



Produção do cuidado aos casos de tuberculose: análise segundo os elementos do *Chronic Care Model**

Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model

Producción del cuidado en los casos de tuberculosis: análisis según los elementos del *Chronic Care Model*

Daiane Medeiros da Silva¹, Hérica Brito Gomes de Farias², Tereza Cristina Scatena Villa³, Lenilde Duarte de Sá⁴, Maria Eugênia Firmino Brunello³, Jordana de Almeida Nogueira⁴

Como citar este artigo:

Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira JA. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):237-244. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200009>

* Extraído de parte dos resultados da pesquisa multicêntrica “DECIT – Pontos de estrangulamento na assistência aos doentes de TB em tratamento”, realizada em três regiões do Brasil (Nordeste, Sul e Sudeste), João Pessoa, 2014.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa, PB, Brasil.

² Estratégia Saúde da Família, Município de Goiana, PE, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the care provided to tuberculosis cases in primary health care services according to the elements of the Chronic Care Model. **Method:** Cross-sectional study conducted in a capital city of the northeastern region of Brazil involving 83 Family Health Strategy professionals. A structured tool adapted to tuberculosis-related care in Brazil was applied. Analysis was based on the development of indicators with capacity to produce care varying between limited and optimum. **Results:** The organization of care for tuberculosis and supported self-care presented reasonable capacity. In the coordination with the community, the presence of the community agent presented optimum capacity. Partnership with organizations of the community and involvement of experts presented limited capacity. The qualification of professionals, the system for scheduling and monitoring tuberculosis in the community, and the clinical information system presented basic capacity. **Conclusion:** The capacity of the primary health care services to produce tuberculosis-related care according to the elements of the Chronic Care Model is still limited. Overcoming the fragmentation of care and prioritizing a systemic operation between actions and services of the health care network remains as a major challenge.

DESCRIPTORS

Tuberculosis; Primary Health Care; Health Services; Nursing in Public Health.

Autor correspondente:

Jordana de Almeida Nogueira
Cidade Universitária
CEP 58051-900 – João Pessoa, PB, Brasil
jalnogueira31@gmail.com

Recebido: 30/07/2015
Aprovado: 27/12/2015

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se a principal porta de entrada para rede de serviços de saúde e ponto regular de contato na busca e obtenção de cuidados. No entanto, no que se refere às doenças crônicas, entre elas a tuberculose (TB), observa-se que o diagnóstico é feito tardiamente, cabendo aos ambulatorios especializados a oferta de ações de detecção de casos e tratamento⁽¹⁻²⁾.

Identifica-se um descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da doença para os serviços da APS e a capacidade de resposta das equipes para o manejo clínico e epidemiológico⁽³⁻⁴⁾. Tal situação reflete diretamente nos indicadores de morbidade, nos percentuais de detecção, cura e abandono da doença, ainda inferiores aos índices esperados pela Organização Mundial de Saúde⁽⁵⁾.

Deve-se considerar que a reposta dos serviços da APS converge com os entraves ainda presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização responde por um modelo hegemônico fragmentado, reativo, mais preparado para o manejo clínico das condições agudas. Inequivocadamente, mudanças na situação de saúde advindas da transição demográfica e epidemiológica convocam reformas sistêmicas na organização dos serviços da APS que respondam efetivamente pela gestão do cuidado às condições crônicas de saúde⁽⁶⁾.

O *Chronic Care Model – CCM*⁽⁷⁾ (Modelo de Atenção Crônica) foi desenvolvido como resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados. Compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No primeiro campo, as mudanças devem ser feitas na “organização da atenção à saúde”, no “desenho do sistema de prestação de serviços”, no “suporte às decisões”, nos “sistemas de informação clínica” e no “autocuidado apoiado”. No segundo, as mudanças estão centradas na “articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade”⁽⁶⁾.

A “organização da atenção à saúde” para o cuidado às condições crônicas deve estar disponível para implementar mudanças no processo de gestão, identificar e prevenir falhas na coordenação, promover acordos que facilitem a comunicação e os fluxos de informações e de pessoas, entre os gestores e os prestadores de serviços. O “desenho do sistema de prestação de serviços” requer a definição de papéis e tarefas para assegurar uma atenção estruturada, planejada, continuada, compartilhada por pares. O “suporte às decisões” prevê o uso de ferramentas para educação permanente, compartilhamento das informações clínicas entre equipe/usuários, integração com a atenção especializada. O “sistema de informação clínica” objetiva organizar os dados da população/usuários, de modo a ter pronto acesso para elaboração de um plano de cuidado individualizado, identificação de grupos de riscos e monitoramento. O “autocuidado apoiado” visa gestão colaborativa do cuidado e empoderamento dos usuários ao autogerenciamento de sua saúde. Quanto aos “recursos da comunidade”, este prevê o fortalecimento do controle social, as parcerias com organizações de saúde e as organizações comunitárias⁽⁶⁾.

