

# Permanência de profissionais que atuam no programa de controle da tuberculose

*Permanence of professionals who work in the Tuberculosis Control Program*

*Permanencia de profesionales que actúan en el Programa de Control de la Tuberculosis*

**Danielle Galdino de Paula<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0103-6828

**Alexandre Sousa da Silva<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-5573-4111

**Tereza Cristina Scatena Villa<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-8927-2624

**Maria Catarina Salvador da Motta<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-3278-5645

<sup>I</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Paula DG, Silva AS, Villa TCS, Motta MCS. Permanence of professionals who work in the Tuberculosis Control Program. Rev Bras Enferm. 2019;72(5):1258-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0403>

## Autor Correspondente:

Danielle Galdino de Paula

E-mail: [danigalpa@gmail.com](mailto:danigalpa@gmail.com)



## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o tempo de permanência dos profissionais que atuam no Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro/RJ. **Método:** Estudo seccional, desenvolvido em oito Unidades de Saúde do Complexo da Maré/RJ. Entrevistaram-se médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família. Optou-se pelo teste de Kruskal-Wallis para verificar a existência de grupos com a mesma distribuição, e teste de comparações múltiplas de Dunn, com correção de Bonferroni, para identificar qual grupo apresentava diferença. **Resultados:** Entre as Unidades de Saúde, comprova-se diferença significativa no tempo de exercício da função ( $p\text{-value} = 0,0005909$ ) e no tempo de permanência ( $p\text{-value} = 0,0003598$ ). **Conclusão:** Constatou-se baixo tempo de permanência dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Esse resultado aponta para desafios inerentes ao controle da tuberculose em nível local.

**Descritores:** Tuberculose; Estratégia Saúde da Família; Centros de Saúde; Pessoal de Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the length of stay of the professionals who work in the Tuberculosis Control Program in Basic Health Units of the city of Rio de Janeiro/RJ. **Method:** Sectional study, developed in eight Health Units of the Maré Complex/RJ. Physicians, nurses, nursing technicians and Community Health Agents of the Family Health Teams were interviewed. The Kruskal-Wallis test was used to verify the existence of groups with the same distribution, and Dunn's multiple comparison test with Bonferroni correction, to identify which group presented a difference. **Results:** Among Health Units, a significant difference was observed in the length of work ( $p\text{-value} = 0.0005909$ ) and in the dwell time ( $p\text{-value} = 0.0003598$ ). **Conclusion:** It was observed low length of stay of the professionals that work in the Basic Health Units. This result points to challenges inherent in the control of tuberculosis at the local level.

**Descriptors:** Tuberculosis; Family Health Strategy; Health Centers; Health Personnel; Continuity of Patient Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el tiempo de permanencia de los profesionales que actúan en el Programa de Control de la Tuberculosis en Unidades Básicas de Salud del municipio de Río de Janeiro/RJ. **Método:** Estudio seccional, desarrollado en ocho Unidades de Salud del Complejo de la Maré/RJ. Entrevistaron médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y Agentes Comunitarios de Salud de los Equipos de Salud de la Familia. Se optó por la prueba de Kruskal-Wallis para verificar la existencia de grupos con la misma distribución, y prueba de comparaciones múltiples de Dunn, con corrección de Bonferroni, para identificar qué grupo presentaba diferencia. **Resultados:** Entre las Unidades de Salud, se comprueba diferencia significativa en el tiempo de ejercicio de la función ( $p\text{-value} = 0,0005909$ ) y en el tiempo de permanencia ( $p\text{-value} = 0,0003598$ ). **Conclusión:** Se constató bajo tiempo de permanencia de los profesionales que actúan en las Unidades Básicas de Salud. Este resultado apunta a desafíos inherentes al control de la tuberculosis a nivel local.

**Descriptorios:** Tuberculosis; Estrategia Salud de la Familia; Centros de Salud; Personal de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente.

Submissão: 05-06-2017

Aprovação: 21-04-2018

## INTRODUÇÃO

Criada para atender aos objetivos constitucionais do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde, em todos os níveis de atenção, por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura e reabilitação das condições de saúde<sup>(1)</sup>.

