 1024 examinados. Houve, portanto, uma variação na identificação dos contatos de casos notificados, primeira etapa da possibilidade de avaliação do contato, e também variação de investigar a possibilidade de infecção ou doença ativa nos respectivos contatos.

4.2.10 TAXA DE MORTALIDADE

A taxa de mortalidade por tuberculose, calculada considerando o número de óbito por tuberculose causa básica sob a população do território, em determinado período (BRASIL, 2011a), foi de 0,431 mortes a cada 100 mil habitantes em 2015; 0,217 mortes a cada 100 mil habitantes em 2016 e 0,434 mortes a cada 100 mil habitantes. O indicador estima o risco de morte por tuberculose e seu impacto como problema na saúde pública (BRASIL, 2011a).

Já quando calculamos a taxa de mortalidade por outras causas de usuários diagnosticados com tuberculose, considerando o número de mortes de usuários notificados com tuberculose com encerramento por mortes por outras causas sob a população do território (BRASIL, 2011a), apresenta um aumento considerável comparada a taxa de mortalidade por tuberculose. Vale ressaltar que a tuberculose aparece como causa associada, não como básica (BRASIL, 2019c) nesse tipo de classificação. Em 2015, a taxa foi de 3,256 mortes a cada 100 mil habitantes, 1,51 mortes a cada 100 mil habitantes em 2016 e 1,737 mortes a cada 100 mil habitantes, indicador com maior expressividade do que comparada a morte de tuberculose na causa básica.

4.2.11 DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL

Foram extraídas todas as informações provenientes das notificações, incluindo identificação, dados complementares, acompanhamento e encerramento dos casos de tuberculose registrados no SINAN nos anos 2015 a 2019. A extração ocorreu no dia 02 de agosto de 2019 em formato “*bdf*” e analisado no Excel de forma direta, sem pôr fim à duplicidades e inconsistências no banco de dados. Os erros fazem parte das informações transmitidas do âmbito municipal ao federal, compondo também com erros de digitação, erro de preenchimento e duplicidades importantes.

Optou-se por importar os dados na plataforma Google Maps através do arquivo “xmls” salvo pelo o Excel. A plataforma de localização possibilita selecionar as colunas que serão utilizadas na marcação geográfica e as que identificarão o local marcado. Sendo assim, selecionou-se as colunas “UF de notificação”, “ID do município”, “Nome do bairro”, “Nome logradouro”, “Número” e “Número do CEP” para a marcação no mapa e “Número da notificação” para a identificação do ponto.

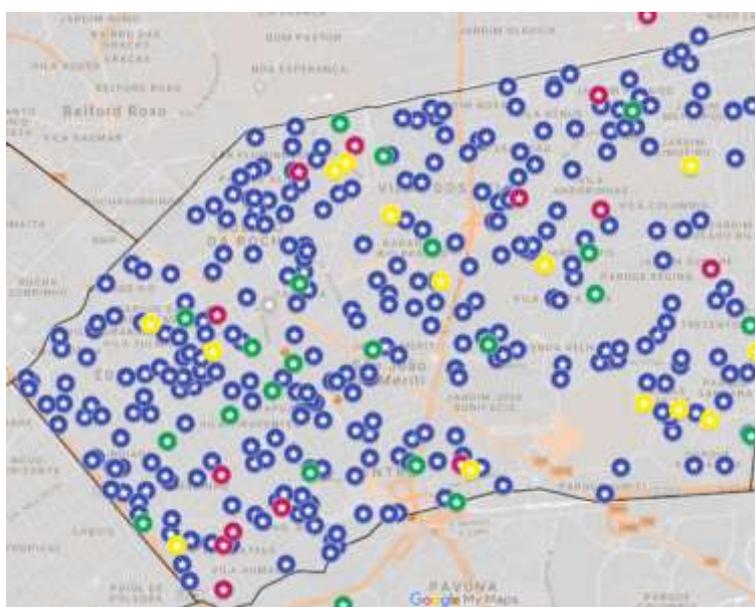
Para testar a aplicabilidade na plataforma, extraiu-se os dados de 2015 primeiramente. Em 2015, na primeira importação no total de 406 usuários, 107 não foram exibidos no mapa e outras dezenas foram postas fora do município de São João de Meriti, fora do estado do Rio de Janeiro e até fora do Brasil. Constatou-se que os códigos das

variáveis “UF de notificação” e “ID do município” não eram interpretados pela plataforma e foram substituídos por Rio de Janeiro e São João de Meriti, respectivamente, já que todas as notificações correspondiam ao estado e mesmo município. Na segunda importação, já com as alterações, 28 casos não foram mapeados e nenhum caso estava fora do Estado do Rio de Janeiro. Identificou-se que o banco de dados possuía diversos caracteres especiais que substituíram acentos por caracteres especiais e impediam a interpretação da plataforma de mapeamento. Os caracteres foram substituídos manualmente por caracteres simples sem alterar as localizações, seguido por nova importação.

Na terceira importação, 20 casos não foram mapeados e foram analisados individualmente para entendimento do que impossibilitava sua representação e visualização no mapa. Constatou-se a inexistência de endereços, pessoas em situação de rua identificadas por ponto de referência e outros logradouros que eram identificados em buscas, mas não foram marcados pela plataforma. Optou-se por desconsiderar os 20 casos não mapeados e outros 4 inseridos fora do município de São João de Meriti, visando a não influência das localizações e reconhecendo a limitação da plataforma e dos dados.

Após entendimento da importação dos dados na plataforma, separou-se os diferentes tipos de entrada e representados de forma singular no mapa. O tipo de entrada caso novo foi ilustrado com a cor roxa, a recidiva com a cor verde, o reingresso pós abandono pela cor vinho e transferência por amarelo. Logo, as estratégias de importação e de representação foram padronizadas e utilizadas para os próximos anos seguindo a metodologia elaborada. As Figuras 9, 10 e 11 representam os mapas:

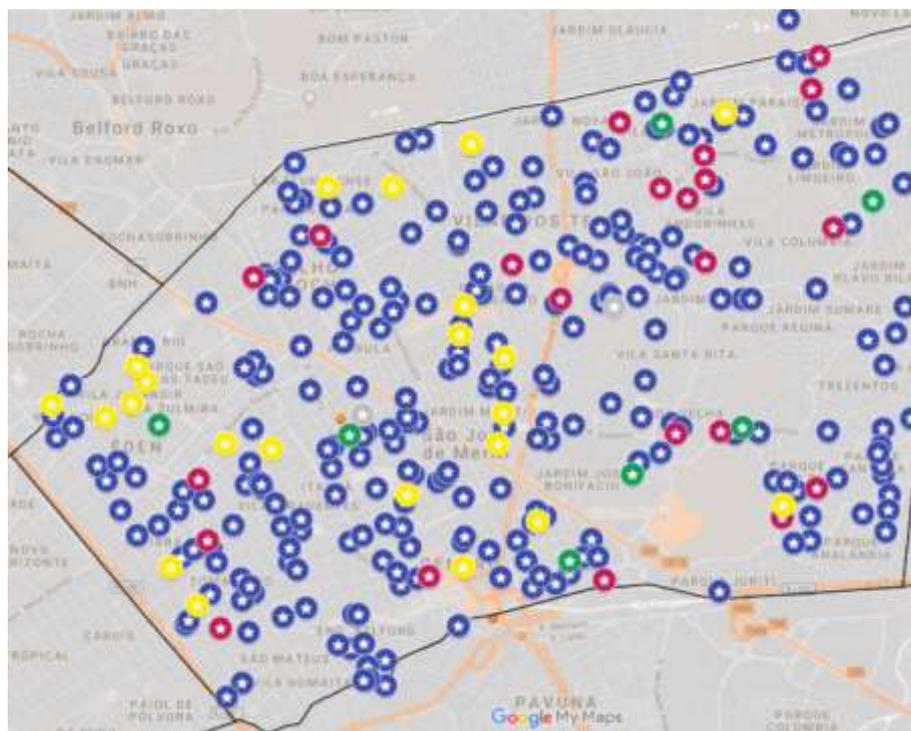
Figura 9 – Georreferenciamento dos casos de TB notificados em 2015 em SJM



Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica no Google Maps

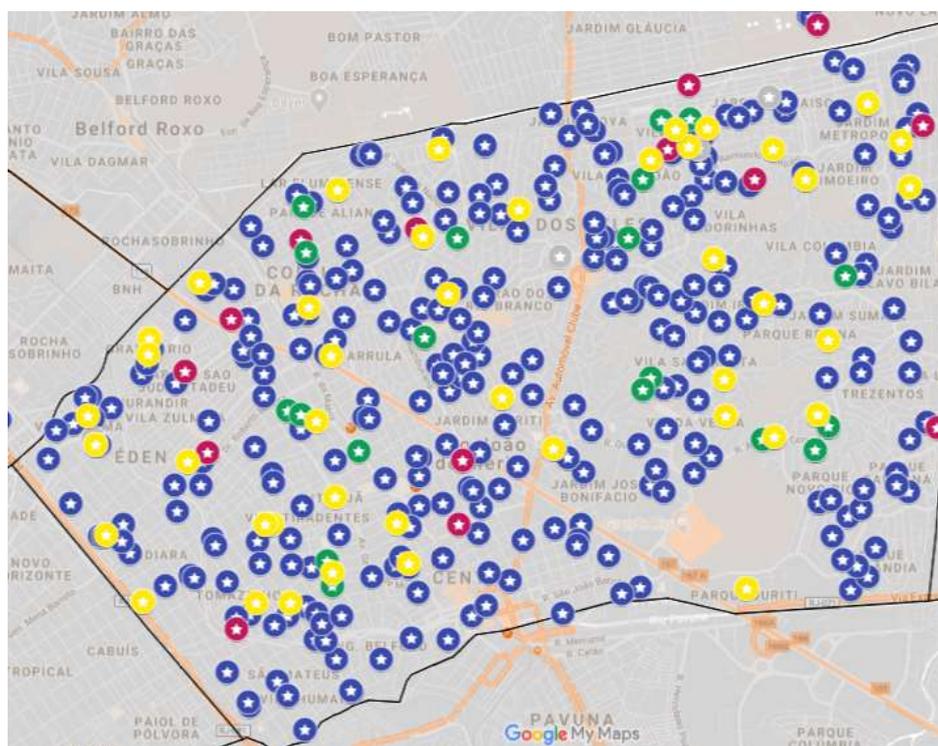
Figura 10 – Georreferenciamento dos casos de TB notificados em 2016 em SJM



Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica no Google Maps

Figura 11 – Georreferenciamento dos casos de TB notificados em 2017 em SJM



Fonte dos Dados: SINAN

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica no Google Maps

O georreferenciamento dos casos de TB limitou-se as respectivas representações gráficas e suas distribuições espaciais, em uma plataforma livre, nos endereços de residência preenchidos nas fichas de notificações, sem a proposta de apenas “localizar” o agravo/a doença. Materializa a entrada de casos com impacto visual em um território demarcado geograficamente e pode ser utilizado para relações entre a distribuição geográfica e as condições de vida, planejamento das ações municipais e na visibilidade da presença da doença.