O grande desafio parece estar na construção de um sistema integrado, proativo, focado na pessoa, na família e comunidade, que favoreça o acesso continuado dos usuários entre os diferentes pontos do sistema, que potencialize a articulação entre as instâncias gestoras do sistema e serviços, que integre a prática clínica entre profissionais da rede de atenção, que incentive o controle social e que possibilite o uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos^(6,8).

Nesta perspectiva, o cuidado aos casos de TB exige uma resposta ordenada dos diferentes pontos de atenção, cuja lógica considere os elementos do CCM. Seu curso prolongado requer, para seu manejo, um plano de cuidado individualizado, que envolva o usuário e seus familiares; demanda um sistema de atenção à saúde competente, cooperativo, interdependente, capaz de reconhecer situações cujo enfrentamento exige habilidades e/ou tecnologias de outros sujeitos e serviços⁽⁹⁾.

Frente aos desafios impostos para orientação da atenção às condições crônicas e a potencialidade dos serviços da APS para ofertar ações descentralizadas de controle à tuberculose, este estudo se propôs a analisar, segundo os elementos do CCM, a produção do cuidado aos casos de tuberculose nos serviços de APS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de delineamento descritivo e abordagem quantitativa, realizado nas unidades de saúde da capital do estado da Paraíba. O município organiza a atenção à saúde de forma regionalizada, em cinco Distritos Sanitários com 182 Equipes de Saúde da Família e sete equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, distribuídas em 126 Unidades de Saúde da Família (USF), proporcionando cobertura para 88,3% da população. Para os casos de TB coexistem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença. Em 2014, João Pessoa apresentou uma taxa de incidência de TB de 35,7 por 100.000 habitantes, taxa de cura de 58,6% e o percentual de abandonos ao tratamento superou o parâmetro nacional (10,5%), atingindo uma taxa de 18,6%⁽⁵⁾.

A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde das 182 unidades de saúde da família do município (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde – ACS), selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar atuando na unidade de saúde no período da coleta de dados e exclusivamente nela, no intuito de não superestimar a amostra, ter acompanhado pelo menos uma vez portadores de TB durante o tratamento. Considerou-se para seleção do tamanho da amostra um erro de estimativa de 5% e confiabilidade e precisão da amostra em 95%, acrescidos de 10% para possíveis perdas. O processo de amostragem se deu por partilha proporcional à categoria profissional, resultando em 83 profissionais de saúde (25 enfermeiros, 10 médicos, 43 ACS e cinco auxiliares/técnicos de enfermagem).

Os dados foram coletados de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio de entrevistas, utilizando-se um

questionário estruturado que permitia analisar a coordenação da assistência, articulação entre os níveis de atenção e oferta de ações para o controle da TB. Este questionário proposto por *MacColl Institute for Healthcare Innovation* baseou-se nos elementos do CCM, sendo adaptado e validado no Brasil⁽¹⁰⁾ para a “avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas” e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas usuárias. Este instrumento foi adaptado para a atenção à TB pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, estando dividido em sete dimensões, (I – Organização da atenção à TB; II – Articulação com a comunidade; III – Autocuidado apoiado; IV – Suporte à decisão; V – Desenho do sistema de prestação de serviços; VI – Sistemas de informação clínica; VII – Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB). Cada dimensão constitui-se de questões das quais se pode obter as respostas em quatro níveis (D, C, B, A), sendo D correspondente ao nível mais desfavorável,

B e C, intermediários e A ao nível mais favorável. Os níveis são representados por valores que variam de 0 a 11.

Os dados foram analisados por técnicas de estatística descritiva, sendo criados indicadores de avaliação da produção do cuidado aos casos de TB nos serviços da APS (Quadro 1), segundo os valores médios dos níveis obtidos em cada componente. Para a criação dos indicadores, somou-se o total de cada dimensão, calculando-se em seguida o valor médio correspondente.