Desde a implantação do modelo de expansão da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, a cobertura de Saúde da Família passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 46,8%, em março de 2015, havendo ainda uma predominância de distribuição de Unidades com perfil de atendimento secundário/terciário no município (53,2%)<sup>(2)</sup>.

O projeto de expansão da ESF esbarra, no município do Rio de Janeiro, em inúmeras dificuldades, dentre elas algumas restrições específicas, como a inadequação da infraestrutura física, humana e financeira. No entanto, é necessário considerar a adesão de profissionais que atuam na ESF para o real cumprimento das propostas estabelecidas. Entre os incentivos inerentes à adesão, podemos listar vínculo empregatício estável e legalmente protegido, incentivos salariais e infraestrutura adequada<sup>(3)</sup>.

A relação de longo prazo entre profissional e pessoas usuárias é uma das características da ESF. Portanto, refletir sobre o tempo de permanência dos profissionais que atuam na ESF e sua correlação com a cronicidade de determinadas doenças, como a tuberculose, mostra-se relevante, uma vez que, a relação de longo prazo é condição essencial na implementação dos programas públicos de saúde relacionados às condições crônicas.

Incorporado em todas as Unidades de Saúde do Complexo da Maré, maior conjunto de favelas da zona norte da cidade do Rio de Janeiro<sup>(4)</sup>, o Programa de Controle da Tuberculose enfrenta desafios, uma vez que a região apresentou a maior taxa de abandono de tratamento entre o período de 2012 e 2013<sup>(2)</sup>. Assim, é preciso considerar a permanência de profissionais para o real cumprimento das propostas estabelecidas no Programa de Controle da Tuberculose.

Mediante o exposto, este estudo busca analisar o tempo de permanência dos profissionais que atuam no Programa de Controle da Tuberculose em Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro.

A partir das análises, busca-se dimensionar em que medida a permanência dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde pode afetar as ações de controle de tuberculose em nível local. A relevância desta discussão para a política de saúde do país decorre da necessidade de que a expansão da ESF e as ações de controle da tuberculose estejam atreladas a profissionais capacitados e que permaneçam por mais tempo nos serviços de saúde, corroborando o princípio de longitudinalidade.

## OBJETIVO

Analisar o tempo de permanência dos profissionais que atuam no Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro e, posteriormente, ao Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. O estudo foi aprovado por ambas as instituições.

Cada indivíduo entrevistado foi abordado pelos pesquisadores, que lhe explicaram a natureza e os objetivos do estudo e solicitaram a sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Desenho

Estudo seccional, descritivo e quantitativo.

### Local do estudo e período

O cenário do estudo foram todas as Unidades de Saúde localizadas no território do Complexo da Maré, no município do Rio de Janeiro, totalizando oito Unidades de Saúde. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2013 a abril de 2014.

A escolha do cenário está aliada às peculiaridades sociais que aguçaram o presente estudo, uma vez que o Complexo da Maré apresenta o maior número de habitantes entre as dez maiores favelas localizadas na zona norte da cidade do Rio de Janeiro (129.770 habitantes)<sup>(5)</sup>. O cenário também se justifica pelo fato de as Unidades de Saúde localizadas no Complexo da Maré terem apresentando, entre janeiro de 2012 e julho de 2013, aproximadamente 204 casos de tuberculose, sendo que 26,9% dos pacientes abandonaram o tratamento<sup>(2)</sup>.

Em maio de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) apresentou a proposta da ESF ao criar as Clínicas da Família, que visam a ofertar estrutura, recursos e insumos para oferecer um cuidado de qualidade à população. Quanto à estrutura, as Unidades de Saúde do Rio de Janeiro são classificadas em três modelos: a) Unidades do tipo A: Unidades Básicas de Saúde compostas apenas por equipes da ESF; b) Unidades do tipo B: Unidades Básicas de Saúde do tipo Centro Municipal de Saúde, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF; e c) Unidades do tipo C: Unidades Básicas de Saúde tradicionais, onde não há presença de equipes de Saúde da Família. Neste estudo, três Unidades de Saúde eram do Tipo A e cinco eram do tipo B<sup>(6)</sup>.