Em experiência em georreferenciamento, utilizando a mesma plataforma, de óbitos do Rio de Janeiro, os resultados foram significativamente altos e após tratamento manual, obtiveram a perda de apenas de 8,2% dos endereços, com a consideração da plataforma ser gratuita e acessível, porém mais trabalhosa ao necessitar do trabalho manual dos endereços (SILVEIRA; OLIVEIRA; JUNGER, 2017). Já Magalhães, Matos e Medronho (2014) utilizaram os dados do SINAN para georreferenciar casos de TB do município do RJ e comparou duas ferramentas de georreferenciamento, com a do Google Maps resultando em melhor desempenho e se mostrando acessível para o objetivo proposto.

Queiroga et al (2012) estabelece a distribuição espacial da TB e condições de vida, em Campina Grande, com achados que sinalizaram distribuição heterogênea no município com concentração do aparecimento de casos novos em bairros com estratos piores de Índices de Condições de Vida, registrando uma incidência de 50,5 casos a cada 100 mil habitantes na pior condição, sem eximir de incidência de 40,4 casos a cada 100 mil habitantes na melhor condição. É, portanto, um instrumento importante no (re)planejamentos de ações em saúde no enfrentamento no controle da tuberculose, valorizando o aspecto geográfico e da manifestação da doença de acordo com a rede de serviços.

Em associação entre a apresentação dos casos e a densidade demográfica, Vicentin, Santo e Carvalho (2002) apontam que alto valor da densidade demográfica não significa invariavelmente em condições precárias de vida e não possui relação automática e relacional com a alto coeficiente de mortalidade por tuberculose, apresentando variações no município do Rio de Janeiro em seu estudo. No entanto, de acordo com Freitas (2014), o aumentar da densidade demográfica apresentou risco quatro vezes maior da manifestação da doença em Salvador, Bahia.

5. TRAJETÓRIA DE (DES)CUIDADOS A PARTIR DA ANÁLISE DE UM CASO TRAÇADOR

Inicialmente, foi necessário apontar uma unidade de saúde para selecionar um caso junto à equipe de saúde, onde o acompanhamento foi marcado por caminhos, escolhas, (des)cuidados, potências e fragilidades permeados pelas ações dos profissionais de saúde. A escolha da unidade de saúde partiu da identificação da unidade que durante o recorte do estudo apresentou a maior quantidade de casos, maior variedade de apresentações e inclusão da co-infecção HIV/TB. As composições das equipes também foram consideradas e a constatação da alta rotatividade dos profissionais de saúde da Atenção Básica, incluindo a ESF, foi um fator de forte influência, além da necessidade da materialização dos registros ou não registros nos prontuários.

Então, a unidade de saúde escolhida foi a policlínica, classificada como referência secundária, já que apresenta fatores favoráveis nos critérios escolhidos. O próximo passo foi um encontro com os profissionais atuais do setor para a apresentação do projeto, para a escolha do usuário, a partir da representação que ali se projeta. Assim, a partir de discussão coletiva, escolheu-se uma usuária para ilustrar uma trajetória de cuidado, a partir de registros, documentos, exames e uma futura representação ilustrativa.

Com a construção da trajetória do usuário, busca-se romper com a objetividade de indicadores de saúde, de termos preenchidos em Sistemas de Informação, identificar singularidades e as respectivas estratégias praticadas pelos profissionais de saúde. Romper com termos empregados de forma objetiva, padronizada e entender as nuances do cuidado, tentar se aproximar da perspectiva de interrupção do tratamento, afastando a ideia do abandono, abandonador, de práticas universais e sem o reconhecimento das singularidades dos usuários. A representação não condiz com a complexidade real e todas as influências que impactam as ações do dia a dia, as tecnologias do cuidado e os sentimentos do encontro, seja do profissional de saúde e/ou do usuário, mas é capaz de ser uma ferramenta planejamento e construção coletiva do processo de cuidado e do serviço de saúde.

O diagrama, para construção do fluxograma, a ilustrar os caminhos do usuário selecionado, será representado da seguinte forma: o círculo corresponde a entrada e/ou saída, o triângulo significa uma decisão e o quadrado representa uma ação e linha, associados ao uso de setas, liga e direciona os acontecimentos. A Figura 12 abaixo apresenta os símbolos e as respectivas legendas:

Figura 12 – Representações do Fluxograma Analisador

Fonte: Adaptação de Merhy (2013)

O fluxograma permite um olhar atento sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de problemas, ruídos, fragilidades diversas. Fazer essa construção, a partir do caminhar do usuário cidadão, permite lançar luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada no usuário (FRANCO, 2013). A usuária selecionada pela equipe permitiu reflexões sobre o cuidado, o processo de trabalho e a organização do serviço através do seu caminhar e suas buscas por projetos terapêuticos e atos assistenciais.

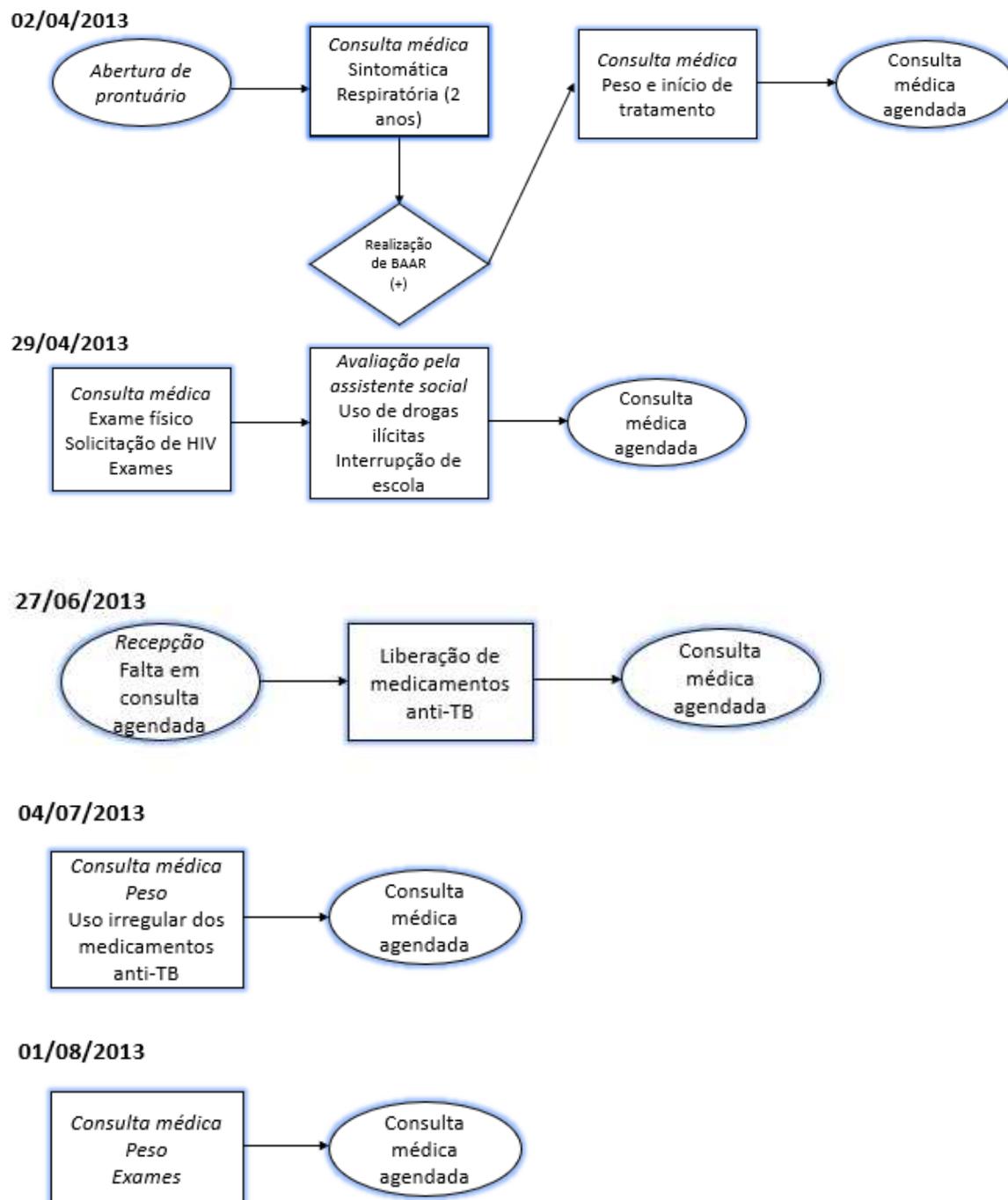
Por trás da objetividade do sistema de informação, a usuária que guiará as reflexões e representação no fluxograma foi notificada cinco vezes entre 2013 e 2020. A primeira, em março de 2013, identificada como um caso novo de tuberculose com encerramento por cura sete meses depois. Em maio de 2017 é notificada novamente como reingresso após abandono e interrompe o tratamento em apenas três meses de acompanhamento. O próximo acompanhamento ocorre em agosto de 2019 como reingresso após abandono e nova interrupção com dessa vez quatro meses de tratamento. O retorno ocorreu com o intervalo menor, em janeiro de 2020 seguindo para nova interrupção em apenas dois meses com nova notificação três meses depois como reingresso pós abandono e nova interrupção nos mesmos dois meses que antes. O último acompanhamento foi compartilhado por dois serviços de saúde, um reingresso após abandono em novembro de 2020 com transferência no mesmo mês para uma maternidade, seguido de entrada como transferência no serviço anterior e ainda em acompanhamento.