### População

A população da pesquisa consiste de profissionais que atuavam nas Equipes de Saúde da Família das oito Unidades de Saúde do Complexo da Maré que serviram de cenário para o presente estudo, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Para o cálculo da amostra mínima foram considerados: erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%. O cálculo da amostra foi

obtido tendo como referencial a população total de profissionais de saúde que atuavam na ESF das Unidades investigadas do Complexo da Maré no ano de 2013. Após o cálculo amostral, obteve-se uma amostra mínima de 171 profissionais a serem entrevistados. A partir desse cálculo foi definida a partilha proporcional para determinar o número de profissionais por categoria que seriam entrevistados nas Unidades de Saúde, sendo obtido o seguinte resultado: 19 enfermeiros, 19 médicos, 19 técnicos de enfermagem e 114 Agentes Comunitários de Saúde.

### Critérios de inclusão e exclusão

Foram determinados os seguintes critérios de inclusão: ser profissional atuante em serviços de saúde e ter prestado assistência, pelo menos uma vez, a portadores de tuberculose na Unidade Básica de Saúde em que trabalha atualmente ou em outra onde já tenha desenvolvido trabalhos e ações de assistência ao portador de tuberculose.

O critério de exclusão eliminou os profissionais que atuavam exclusivamente nas Unidades do tipo C (Unidades de Saúde sem presença de Equipes de Saúde da Família).

### Protocolo do Estudo

Utilizou-se o questionário intitulado "Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)"<sup>(7)</sup>, adaptado e validado para o controle da tuberculose no ano de 2014, que, além de avaliar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)<sup>(8)</sup> e a qualificação da atenção às condições crônicas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, contém questões de preenchimento relativas ao tempo de exercício da função e ao tempo de permanência do profissional na Unidade de Saúde. Para complementar a pesquisa, um Diário de Campo foi criado para imersão na realidade local de cada Unidade Básica de Saúde, possibilitando maior discussão acerca dos resultados encontrados. O Diário de Campo consistia de observações relativas ao Tratamento Diretamente Observado, acompanhamento dos registros sobre a evolução do tratamento e acompanhamento dos casos (início e término do tratamento) e observações sobre recursos humanos/equipe que acompanha os casos de tuberculose na Unidade Básica de Saúde.

### Análise dos resultados e estatística

A análise das variáveis tempo de permanência e tempo de exercício da função foi descrita em meses. Os dados analisados foram tabulados no Programa Microsoft Excel 2013<sup>®</sup> e posteriormente analisados no Programa R<sup>®</sup> 3.1.1. Para alcançar o objetivo, foi utilizada a análise exploratória das variáveis por meio de gráficos e medidas descritivas. Após a comprovação da não aderência à distribuição normal (teste de Shapiro-Wilk), optou-se pelo teste de Kruskal-Wallis para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Foi utilizado nível de significância de 5% e, sendo assim, ao rejeitar a hipótese nula ( $p$ -valor < 0,05), concluiu-se que ao menos um dos grupos apresenta comportamento diferente dos demais. Para identificação do grupo em que havia diferença, foi utilizado o teste de comparações múltiplas de Dunn, com correção de Bonferroni.

## RESULTADOS

A distribuição das variáveis mostrou-se assimétrica e, após os testes de normalidade, constatou-se que as variáveis não foram consideradas normalmente distribuídas. Sendo assim, optou-se por testes não paramétricos.

Foram entrevistados 174 profissionais de saúde, sendo 18 (10,3%) médicos, 21 (12,1%) enfermeiros, 20 (11,5%) técnicos de enfermagem e 115 (66,1%) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A distribuição do tempo de exercício da função dos profissionais entre as Unidades de Saúde apresentou diferença significativa ( $p$ -value = 0,0005909). A unidade onde os profissionais têm menor tempo de exercício da função apresentou média de 28,5 meses, e a Unidade de Saúde onde os profissionais têm maior tempo de exercício da função apresentou média de 143,5 meses, como pode ser visto na Tabela 1. Quanto às unidades do Tipo A, a Unidade de Saúde 1 difere estatisticamente das demais. Em relação às Unidades do tipo B, a Unidade de Saúde 8 difere das demais.

Em relação à escolaridade, o tempo de exercício da função entre graduados (médicos e enfermeiros) e não graduados (técnicos de enfermagem e ACS) apresentou diferença significativa ( $p$ -value = 0,02041).

Não houve diferença significativa em relação ao tempo de exercício da função dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades do tipo A ( $p$ -value = 0,05534). Nestas unidades, os profissionais graduados têm média de tempo na função de 115,4 meses, e os não graduados, de 72,79 meses. Nestas Unidades não foi observada diferença no tempo de exercício das funções em relação às categorias profissionais. No entanto, os médicos têm maior tempo de exercício da função (média: 174,7 meses). Os técnicos de enfermagem têm tempo de exercício da função de 86,77 meses, enquanto enfermeiros e ACS têm média de tempo de exercício da função próxima (70,92 e 70,23 meses, respectivamente).

Nas Unidades do tipo B, as médias do tempo de exercício da função entre graduados e não graduados apresentaram diferença significativa ( $p$ -value = 0,00414). Nestas Unidades, os graduados possuem maior tempo de exercício da função (176 meses). Os médicos também apresentaram maior tempo de exercício da função (média: 248 meses), seguido dos técnicos de enfermagem (média: 114,9 meses), enfermeiros (média: 104 meses) e ACS (média: 69,73 meses), conforme Tabela 1.

Com relação ao tempo de permanência dos profissionais de saúde, foi comprovado que há diferença estatisticamente significativa ( $p$ -value = 0,0003598) entre as Unidades de Saúde do tipo A e tipo B no Complexo da Maré. Nas Unidades do tipo A, observou-se diferença estatística entre o tempo de permanência dos profissionais de saúde ( $p$ -valor = 0,0001246). Ressalta-se que, entre as unidades do tipo A, a Unidade de Saúde 2 apresenta comportamento diferente das demais unidades, com tempo médio de permanência de 17,93 meses. Entre as unidades do Tipo B, não houve diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor = 0,2434).

Quanto à categoria profissional, o tempo de permanência nas Unidades do tipo A apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor = 0,3388). Os médicos e enfermeiros são as categorias profissionais que menos tempo permanecem nas unidades do tipo A (média = 21,78 meses e 48,92, respectivamente). Já nas unidades do tipo B, o tempo de permanência não difere entre as categorias profissionais ( $p$ -valor = 0,1019), como apresentado na Tabela 2.

**Tabela 1** – Tempo de Exercício da Função por Unidade de Saúde, Categoria Profissional e Escolaridade – entre os tipos de Unidade de Saúde (A e B) – Complexo da Maré, Rio de Janeiro, Brasil, 2014

		Tipo A - Média (desvio padrão)	Tipo B - Média (desvio padrão)
Unidades de Saúde - Média* (desvio padrão)		81,3 (73,85)	102 (92,19)
Valor de $p = 0,0005909$		US 1 <sup>a</sup>	US 6 <sup>a</sup>
		85,71 (78,25)	143,5 (108,84)
		US 2 <sup>b</sup>	US 7 <sup>b</sup>
		28,5 (18,29)	75 (91,13)
		US 3 <sup>a</sup>	US 8 <sup>a</sup>
		96,38 (92,23)	85,52 (49,95)
		US 4 <sup>a</sup>	
		82,35 (58,04)	
		US 5 <sup>a</sup>	
		94,48 (79,14)	
	valor de $p$	0,007614	0,005289
Categoria Profissional	Médico	174,7 (139,82)	248 (143,12) <sup>b</sup>
Valor de $p 0,0001858$	Enfermeiro	70,92 (42,25)	104 (79,14) <sup>a</sup>
	Técnico de Enfermagem	86,77 (65,20)	114,9 (74,89) <sup>a</sup>
	Agente Comunitário de Saúde	70,23 (59,92)	69,73 (46,11) <sup>a</sup>
	valor de $p$	0,08316	0,002509
Escolaridade	Graduados	115,4 (107,56)	176 (134,44)
valor de $p 0,02041$	Não Graduados	72,79 (60,65)	75,92 (52,42)
	valor de $p$	0,05534	0,00414

Nota: \*Média informada em meses. Letras "a" e "b" significam grupos que apresentaram diferença.