Há, objetivamente, uma inconsistência nas notificações feitas pelos profissionais de saúde da usuária-cidadã, já que o primeiro acompanhamento foi encerrado como cura e uma seguinte foi iniciada como reingresso pós abandono com duas possibilidades de entendimento: o primeiro acompanhamento foi encerrado incorretamente, alterando o “abandono” por “cura” ou a usuária foi acompanhada entre 2014 e 2017 com entrada por recidiva e encerramento por “abandono”. Há uma complexidade em simplesmente identificar

a quantidade de notificações e o arrastar dos anos de cuidado e não cuidado, sem considerar e analisar qualquer aspecto objetivo e/ou subjetivo dos registros dos profissionais.

O primeiro acompanhamento é apresentado na Figura 13:

Figura 13 – Fluxograma analisador: 1ª representação



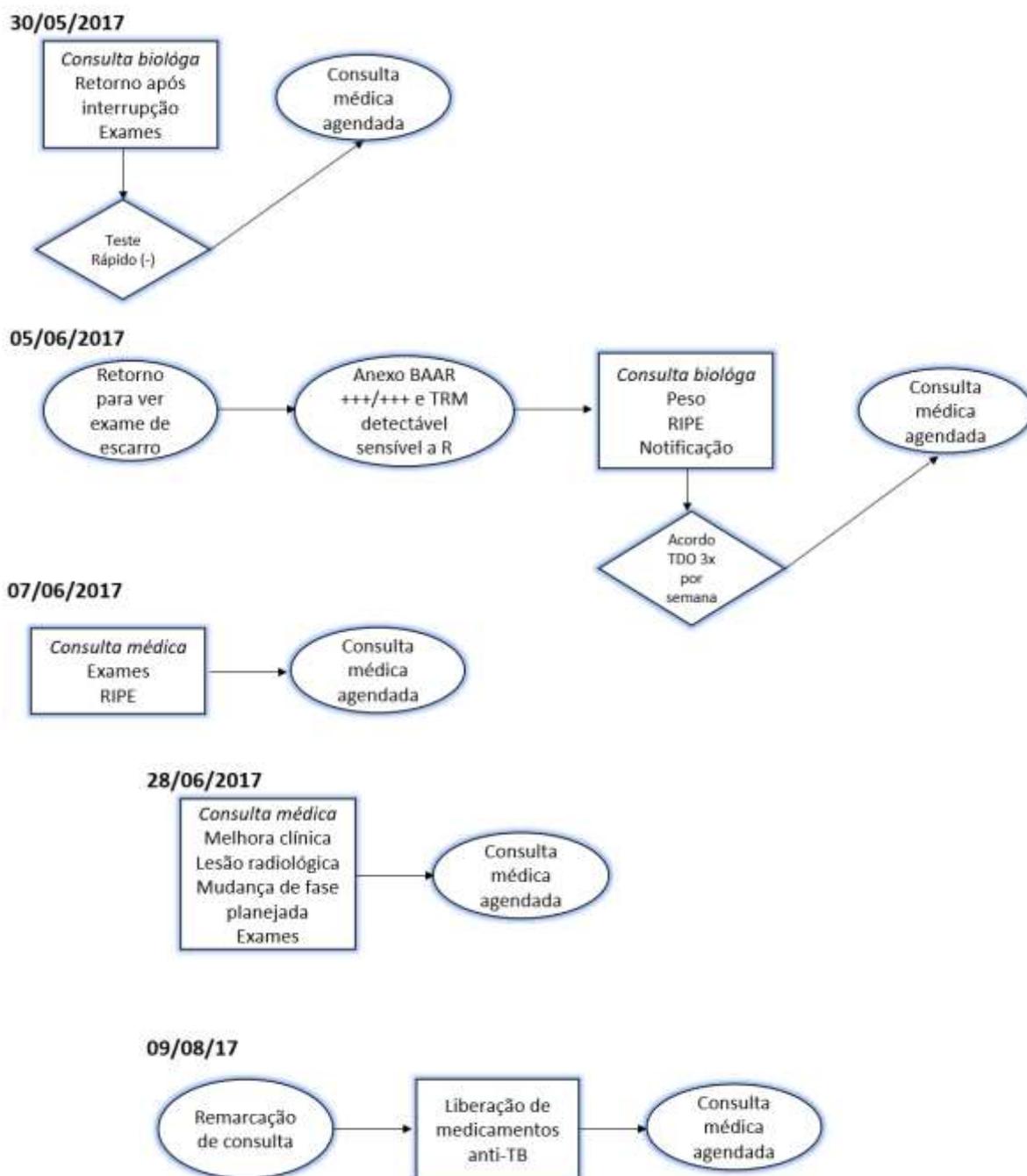
Fonte dos Dados: Prontuário Individual

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

Não há mais registros de atividades/ações/momentos com a usuária no ano, sugerindo uma interrupção de tratamento e esclarecendo a dúvida anterior sobre qual foi o encerramento correto. Em pouco menos de 4 meses, foram registrados cinco momentos de consultas com médicos, sendo três diferentes profissionais médicos, uma com assistente social e a realização de baciloscopia no diagnóstico. Não foram apresentados exames solicitados durante acompanhamento e não há nenhuma outra informação anexada ao prontuário referente ao período.

O segundo acompanhamento é ilustrado na Figura 14:

Figura 14 – Fluxograma analisador: 2ª representação



Fonte dos Dados: Prontuário Individual

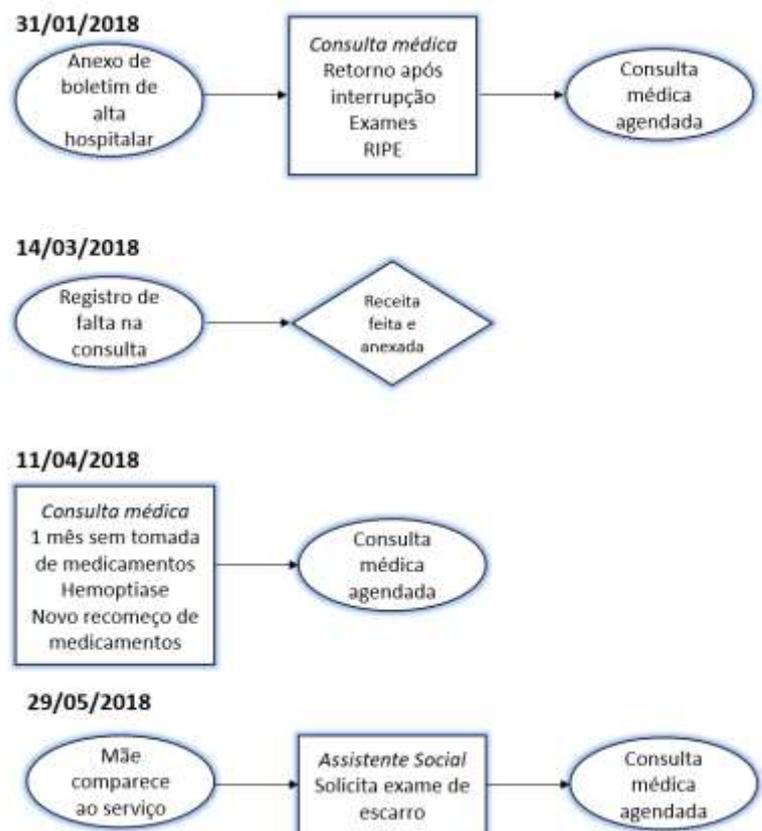
Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

Ocorreu uma nova interrupção no acompanhamento após pouco mais de dois meses, sendo marcado por quatro encontros com uma bióloga e uma médica, além do registro administrativo da não presença em uma consulta agendada e com renovação de receita de medicamentos. Vale citar o “acordo” da realização de dose supervisionada três vezes na semana feito na primeira reintrodução de medicamentos, mas sem qualquer outro registro de ausência, presença e/ou reavaliação da estratégia supostamente implementada. O acompanhamento é marcado novamente por consultas médicas com a participação de outro profissional de saúde apenas na triagem, sendo apenas a “porta de entrada” para as consultas médicas.

Há, para introduzir o próximo período de encontros, um anexo de boletim de alta de um hospital referência e de longa permanência de outro município do Estado do Rio de Janeiro, do período de 09 de janeiro de 2018 com alta do dia 26 de janeiro de 2018, classificada como melhorada e contra o conselho médico, a partir de solicitação da usuária para acompanhamento ambulatorial mesmo com a equipe de psiquiatria e psicologia tentando manter a permanência no hospital. As informações prévias iniciam a perspectiva de novo acompanhamento:

Figura 15 ilustra os próximos acompanhamentos:

Figura 15 – Fluxograma analisador: 3ª representação



Fonte dos Dados: Prontuário Individual

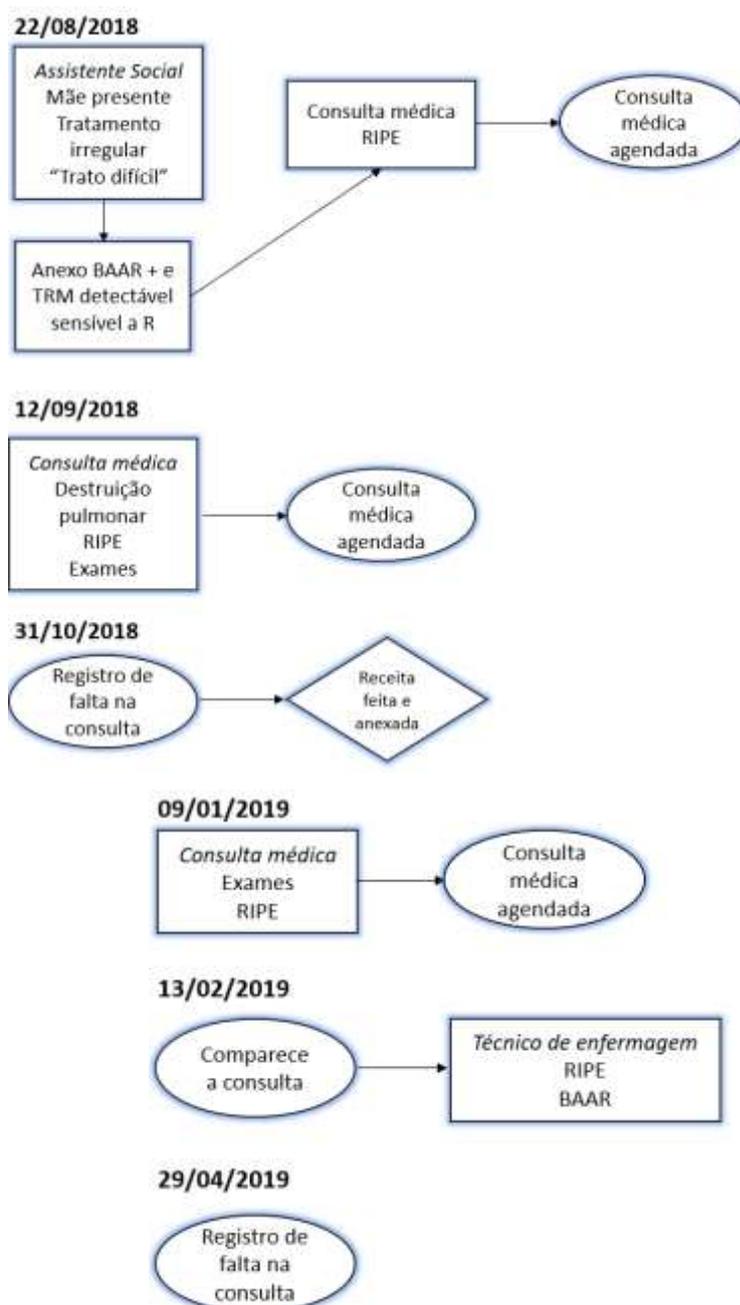
Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

Dessa vez, períodos curtos de encontros com intervalo maior que o planejado logo após a internação em um hospital de referência. A continuidade no esquema iniciado no hospital se deu apenas em um encontro que logo foi descontinuado e com novo reinício de medicamentos em abril. Aqui, surge a mãe da usuária citada pela primeira vez nos registros quando apresenta iniciativa de procurar o serviço sem a filha, sem qualquer aprofundamento no registro da relação familiar e não problematizando e não questionando a possibilidade de torná-la uma pessoa que possa ser envolvida nos encontros.

Os profissionais de saúde, ao conversarem sobre as lembranças vividas na época, relatam que “tudo foi ofertado” e que “não tinha jeito”, ou seja, enxergam a oferta de diversas possibilidades e mecanismos sem resultar em um desfecho positivo. A viabilização da internação de longa permanência e a decisão da alta pela usuária, acompanhamento ambulatorial pouco promissor e o curto tempo com uma nova interrupção são vistos como um caminho extremamente desgastante entre os profissionais e a usuária. No relato, destaca-se a dificuldade do acesso a internação de longa permanência, seja por demanda espontânea ou por regulação, e a decisão da usuária de reiniciar o acompanhamento na forma ambulatorial, já com histórico recentes de desfechos negativos.

Um novo acompanhamento, pouco menos de três meses depois, é ilustrado na Figura 16:

Figura 16 – Fluxograma analisador: 4ª representação



Fonte dos Dados: Prontuário Individual

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

A Figura 16 traz à lembrança do acompanhamento do ano anterior, onde houve a triagem realizado por um profissional de saúde não médico e todo o restante dos encontros se deu a partir de encontros com o profissional médico, exceto no último momento registrado seguido de uma nova interrupção de tratamento. Há um destaque no acometimento pulmonar

provocado pela longa atividade da doença, com persistência de baciloscopia positiva e sem ao menos evoluir o tratamento para a segunda fase de medicamentos anti-TB. Não há registros de atividades que poderiam ir ao encontro da usuária, de forma mais ativa, como telefonema e/ou visitas ao território da usuária ou de qualquer outro ator envolvido na produção do cuidado.

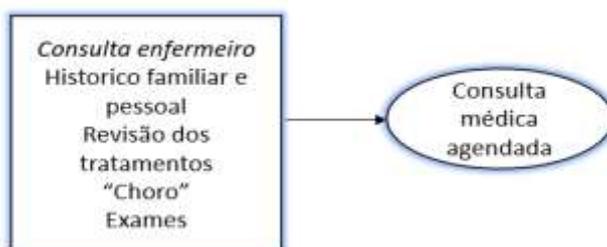
Não há qualquer registro sobre possíveis trocas/questionamentos sobre o que causa/motiva as interrupções dos tratamentos propostos, contrapondo a oportunização dos medicamentos sempre que acolhida. A mãe da usuária aparece novamente no retorno do acompanhamento sendo acolhida por um profissional não médico seguido de consultas apenas do profissional médico, sendo resultados em acompanhamentos curtos e sem evolução do tratamento medicamentoso e de qualquer outra forma de produção de cuidado.

Outra lembrança pouco explorada nos registros e sem articulações foi o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas pela usuária-cidadã, conectadas a mudanças de residência por curtos períodos para outras regiões do Rio de Janeiro próximas a comunidades e grandes avenidas conhecidas pela degradação social, uso de drogas ilícitas, pessoas vivendo em situação de rua e ausência de políticas públicas. O desgaste físico, o avançar do acometimento da doença e da mudança de aparência eram impactantes e lidados com passividade, já que nem se pontuava nos registros – nem nos encontros – a real dimensão do que era vivenciado e da complexidade das vivências da usuária-cidadã.

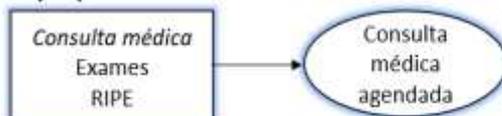
A Figura 17 ilustra o próximo acompanhamento, três meses depois do último registro com um novo acompanhamento trazendo novas perspectivas na história da usuária, e a inserção de novos profissionais de enfermagem e médicos nos encontros:

Figura 17 – Fluxograma analisador: 5ª representação

25/07/2019



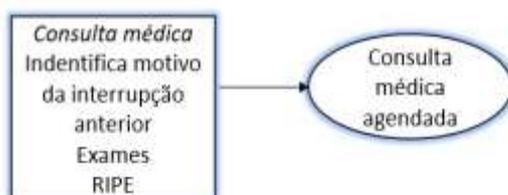
01/08/2019



12/09/2020



19/09/2019



07/11/2019



Fonte dos Dados: Prontuário Individual

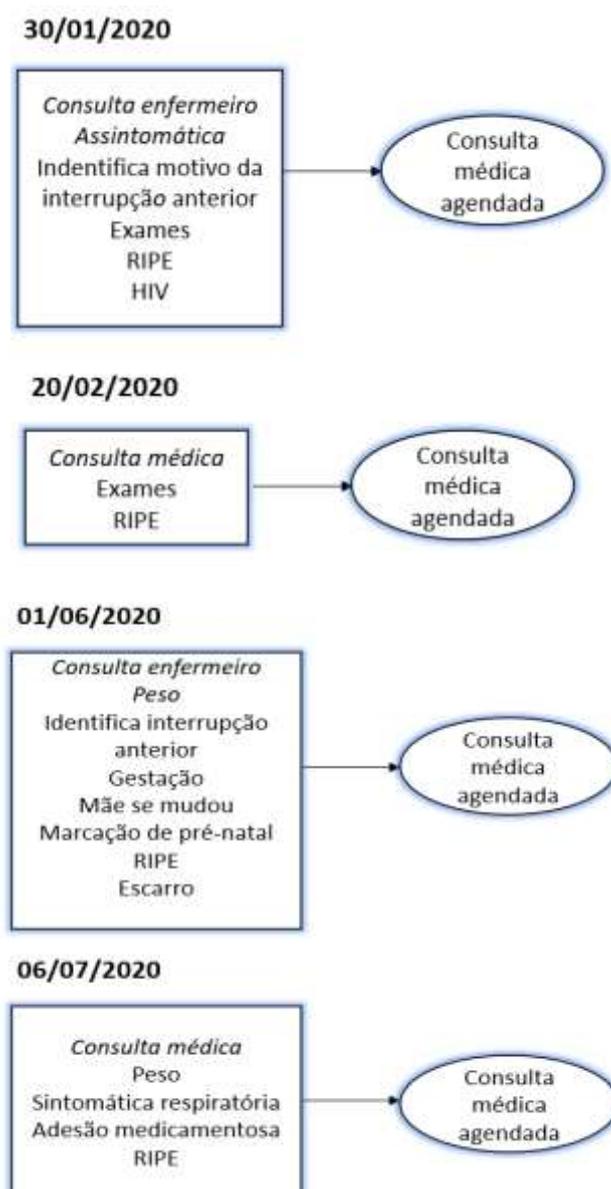
Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

Foi registrado pela primeira vez um recorte familiar e da trajetória de vida da usuária, onde traz a relação marcada por brigas com a mãe pelo uso recorrente de drogas ilícitas, diversas tentativas de internação mediadas pela mãe e a presença de dois irmãos que tiveram tuberculose tratada com sucesso e com a usuária remetendo que foi a “responsável pela transmissão”. Cita que gostou de tratar a tuberculose dentro do hospital na curta internação no início de 2018, mas que começou a se sentir presa e que um acompanhante vendia drogas ilícitas e que as consumia dentro do hospital. Após a alta, ficou poucos dias tomando os remédios e desistiu de se cuidar. A motivação para a busca de atendimento foi para cuidar

da filha da antiga companheira, onde desejava ver crescer e ajudar na criação, e é justamente aonde há também registro de emoção durante o encontro.