**Tabela 2** - Tempo de permanência por Unidade de Saúde, Categoria Profissional e Escolaridade – entre os tipos de Unidade de Saúde (A e B) – Complexo da Maré, Rio de Janeiro, Brasil, 2014

		Tipo A - Média (desvio padrão)	Tipo B - Média (desvio padrão)
Unidades de Saúde - Média* (desvio padrão)		58,77(55,03)	54,29 (44,32)
valor de $p 0,0003598$		CMS US1 <sup>a</sup>	US 6
		66,29 (59,2)	47,5 (48)
		CMS US2 <sup>b</sup>	US 7
		17,93 (12,34)	62 (47,56)
		CMS US3 <sup>a</sup>	US 8
		68,95 (70,03)	53,24 (36,05)
		US 4 <sup>a</sup>	
		81,88 (52,77)	
		US 5 <sup>a</sup>	
		41,35 (35,39)	
	Valor de $p$	0,0001246	0,2434
Categoria Profissional	Médico	21,78 (15,62) <sup>b</sup>	46,11 (53,96)
valor de $p 0,9741$	Enfermeiro	48,92 (53,38) <sup>a</sup>	42,67 (42,37)
	Técnico de Enfermagem	85,38 (68,05) <sup>a</sup>	31,57 (22,12)
	Agente Comunitário de Saúde	60,25 (53,38) <sup>a</sup>	61,95 (44,45)
	valor de $p$	0,03388	0,1019
Escolaridade	Graduados	37,3 (43,06)	44,39 (47,09)
Valor de $p 0,002601$	Não Graduados	64,14 (56,68)	57,78 (43,24)
	Valor de $p$	0,02041	0,005604

Nota: \*Média informada em meses. Letras "a" e "b" significam grupos que apresentaram diferença.

Em relação à escolaridade, observou-se diferença significativa entre as Unidades do Tipo A e Tipo B ( $p$ -valor = 0,002601). Os profissionais graduados apresentam comportamento distinto dos não graduados e, tanto nas unidades do tipo A quanto nas do tipo B, os graduados permanecem em média menos tempo que os não graduados.

## DISCUSSÃO

Projetos têm sido realizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no sentido de garantir a implantação de infraestrutura básica, equipamentos públicos e níveis de acessibilidade satisfatórios para as chamadas favelas urbanizadas, que, segundo

definição da Secretaria Municipal de Habitação, são aquelas que tenham sido objeto de programas de urbanização integrada, tais como Favela - Bairro (caso da Maré), Bairro, Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e outros similares<sup>(9)</sup>.

Embora este estudo não tenha por objetivo averiguar os motivos relacionados à baixa permanência dos profissionais de saúde, o que somente seria possível com a análise qualitativa de cada relato dos profissionais, a baixa permanência de profissionais graduados nos serviços de Atenção Primária à Saúde foi relatada em estudos anteriores, o que foi verificado com base em revisão de literatura.

No presente estudo, observa-se diferença estatística significativa no tempo de permanência dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do tipo A, que são as unidades exclusivamente com equipes de ESF. Esse resultado pode estar associado à inserção das Clínicas de Família na cidade do Rio de Janeiro, ocorrida em maio de 2009, quando houve maior investimento nas Unidades Básicas de Saúde com presença exclusiva da ESF. Autores corroboram que a expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro foi seguida de períodos distintos. Em abril de 2009, observou-se o período de recuperação das Equipes de Saúde da Família, atingindo o número de 149 Equipes. Em um segundo período, que se denomina de ascensão, compreendido entre maio de 2009 e fevereiro de 2010, o número de Equipes chegou a 173. Em um período de franca ascensão, que vai de maio a dezembro de 2010, denominado de expansão, houve aumento expressivo das Equipes<sup>(10)</sup>.

No entanto, apesar da expansão da ESF, os profissionais graduados, comparativamente aos não graduados, permanecem menos tempo nas Unidades de Saúde (embora estes últimos sejam parte de um grupo que também presta cuidados aos portadores de tuberculose). Os portadores de tuberculose (e os comunicantes dos portadores da doença) necessitam de qualificação dos profissionais que prestam a assistência no sentido de busca ativa, diagnóstico, tratamento e adesão. Esse fato coloca o tratamento da tuberculose numa relação de longo prazo entre profissional, portadores da doença e familiares.

O baixo tempo de permanência dos profissionais graduados gera preocupação, afinal, a evidência científica aponta para uma grave crise de situação de trabalho dos profissionais atuantes no âmbito do Sistema Único de Saúde. Entre os principais fatores de rotatividade apontados nos estudos, destacam-se: a precarização do vínculo de trabalho, a questão salarial, a fragmentação da formação de profissionais, o estilo de gestão autoritário e as más condições de trabalho<sup>(11)</sup>. Esse dado condiciona para a desmotivação, “desresponsabilização” na execução das atividades – por exemplo, não cumprimento da carga horária – e abandono do trabalho<sup>(12)</sup>. Pesquisa realizada no Estado de Minas Gerais/Brasil demonstrou que o ambiente de trabalho na ESF caracteriza-se por um enfoque voltado ao incremento da produtividade, representado pela divisão de tarefas, cobrança por resultados e controle e imposição de ritmo de trabalho<sup>(13)</sup>. Esse achado parece reforçar a ideia de que os dispositivos organizacionais dos cuidados primários em saúde carecem de estratégias de captação e permanência desses profissionais nos serviços de saúde.

A capacitação dos profissionais mostra-se de grande relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações do cotidiano dos serviços de saúde, principalmente o trabalho em equipe e o contato com o paciente de tuberculose, relação esta que é de

longa duração. Quando se está em um estado com uma população que cresce cada vez mais e possui elevadas taxas de incidência da tuberculose, os caminhos relativos às medidas de controle da doença estão na qualificação dos futuros profissionais de saúde e na reorientação para o modelo da Atenção Básica.

Corroborando os achados, estudo que abordou o conhecimento de acadêmicos de medicina numa instituição americana ressaltou a necessidade de direcionamento do conhecimento para o modelo primário de atenção<sup>(14)</sup>. Em pesquisa realizada na cidade de Brasília/Brasil, o discurso de muitos profissionais de saúde e gestores que atuam na ESF segue o modelo hospitalocêntrico. Os resultados apontam a falta de profissionais que detenham conhecimento sobre a Atenção Primária<sup>(15)</sup>. Resultado semelhante foi reportado em artigo de revisão que evidenciou que, apesar dos avanços da ESF, alguns profissionais persistem em manter uma padronização na assistência baseada na epidemiologia, o que inibe a operação de um processo de trabalho inovador baseado na real necessidade da população, não limitada na realização de procedimentos<sup>(16)</sup>.

A equipe de pesquisa se deparou com um fato relevante: apesar de constar do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a composição completa das equipes da ESF, em duas Unidades de Saúde havia uma disponibilidade de médicos em relação aos dias e horários da semana para atendimento dos casos de tuberculose. Em uma Unidade de Saúde, o deficit de profissional (Agente Comunitário de Saúde) acarretava em remanejamento interno no intuito de suprir a microárea afetada. Observou-se que o remanejamento ocorria desde que não houvesse interferência na continuidade do tratamento na Equipe de origem do profissional.

A utilização do modelo da vigilância em saúde, na perspectiva de um território de abrangência, auxilia na efetivação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, pois possibilita intervir numa situação específica para um determinado grupo populacional. Parte-se então do princípio de que expandir as Equipes de Saúde da Família seja sinônimo de expansão das intervenções de saúde<sup>(17)</sup>.

No presente estudo, constata-se que o remanejamento de profissionais de saúde acarreta sobrecarga de trabalho, fato este observado nas Unidades estudadas, dificultando a percepção de necessidades não ligadas diretamente à doença dos pacientes com tuberculose que se encontram em tratamento. Mesmo diante do acréscimo de Equipes ao longo dos anos nas Clínicas de Família da cidade Rio de Janeiro, o deficit de Equipes ainda é presente. Este deficit pode inviabilizar ações de promoção da saúde e prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos em sua totalidade.

A equipe de pesquisa se deparou com constantes tiroteios na região, o que levou também à supressão de serviços essenciais, como energia elétrica. Ressalta-se que, por vezes, a equipe de pesquisa e profissionais que não moravam na comunidade eram impedidos de entrar nas Unidades de Saúde ou de sair delas em virtude de tiroteios entre facções criminosas e a polícia.