O próximo encontro foi registrado apenas uma semana depois com um profissional médico, seguido de uma interrupção de tomada de medicamentos por falta na consulta marcada e novo retorno na policlínica. O motivo da interrupção foi relatado pela melhora clínica dos sinais e sintomas da TB e a procura, dessa vez em novembro, foi pela identificação da necessidade de recomeçar o tratamento medicamentoso. Novamente, não há mais registros de atividades administrativas, consultas ou/e busca ativa. A Figura 18 registra novamente um retorno, em consulta com enfermeiro, do tratamento e acompanhamento:

Figura 18 – Fluxograma analisador: 6ª representação



Fonte dos Dados: Prontuário Individual

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

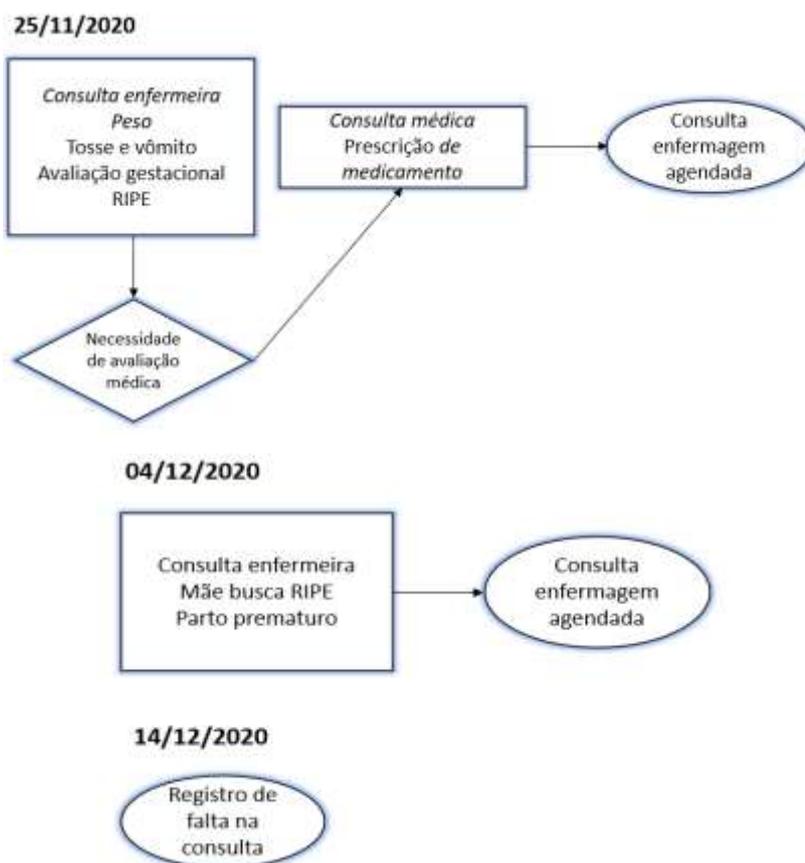
A Figura 18 ilustra dois breves acompanhamentos com apenas dois encontros em cada. Os retornos sendo realizado por um enfermeiro, seguido por consulta médica e por interrupções sem registros de novas atividades e/ou estratégias. O motivo da interrupção sinalizado pela usuária-cidadã em janeiro de 2020 foi o desânimo de seguir com o tratamento e em junho foi a dificuldade financeira de ir até o serviço de saúde. Dessa vez, há algo marcante: apresenta-se uma ultrassonografia confirmando gravidez de 12 semanas, feita após amenorreia e ainda sem início de pré-natal.

A repetição de curtos períodos de tratamento traz na memória dos profissionais um “comodismo” da situação, e nem se exata quantos e como foram os acompanhamentos, mas a gravidez destaca uma nova perspectiva do olhar, do cuidado e da capacidade de articulação. Em contrapartida, não há a materialização desse novo olhar nesses acompanhamentos, sendo novamente registrado uma nova interrupção de tratamento medicamentoso e acompanhamento do serviço de saúde de referência.

As próximas coletas de dados foram em um novo prontuário criado pela perda do anterior, onde se recupera uma consulta não registrada no dia 23 de novembro de 2020, um novo retorno após interrupção de acompanhamento em consulta médica sem agendamento prévio. O novo documento registra os próximos acompanhamentos e não traz o longo histórico em registros e papéis anexados. Para os profissionais de saúde, não há uma preocupação sobre a perda momentânea dos registros antigos, já que os profissionais de saúde já a conhecem, pelo não avançar do tratamento medicamentoso e a não necessidade de troca de medicamentos em determinado tempo. Mas, invariavelmente, causa desconforto ao lembrar de todo o histórico, os encontros registrados e documentos anexados. O prontuário foi recuperado posteriormente e anexado aos novos registros feitos no intervalo de tempo.

Inicia-se, através das próximas ilustrações, o último e mais recente acompanhamento da usuária-cidadã:

Figura 19 – Fluxograma analisador: 7ª representação



Fonte dos Dados: Prontuário Individual

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

Aqui, surge uma junção do pré-natal da usuária no mesmo serviço de saúde do acompanhamento da tuberculose, onde há a avaliação gestacional e o seguimento no tratamento medicamentoso. Uma característica importante é que há uma diminuição dos intervalos entre os encontros, motivado também por sinais/avaliação de um possível parto prematuro.

Há a comunicação da maternidade estadual da transferência da usuária por internação para parto prematuro cesáreo, com notificação compulsória registrada no SINAN e anexada no prontuário. Nela, através de observações não obrigatórias no verso da ficha de notificação, cita o padrão radiológico atípico com grande atelectasia e história prolongada de diversas interrupções. A mãe surge novamente com participação no acompanhamento, dessa vez realizando a “ligação” entre a internação na maternidade e a policlínica.

Figura 20 – Fluxograma analisador: 8ª representação

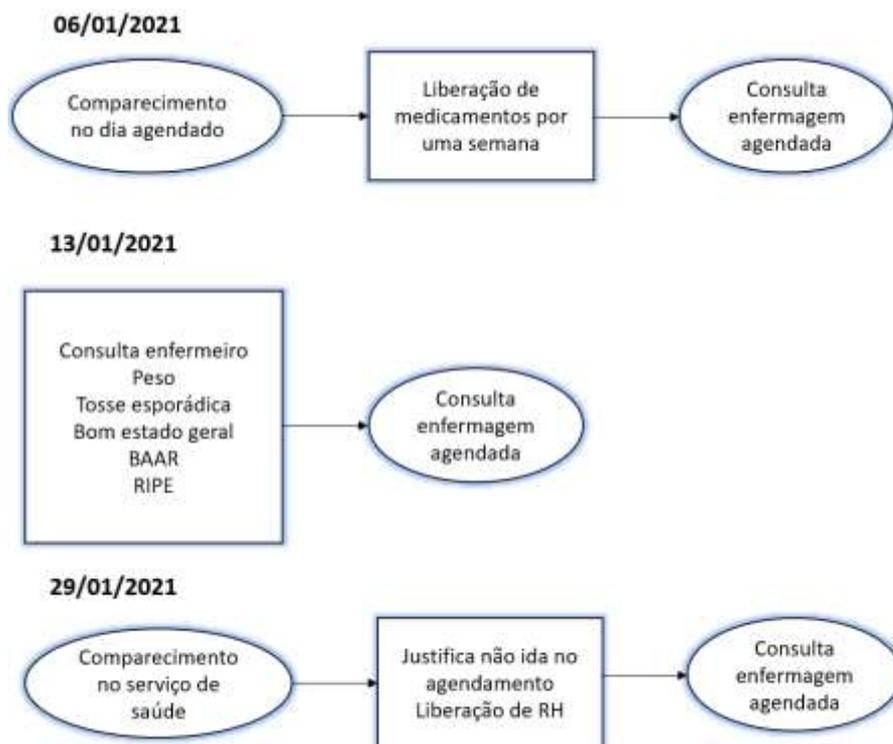


Fonte dos Dados: Prontuário Individual

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

O encontro dos profissionais de saúde com a usuária e o RN se torna marcante pela aparência e superação, momentaneamente, de tudo que foi vivido; o estado emocional, no registro e nas lembranças, é extremamente animador juntamente com a boa avaliação do RN na maternidade e na policlínica. Um registro grifado orienta o retorno em janeiro para o estímulo dos encontros, aparentemente ressignificado pelos últimos registros. É apenas a segunda vez, em todo o período registrado, onde há o encurtamento dos intervalos das consultas para a proximidade à dose supervisionada, dessa vez com o registro da presença/ausência da usuária. O acompanhamento segue:

Figura 21 – Fluxograma analisador: 9ª representação

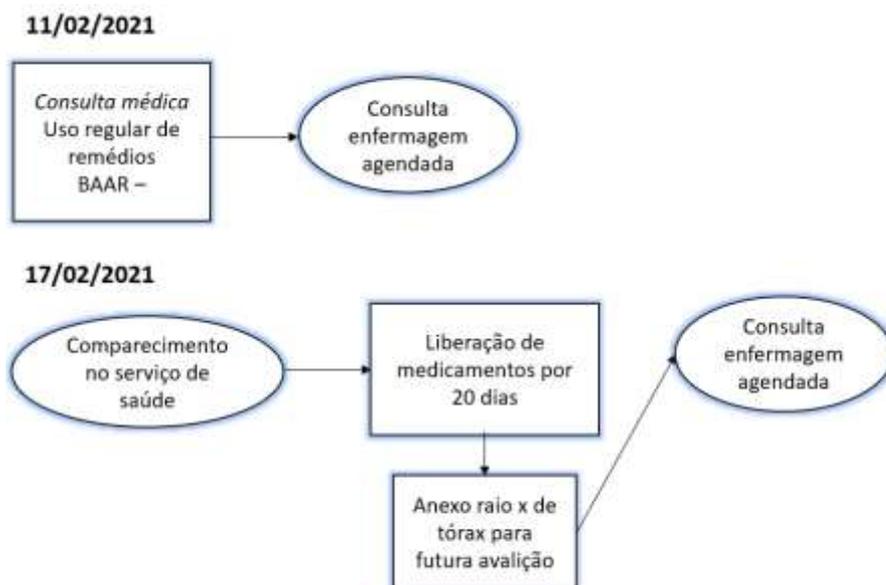


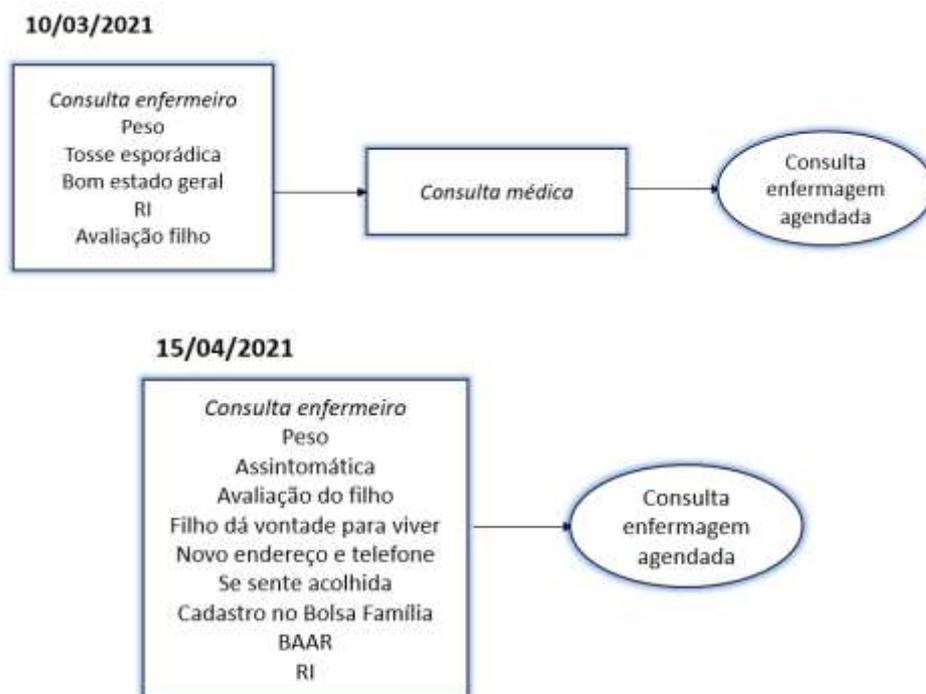
Fonte dos Dados: Prontuário Individual

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

Há uma descontinuidade momentânea de acompanhamento sendo justificável por seu filho estar doente. A consulta médica é ofertada sem agendamento prévio, com preocupação no retorno próximo para a equipe de enfermagem e liberação de medicamentos por poucos dias.

Figura 22 – Fluxograma analisador: 10ª representação





Fonte dos Dados: Prontuário Individual

Organização/Elaboração: dos autores, através de técnica do Fluxograma Analisador

Os encontros, nesse momento do acompanhamento, são pautados por consultas e encontros para a liberação de medicamentos por um período menor, além da viabilização de exames de escarro e radiografia de tórax. Pela primeira vez desde o início de todos os acompanhamentos prévios, há uma evolução e fixação da segunda fase do tratamento medicamentoso e, invariavelmente, uma previsão mais próxima e factível de desfecho positivo. Na lembrança dos profissionais, algo compatível com os encontros recentes, mas totalmente oposto “daquela usuária” com diversas interrupções e afastamentos ao serviço de saúde. Há, portanto, um recorte, uma ressignificação de uma nova usuária que marca os profissionais de saúde, onde o avançar e seguimento no tratamento já não causa mais estranheza como causava antes com uma projeção positiva das mudanças recentes.

No último encontro, projeta voltar a morar sozinha após o sexto mês do filho com renda própria e organizou os documentos pessoais e do filho para benefício do Programa Bolsa Família. Confirma que está morando em outro município e que não deseja ser transferida, já que não se vê sendo acompanhada em outro lugar, e atualiza seu telefone pessoal para contato com a equipe.

5.1 ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DE (DES)CUIDADOS

Ao participar da escolha da usuária-cidadã, mergulhar e ter uma aproximação aos profissionais de saúde com olhar de fora, se contaminando pelas experiências durante a pesquisa, o encantamento pela produção do cuidado torna-se ainda mais real. A possibilidade de vivenciar e lidar com os caminhos nada previsíveis mostra a complexidade de atuar e pesquisar o trabalho em saúde.

Nota-se que os fluxogramas são caracterizados por pontualidade nos registros, onde há ações de um ou dois profissionais de saúde durante um dia, onde pouco se cita outras atividades, como a entrada do usuário no serviço e/ou atividades administrativas. Há pouca verticalidade, como interseções entre saberes e tomada de decisões, e um sentido quase que único a direita, sem poucos desdobramentos dentro do próprio serviço. Não houve a possibilidade de análise do fluxograma do serviço especificamente, porém pela trajetória retratada da usuária é possível pensar aspectos relacionados ao processo de trabalho e a organização do serviço.

Um ponto a se destacar, que aparece no fluxograma e diz muito sobre a organização do serviço, é a triagem, quase sempre, do usuário por um profissional de saúde denominado no decorrer deste estudo como “não médico” (técnico de enfermagem, assistente social, enfermeiro). Depois o usuário é adicionado na agenda médica, e segue com – apenas – consultas médicas.

Há uma centralidade na ação do profissional médico, pautada pela mediação e liberação de medicamentos, onde até há uma recepção registrada por outro profissional de saúde, mas ocorre o seguimento apenas do acompanhamento médico. Há pouca articulação durante o acompanhamento com os outros saberes, a partir do momento que há a inserção na agenda médica, a saída dela só se dar por, no caso, interrupção de tratamento. Há uma clara necessidade de reconhecer a construção e a perpetuação do modelo assistencial organizado na centralidade da atuação médica, a partir da produção do cuidado permeado pelas tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2003). O último acompanhamento registrado se diferencia pela maior participação dos profissionais de enfermagem, com alternância entre consultas médicas e de enfermagem, onde não há a permanência apenas na agenda médica.

Vale destacar que os intervalos de tratamento apresentados nos acompanhamentos da usuária-cidadã se assimilam com o apresentado no levantamento epidemiológico do estudo, onde os casos com histórico de interrupção prévia seguida de nova interrupção apresentavam média aproximada de dois meses de tratamento. Há um padrão de encurtamento do tratamento nesse enfrentamento sem contrapartida durante longos anos,

visto através de aspectos objetivos dos indicadores de saúde e dos recortes dos encontros da usuária-cidadã.

Os motivos de interrupção de tomada de medicamentos identificadas foram a melhora clínica com uso inicial dos remédios, desânimo e falta de dinheiro para ir ao serviço de saúde. Sá et al (2017), em estudo que analisa os motivos de interrupções de tratamentos em um município de Belém, aponta as duas principais causas como melhora clínica e falta de dinheiro, em sinergia com achados ao analisar a usuária-cidadã. Logo, se questiona o ato do “abandono” e da “determinação” ali sentenciada e Alves et al (2012) identifica justamente as fragilidades do acompanhamento, como a falta de escuta e autonomia do próprio usuário, reconhecendo a construção do cuidado e sua importância em si, e da falta de articulação entre serviços ou dentro de um próprio serviço, são pontos identificados relacionados com o “abandono” por falas de usuários diagnosticados com tuberculose em João Pessoa.

Rocha e Adorno (2012) enfatizam as fragilidades no acompanhamento de usuários nos processos de trabalhos com imposição do técnico-institucional e seu discurso dominante, onde a junção de diversos aspectos que permeiam a vida dos usuários nem sempre são enxergadas como importantes para o profissional de saúde. A perpetuação de práticas institucionalizadas é uma maneira de abandonar o usuário, mesmo com claras demonstrações de complexidade vivenciadas e encontra resposta pronta pela culpabilização do usuário na não continuidade.

As diversas interrupções no tratamento são similaridades de alguns usuários no cenário do estudo, como demonstrado no levantamento epidemiológico, e a usuária-cidadã é comparada com outra usuária com histórico complexo e características próximas: jovens, mulheres, com uso de drogas ilícitas e com “dificuldade de vinculação”, juntamente com longo histórico de (des)cuidado no serviço de saúde. O risco do retratamento e a possibilidade da resistência ao esquema básico se materializou na outra usuária; já a usuária-cidadã, em cada retorno, era associada a outra experiência, como se o desfecho fosse prosperado, eminente e uma condenação de tudo que era vivido. O fato de ser “sortuda” e continuar sensível aos remédios causava certo espanto nos profissionais e legitimava a continuação dos cuidados no mesmo serviço.

A mãe da usuária-cidadã participa em alguns encontros, inicialmente por uma busca ao serviço pela gravidade clínica após descontinuidade no acompanhamento e posteriormente pela ligação da entrega de remédios em internação. Havia uma tentativa de controle pela mãe, onde a usuária sempre buscava o rompimento a partir de mudança de região de moradia, não tomada de medicamentos e/ou conflitos, e a relação só se torna viável quando a usuária estava sendo controlada, como na internação na maternidade ou dentro do consultório.

A liberação de medicamento aparece como um processo central durante os diversos acompanhamentos, um “elo” ou um “compromisso” do retorno para a próxima consulta e a manutenção do tratamento medicamentoso com renovação da receita. Durante os diversos acompanhamentos a saída era acompanhada com medicamentos e retorno médico agendado, com repetição da estratégia e pouco entendimento da necessidade de transformação, do novo, da resignificação da perspectiva da própria tomada do remédio. Camargo-Borges e Jaupur (2008) refletem sobre a teórica “resistência” pela tomada de medicamentos:

“A problematização e a dúvida se dão entre elas, em suas casas, com a família; mas não com o médico, que por sua vez, acredita que foi bem compreendido/aceito em sua conduta e prescrição. Ele não pode entender a não adesão ao tratamento indicado, senão como irresponsabilidade do paciente. Pelo silenciamento, o profissional é levado a crer que o problema está no descuido por parte da paciente, faltando a ele assumir seu autocuidado”. (CARMAGO-BORGES; JAPUR, 2008, p. 68)

Outro aspecto importante é a forma singular em que a usuária-cidadã se comporta na chegada ao serviço, onde não se coloca como os outros usuários pois cria um fluxo próprio. Nem sempre pega um número na recepção para ser chamada por ordem de chegada pelo profissional que irá consultar, vai para porta do consultório e entre uma consulta e outra, é vista e chamada a adentrar. Não é mais questionada sobre documentos obrigatórios para os atendimentos, como comprovante de residência no município em seu nome e telefone para contato, e costuma chegar ao serviço em horários atípicos. Portanto, foge do padrão, do instituído e já não há cobrança dos profissionais, pois acabam enxergando que assim será o único jeito de prestar assistência. Do jeito dela, de um jeito diferente de todos.