O Complexo da Maré está entre as favelas-bairro mais populosas da cidade do Rio de Janeiro, com cerca de 130 mil habitantes<sup>(5)</sup>. A área tem uma das piores rendas *per capita* da cidade do Rio de Janeiro e baixos indicadores de desenvolvimento humano<sup>(9)</sup>. A ausência do poder público em questões de segurança pública e a presença de três facções criminosas no cenário de estudo acarretou uma “divisão” da região fora da esfera do Estado. Cada uma

das sub-regiões é “gerenciada” por um grupo de narcotraficantes diferente. Atrilados a este último indicador, elementos como violência, determinantes e condicionantes em saúde e ausência “planejada” do poder público sob muitas configurações exige uma “formação” do profissional que vai além da formação acadêmica. Essa situação foi também ilustrada em estudo realizado na área de Planejamento 1.0, região que envolve bairros centrais da cidade do Rio de Janeiro<sup>(18)</sup>. Naquele estudo, os autores concluíram que a dimensão violência nas comunidades dificulta o tratamento da tuberculose, uma vez que impede a entrada e saída dos visitantes domiciliares. Os resultados demonstram que, para realizar o Tratamento Diretamente Observado nas comunidades carentes, a Equipe de Saúde utiliza estratégias de pactuação com os líderes do tráfico, policiais e pacientes, objetivando garantir a supervisão do tratamento da tuberculose.

Estudos corroboraram a necessidade de ações intersetoriais em parceria com as redes de apoio e redes sociais disponíveis, além de outras instâncias governamentais<sup>(19)</sup>. A ESF é parte integrante da interlocução entre diferentes atores e cenários no que tange ao controle da tuberculose, pois, por ser pautado na realidade local, o planejamento de estratégias é direcionado à realidade do doente e da família<sup>(20)</sup>.

### Limitações do Estudo

O estudo apresenta limitações uma vez que se baseou apenas na percepção dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde do Complexo da Maré. Portanto, novas avaliações seriam importantes no sentido de avaliar a progressiva expansão da ESF a partir da avaliação do tempo de permanência de profissionais que atuam em outras Unidades de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O estudo contribui para as políticas de saúde pública uma vez que algumas das fragilidades apontadas nas variáveis avaliadas no estudo podem auxiliar na identificação das áreas que necessitam de

melhoria para cuidado ao portador de tuberculose. Os resultados demonstram a necessidade de melhor compreensão das Equipes que atuam na atenção Primária à Saúde (enfermeiros, médicos, profissionais de saúde e gestores) sobre metas pactuadas (e sua real implementação) com base no tempo de permanência dos profissionais que atuam na ESF, mais especificamente profissionais que atuam no Programa de Controle da Tuberculose.

Para a Enfermagem, a ESF, como modelo “reestruturante”, tem proporcionado uma importante reordenação no modelo de atenção no Sistema Único de Saúde. A permanência a longo prazo de Enfermeiros é demonstrada positivamente em evidências relacionadas ao Programa de Controle da Tuberculose e nos principais indicadores de saúde das populações assistidas com esta doença.

### CONCLUSÃO

No presente estudo, o tempo de permanência dos profissionais graduados (médicos e enfermeiros) foi inferior ao dos profissionais não graduados (técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde). Os fatores que desestimulam os profissionais a permanecer atuando na ESF nesta comunidade podem ser inúmeros. No entanto, devido à temporalidade do tratamento da tuberculose, o estudo demonstra a necessidade de os gestores desenvolverem estratégias de captação e fixação desses profissionais no ambiente de trabalho e de apoio efetivo por parte dos outros níveis de atenção.

A constatação do estudo quanto ao baixo tempo de exercício da função pelos profissionais entrevistados representa desafios quanto à qualificação dos profissionais para assumirem as responsabilidades inerentes ao controle da tuberculose em nível local, questão que exige ações relacionadas a vínculo e integração entre a Equipe de Saúde e pacientes no controle da doença, e que representa um dos desafios para a expansão consistente da ESF na cidade do Rio de Janeiro.

Por fim, a dimensão violência parece estar incorporada ao cotidiano dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde. Tal questão nos remete à capacidade de articulação efetiva entre os setores públicos envolvidos e à formulação (e consolidação) de políticas públicas que minimizem o efeito desta problemática.

### REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan Americana de Saúde, Brasília (DF); 2012 [cited 2016 Oct 16]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
2. Subsecretaria de Atenção Primária Vigilância e Promoção da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Painel de Indicadores. Sistema de Login SUBPAV [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2015 [cited 2016 Oct 16]. p. Painel de Indicadores. Available from: <https://subpav.org>
3. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(2):327–38. doi: 10.1590/1413-81232015212.23602015
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo 2010 [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 15]. Available from: [http://mapasinterativos.ibge.gov.br/atlas\\_ge/brasil1por1.html](http://mapasinterativos.ibge.gov.br/atlas_ge/brasil1por1.html)
5. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (BR). Censo Demográfico 2010: Aglomerados Subnormais. Informações territoriais [Internet]. Rio de Janeiro (RJ). 2010 [cited 2017 Apr 16]. Available from: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd\\_2010\\_agrn\\_if.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf)
6. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro (RJ) [Internet]. Porto Alegre (RS); 2013 [cited 2017 Apr 16]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/>

pesquisa-da-ufrgs-avalia-as-clinicas-da-familia-na-cidade-do-rio-de-janeiro/

7. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res [Internet]*. 2002 [cited 2018 Aug 7];37(3):791–820. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12132606>
8. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2 edição. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
9. Cavallieri F, Vial A. Coleção Estudos Cariocas: Favelas na cidade do Rio de Janeiro: O quadro populacional com base no Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro; 2012 [cited 2017 Apr 16]. Available from: [http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190\\_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro\\_Censo\\_2010.PDF](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro_Censo_2010.PDF)
10. Simões PP, Gameiro F, Nunes PC, Silva Jr AG, Scardua MT, Simas KBF. Expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto [Internet]*. 2017 [cited 2018 Aug 8];15(3):200–8. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29445>
11. Santos LJ, Paranhos MS. Family Health Teams workers in Rio de Janeiro: leadership aspects in a study on organizational climate. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2017[cited 2018 Aug 8];22(3):759–70. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en\\_1413-8123-csc-22-03-0759.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en_1413-8123-csc-22-03-0759.pdf)
12. Seidl HMF, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno JL. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate [Internet]*. 2014 [cited 2018 Aug 8];38(spec):94–108. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S008>
13. Trindade LL, Pires DEP. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2018 Aug 8];22(1):36–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100005>
14. Bowen JL, Stevens DP, Sixta CS, Provost L, Johnson JK, Woods DM, et al. Developing measures of educational change for academic health care teams implementing the chronic care model in teaching practices. *J Gen Intern Med [Internet]*. 2010[cited 2018 Aug 8];25 Suppl 4(Suppl 4):S586–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20737234>
15. Sousa MD, Rocha AA, Pereira APS, Marques LFS, Oliveira MG. Motivação dos profissionais para ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. In: *Anais do CBMFC [Internet]*. 2014 [cited 2017 Apr 16]. p. 190. Available from: <https://www.cmf.org.br/brasileiro/article/view/1256>
16. Souza RF, Abrahão AL. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Labor [Internet]*. 2017[cited 2017 Apr 16];1(3):82–95. Available from: <http://periodicos.ufc.br/index.php/Labor/article/view/9291>
17. Souza MSPL, Aquino R, Pereira SM, Costa MCN, Barreto ML, Natividade M, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2015 [cited 2018 Aug 8];31(1):111–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00000414>
18. Souza FBA, Villa TCS, Cavalcante SC, Ruffino Netto A, Lopes LB, Conde MB. Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol [Internet]*. 2007[cited 2017 Mar 15];33(3):318–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000300014>
19. Paula HC, Aguiar AC. Abandono do tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: estudo qualitativo em uma área programática do Rio de Janeiro. *Rev Baiana Saúde Pública [Internet]*. 2013 [cited 2017 Apr 16];37(1). Available from: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/356>
20. Santiago Baldan S, Ferraudo AS, Andrade M. A eficácia da Estratégia Saúde da Família e do Tratamento Diretamente Observado no controle da Tuberculose. *Rev Epidemiol e Control Infecção [Internet]*. 2016 [cited 2018 Aug 8];6(4):169–74. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/819>