Em relação ao sucesso do acompanhamento vigente, alguns profissionais o remetem a questões exclusivamente pessoais da usuária como o não uso de drogas ilícitas e mudanças de perspectivas com o nascimento filho, subestimando a construção de um cuidado com algum rompimento do padronizado e certa autonomia da usuária. A falta de problematização do próprio trabalho em saúde mitiga a potência de pensar novas propostas e jeitos para outros usuários em acompanhamento, já que a mudança do usuário é sempre vista como necessária e exclusiva.

Há a participação de apenas três serviços de saúde nos acompanhamentos, sendo a policlínica, um hospital de referência em outro município e a maternidade, os dois últimos com curtas internações. Não é registrado articulações com outros serviços da rede municipal, de saúde ou de qualquer outra esfera, além da pontual inserção e citação de indivíduos que fazem parte da vida da usuária, como a mãe, a ex-companheira e seu filho, sem maiores

articulações durante o recorte dos registros. O espaço para o endereço no prontuário possui rasuras por mudanças sinalizadas durante o longo período de acompanhamento e o último deixado não possui cobertura de equipe da ESF. Sabidamente, houve diversas mudanças de endereço, sem confirmação de endereço e difícil fixação em uma região, o que gera um estranhamento nos profissionais de saúde.

A policlínica, serviço de saúde onde os encontros aconteceram, possui moldes tradicionais da Atenção Básica sem implementação de equipes da ESF, com ambulatórios especializados, imunização, farmácia, curativo, consultas de enfermagem e consultas médicas dentro de programas de saúde, a partir de procura dos usuários. Se coloca como uma referência em diversos bairros sem outro serviço de atenção básica e historicamente, por ter sido um dos primeiros serviços de atenção básica do município, possui marcas de referência da população na demanda em saúde, seja para serviço especializado ou básico.

A revisão e completude das notificações são exploradas no Apêndice D. Além dos diversos acompanhamentos e as complexidades vividas através do contato com os registros e perspectivas dos encontros, o histórico se torna ainda mais intenso quando se associa também os aspectos administrativos necessários e pertencentes aos processos de trabalho, como a notificação compulsória. Os curtos períodos de (des)cuidado em 2018 demonstrados nos fluxogramas associam-se também a não realização das notificações compulsórias, ou seja, a influência das subnotificações e das informidades pertencentes ao banco de dados do município. Somam-se mais quatro acompanhamentos ao histórico, vivenciados, com registro e afetamento, porém invisível ao olhar dos indicadores em saúde e da extração do Sistema de Informação em Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formas objetivas, indicadores e dados de saúde, evidenciam um impacto significativo da manifestação da tuberculose no cenário do estudo por sua incidência permanentemente alta e pela dificuldade em desfecho positivo. A interrupção do acompanhamento é uma realidade que necessita de problematização e planejamento conjunto com os atores sociais envolvidos no processo de cuidado e as fragilidades no retratamento mostraram também relação estatística evidenciando alta possibilidade de seguida interrupção no tratamento.

A situação epidemiológica do município possui sinergia nos entraves e desafios do enfrentamento a tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. Os olhares, as políticas públicas e o trabalho em saúde precisam considerar as particularidades do local e a oportunidade de como o pensar e viver, como a experiência no caminhar da usuária-cidadã, qualifica a análise por indicadores e dá um tom vivo do que permeia o trabalho em saúde.

A experiência com a usuária-cidadã mostrou um longo (des)cuidado em um serviço de saúde, onde foi diagnosticada com tuberculose pulmonar no seu primeiro acompanhamento em 2013 seguidos de descontinuidade na tomada de medicamentos, seguidos de diversos retornos a partir de 2017. O histórico apresenta uma internação em hospital de referência com curta duração, uso de drogas ilícitas e curtos períodos de tomada de medicamentos. As representações gráficas dos acompanhamentos mostram a naturalização da descontinuidade da tomada de medicamentos, com centralização na atuação médica e passividade, associado também a subnotificações ao analisar o SINAN. Durante os oito anos de (des)cuidado, há uma imagem da usuária-cidadã que provoca ações protocolares dos profissionais de saúde com um último acompanhamento representando “algo novo”, fugindo da tendência de práticas instituídas no serviço de saúde. A afetação durante a pesquisa, da usuária-cidadã, dos profissionais de saúde e do pesquisador, é combustível para repensar as longas relações ali vividas que se transformam ao longo dos encontros.

Portanto, constrói-se a possibilidade para (re)pensar os processos de trabalho, a organização do serviço e as práticas de produção do cuidado, ampliando os olhares além da usuária-cidadã. A construção de projetos terapêuticos singulares como desafio e atos assistenciais conectados com o usuário e não apenas a doença são grandes combustíveis de (re)planejamento de ações municipais e possibilidade de contaminação dos profissionais de saúde.

Vale ressaltar que o estudo se limita pelo uso de dados secundários extraídos do SINAN e dos registros profissionais coletados do prontuário individual. As duplicidades, inconformidades, subnotificações e falta de registro estão incorporados e são achados

compatíveis, sem a intenção de esgotar o complexo campo da pesquisa em saúde com temas tão sensíveis e emergentes para a saúde pública.

A potência do estudo em dar visibilidade a um cenário com um impacto tão significativo da tuberculose com algumas das suas repercussões exemplificadas por um caso marcante prospera por novas pesquisas e mais aprofundamento, dando ainda mais importância para a resistência das pesquisas em saúde com aproximação ao dia a dia dos profissionais de saúde, dos usuários e do território.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R.S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n.3, p. 650-7, 2012.
- ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E.A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.367-79, 2000.
- BIERRENBACH, A.L. et al. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 24-33, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 284, de 06 de agosto de 1998, Brasília, Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. p. 018055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Brasília, v49, n9, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2019, v. 50, n 26, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, volume 48, número 8. Brasília, Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, volume 50. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle Tuberculose no Brasil – 2 edição**. Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 09 de 11 de dezembro 2014, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Teste Rápido para Tuberculose no Brasil: primeiro ano da implantação [recurso eletrônico], Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 444, de julho de 2011. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [homepage on the Internet]. Coeficiente de Mortalidade de Tuberculose.Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2017) [Adobe Acrobat document, 7p.], Brasília, 2019d. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/26/taxa-mortalidade-tuberculose-1990-2017-OUT-2018.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica da tuberculose: Análise de indicadores operacionais e epidemiológicos a partir da base de dados do Sinan versão 5.0. Brasília, DF, 2019e. Acesso em:
https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/Caderno_de_Analise_2019.pdf

CAMARGO-BORGES, C; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, vol.17, n.1, p.64-71, 2008.

- CAMPOY, L.T. et al. Quality and Management of Care to Tuberculosis/HIV Coinfection in the State of São Paulo, Brazil. **Texto contexto - enferm. [online]**, Florianópolis, 2019
- COELHO, D.M.M. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n 1, p.34-43, 2010.
- COSTA, R.R.; SILVA, M.R.; GONÇALVES, I.C. Diagnóstico laboratorial da tuberculose: Revisão de literatura. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28, 2018.
- DALCOLMO, M.P. Tratamento da Tuberculose Sensível e Resistente. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n1, p.55-59, 2012.
- FARIA, R.M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Cien Saude Colet [online]**, Maio, 2019.
- FERREIRA, M.R.L. et al. Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Contemp**. v. 7, n 1, p.63-71, 2018.
- FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- FIGUEREDO, M.A. Gênese e (re)produção do espaço da Baixada Fluminense. **Rev. Geo passagem (online)**, n 3, 2004.
- FILHO, C.B. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FRANCO, T. B, MERHY. E.E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec, São Paulo, p. 151-171, 2013.
- FRANCO, T. B, MERHY. E.E. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização”**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec, São Paulo, p. 151-171, 2013.
- FRANCO, T. B; MERHY. E.E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec, São Paulo, p. 338-361, 2013.
- FREITAS, M.Y.G.S. Fatores de risco e distribuição espacial da tuberculose em Salvador-BA. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014
- GILL, L.A. Uma doença que não perdoa: a tuberculose e sua terapêutica no sul do Brasil e na Itália, em fins do século XIX e inícios do XX. **História**, Franca, v. 31, n. 1, p. 266-87, 2002.

HIJAR, M.A. Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose no Brasil. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 167-169, 1996.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p.50-57, 2007.

IBANÊS, A.S.; JUNIOR, N.C. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS Health Sci.**, v. 38, n. 1, p. 25-32, 2013.

IBGE. **Censo de 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

IBGE. **Cidades**, 2016. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-joao-de-meriti/panorama>>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática.** Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1301>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

JUNGES, J.R.; BURILLE, A.; TEDESCO, J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, 2020.

LIMA, L.C.; RIVERA, F.J.U. A. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface (Botucatu)[online]**, v. 13, n. 31, p. 329-342, 2009.

LOUREIRO, V. Sub Regiões no território metropolitano (o caso da baixada fluminense). **Rev de Adm Municipal Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro v3, n 218, p.56-62, 1996.

MACIEL, E.L.N. et al. O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?, **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n 2, 2018.

MAGALHAES, M.A.F.M.; MATOS, V.P.; MEDRONHO, R.A. Avaliação do dado sobre endereço no Sistema de Informação de Agravos de Notificação utilizando georreferenciamento em nível local de casos de tuberculose por dois métodos no município do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.192-199, 2014.

MAGNAGO, C., PIERANTONI, C.R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ), **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.9-17, 2015.

MEIRELLES, R.J.A.; PALHA, P.F. Tratamento diretamente observado da tuberculose no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 5, p.1167-1172, 2019.

MERHY, E. E.; Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E et al. Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para gestão e cuidado em saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n 6, p.70-83, 2019.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE & Onocko R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec, São Paulo, p. 19-67, 2013.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v 27, n 65, 2003.

MOEBUS, R.L.N; MERHY, E.E. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**, v. 3, n 2, 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. 2015. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n 3, p. 898-906, 2005
NASCIMENTO, D.R. As pestes do século XX: a tuberculose e Aids, uma história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, A.V.S. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Nordeste do Brasil: série temporal de 2008 a 2018. **Research, Society and Development**, v. 9, n 2, 2020.

OLIVEIRA, A; RODRIGUES, A.O. Industrialização na periferia da região metropolitana do Rio de Janeiro: novos paradigmas para velhos problemas. **Semestre Económico**, v. 12, n 24 (Edición especial), p 127-143, Colombia, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OPAS. A Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2 ed., Brasília, 2008. Acesso: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO. Epidemiologia & Saúde, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP[online]**, São Paulo, v. 37, n. 3, p 16-26, 2003.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n 2, p. 629-646, 2011.

PRADO, T.N. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n8, p.607-613, 2008.

QUEIROGA, R.P.F. et al. Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande - 2004 a 2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 222-232, 2012.

RIO DE JANEIRO, s/ano. Boletim epidemiológico de tuberculose 2008-2016, [201-] Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/181dbb1c-78db-4a95-a709-5888f93bdfd2>.

ROCHA, D.S; ADORNO, R.C.F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 21, n. 1, p. 232-45, 2012.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus [online]**, Brasília, vol. 10, n. 3, pp.129-138, 2001.

Santos, M. O retorno do território. In: OSAL:Observatorio Social de América Latina, n 16, Argentina. 2005. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>.

SA, A.M.M. et al. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Rev Soc Bras Clin Med**, Belém, v.15, n.1, p.155-60, 2017.

SANTOS. M.L.S.G. et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 64-69, 2010.

SAQUET, M.A; SILVA, S.S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n 18, p 24-42, 2008.

SEGURADO, A.C.; CASSENOTE, A.J.; LUNA, E.A. Saúde nas metrópoles - Doenças infecciosas. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n 86, p. 29-49, 2016.

SELIG, L. et al. **Proposta de vigilância de óbitos por tuberculose em sistemas de informação.** **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n 6, p. 1072-78, 2010.

SILVA, L. Entre Laranja e Gente: notas preliminares sobre urbanização na Baixada Fluminense (1910/40). IN: XVII ENANPUR, 2017, São Paulo, **Anais**, SP, 2017.

SILVEIRA, I.H.; OLIVEIRA, B.F.A.; JUNGER, W.L. Utilização do Google Maps para o georreferenciamento de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade no município do Rio de Janeiro, 2010-2012*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p.881-886, 2017.

SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 2017. Disponível: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/sinan-net>>. Acesso em: 15 de abr. 2019.

SINAN[internet]. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2017. Disponível: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/sinan-net>>. Acesso em: 15 de abr. 2019.

SOUZA, C.D.F.S. et al. Tendência da mortalidade por tuberculose no Brasil (1990-2015): análise por pontos de inflexão. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 45, n. 2, e20180393, 2019.

VICENTIN, G.; SANTO, A.H.; CARVALHO, M.S. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, vol. 7, n.2, pp.253-63, 2002.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014**. Genebra, 2014.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2018**. [s.l.] Genebra, 2018.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The end TB Strategy**. Genebra, 2017.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis Programme: framework for effective tuberculosis control**. Genebra, 1994

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Stop YB Strategy. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals**. Genebra, 2006.

ZAGMIGNAN, A. et al. Caracterização epidemiológica da tuberculose pulmonar no Estado do Maranhão, entre o período de 2008 a 2014. **Revista de investigação biomédica**, São Luís, v. 6, n 1, p.6-13, 2014.

APÊNDICE B

- Informações a serem coletadas no prontuário individual da equipe de saúde para elaboração do Fluxograma Analisador:

1 – **Dados pessoais** (sexo, idade, raça e escolaridade)

2 – **Caracterização da tuberculose** (tipo de entrada; forma clínica da tuberculose; se extrapulmonar, indicar qual)

3 – **Populações especiais** (indicar se caracteriza como população privada de liberdade, profissional de saúde, população em situação de rua, imigrante)

4 - **Doenças e agravos associados** (aids, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, diabetes, tabagismo, doença mental e outras doenças e agravos)

5 – **Exames diagnósticos e acompanhamento** (resultados de baciloscopias, teste rápido molecular, teste de sensibilidade, cultura, teste rápido de HIV, radiografias, exame bioquímico e outros exames solicitados durante o acompanhamento)

6 – **Acompanhamento pela equipe de saúde** (intervalo do primeiro atendimento e dos primeiros sinais sugestivos de tuberculose, data do início do tratamento, intervalo entre as consultas, número de consultas e profissionais responsáveis pela consulta, esquema medicamentoso usado, tipo de tratamento realizado, exame dos contatos)

7- **Registro entre as consultas** (registro de faltas, contatos telefônicos, visitas domiciliares e ações administrativas relatadas)

8 – **Se encerrado, motivo de encerramento**

APÊNDICE C

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: A tuberculose e seus impactos na situação de saúde no município de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Os objetivos desse estudo são caracterizar o perfil epidemiológico, discutir a organização da rede de atenção à saúde e analisar os processos de produção de cuidado no município de São João de Meriti.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para a produção de dados acadêmicos sobre produção do cuidado e ferramentas de avaliação no SUS. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, o seu prontuário individual, juntamente com os documentos inseridos nele, serão analisados pelo pesquisador. Utilizaremos as informações contidas para integrar o estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas informações contidas no prontuário incomodam a você, porque as informações que coletamos são sigilosas. Assim, você pode escolher não participar do estudo.

BENEFÍCIOS: A coleta de informações ajudará na produção científica sobre o tema da avaliação em saúde no SUS no âmbito da produção do cuidado, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas informações revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa será realizada no município de São João de Meriti no Estado do Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Universidade Federal do

Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO sendo a Profª Drª Mary Ann Freire Menezes a pesquisadora principal e responsável pela pesquisa. Os pesquisadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo
 _____ residente à
 _____ concordo em participar do estudo intitulado A tuberculose e seus impactos na situação de saúde no município de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Eu fui completamente orientado pelo
 _____ que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____
 Data: _____
 Assinatura: _____

Participante: Nome: _____
 Data: _____
 Assinatura: _____

Responsável: Nome: _____
 Data: _____
 Assinatura: _____

APÊNDICE D

Notificações, segundo data, entrada, encerramento e situação no SINAN

Ano	Mês	Entrada	Encerramento	Notificação
2013	Abril	Caso Novo	Cura	Encerramento incorreto
2017	Maio	Reingresso após abandono	Abandono	Correta
2018	Janeiro	Transferência	Abandono	Não notificado
	Abril	Reingresso após abandono	Abandono	Não notificado
	Agosto	Reingresso após abandono	Abandono	Não notificado
2019	Janeiro	Reingresso após abandono	Abandono	Não notificado
	Agosto	Reingresso após abandono	Abandono	Correta
2020	Janeiro	Reingresso após abandono	Abandono	Correta
	Junho	Reingresso após abandono	Abandono	Correta
	Novembro	Reingresso após abandono	Transferência	Correta
	Novembro	Transferência	Transferência	Correta
2021	Janeiro	Transferência	Em tratamento	Correta

ANEXO 1

- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO

<p>UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</p> 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TUBERCULOSE E SEUS IMPACTOS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Pesquisador: LUCAS FERNANDES GONCALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13557919.3.0000.5265

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.422.143

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. O cenário do estudo será o município de São João de Meriti no Estado do Rio de Janeiro, localizado na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Considerando os atuais indicadores relacionados a diagnóstico, tratamento e abandono de casos de tuberculose, além das fragilidades dos processos de trabalho e da gestão municipal, pretende-se explorar a fragmentação da prática do cuidado e da gestão.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil epidemiológico da tuberculose no município de São João de Meriti, Rio de Janeiro. Discutir a organização da rede de atenção à saúde, no que diz respeito a gestão/atendimento/acompanhamento da tuberculose, do município de São João de Meriti, RJ. Analisar os processos de produção de cuidado oferecidos pelos serviços de saúde do município de São João de Meriti, RJ.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O indivíduo pesquisado pode achar que determinadas informações contidas no prontuário e acessadas pelo pesquisador incomodam porque as informações coletadas são sigilosas e restritas a equipe de saúde. **Benefícios:** A coleta de informações ajudará na produção científica sobre o tema da avaliação em saúde no Sistema Único de Saúde no âmbito da produção do cuidado, mas não será, necessariamente, para benefício direto dos usuários. Entretanto, este

Endereço: Av. Pasteur, 296	CEP: 22.290-240
Bairro: Urca	Município: RIO DE JANEIRO
UF: RJ	E-mail: cep.unirio04@gmail.com
Telefone: (21)2543-7706	

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.422-143

estudo fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses indicadores e escritos para os serviços de saúde do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo científica e socialmente relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, TCLE, instrumento de coleta de dados, carta de anuência adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1342367.pdf	10/05/2019 16:51:17		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	10/05/2019 16:49:50	LUCAS FERNANDES	Aceito
Outros	Carta_Anuencia.pdf	10/05/2019 16:49:23	LUCAS FERNANDES	Aceito
Outros	Declaracao_Negativa_Custos.pdf	09/05/2019 15:36:51	LUCAS FERNANDES	Aceito
Orçamento	Orcamento_Detalhado.pdf	09/05/2019 15:36:24	LUCAS FERNANDES	Aceito
Outros	TCUD.pdf	09/05/2019 15:35:50	LUCAS FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/05/2019 15:35:32	LUCAS FERNANDES GONCALVES	Aceito
Outros	Apendice_B_Instrumento_coleta_prontuario.docx	09/05/2019 15:35:08	LUCAS FERNANDES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/05/2019 15:34:40	LUCAS FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.docx	09/05/2019 15:34:27	LUCAS FERNANDES GONCALVES	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 208

Bairro: Urca

CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7786

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3-422-143

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Junho de 2019

Assinado por:

Renata Flávia Abreu da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 290

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com