Para os valores entre 0 e menor que 3, considerou-se a capacidade limitada para a atenção à TB; entre 3 e menor que 6, capacidade básica para a atenção à TB; entre 6 e menor que 9, razoável capacidade para a atenção à TB; e entre 9 e 11, capacidade ótima para a atenção à TB. Os dados foram submetidos à análise de variância com o uso do One-way ANOVA.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo nº 0404/2013, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quadro 1 – Dimensões e indicadores de avaliação da produção de cuidado aos casos de tuberculose na Atenção Primária à Saúde segundo os elementos do *Chronic Care Model* adaptado – João Pessoa, PB, Brasil, 2014.

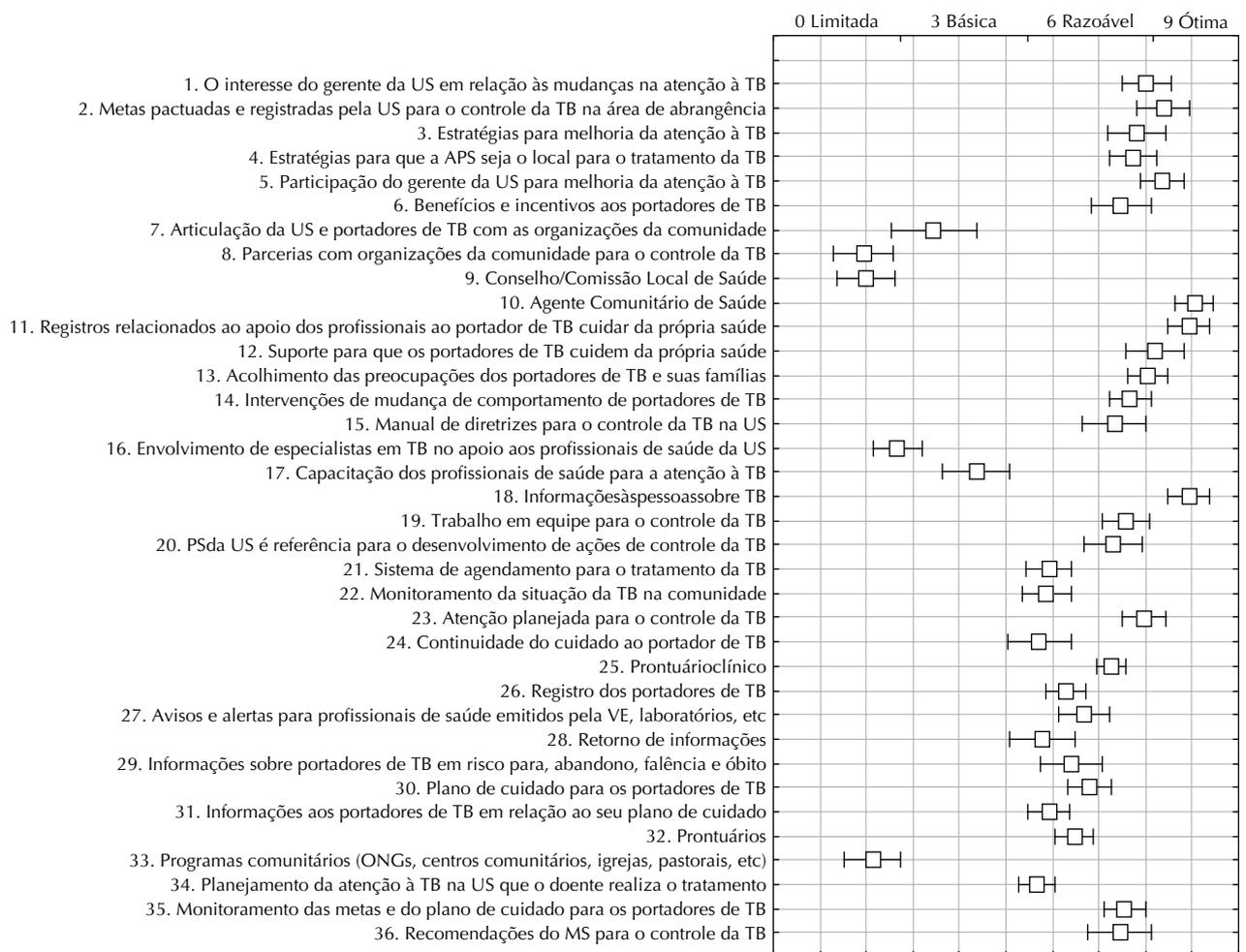
Dimensões	Indicadores
Organização da atenção à TB	<ul style="list-style-type: none"> – Interesse do gerente da US em relação às mudanças na atenção à TB; – Metas pactuadas e registradas pela US para o controle da TB na área de abrangência; – Estratégias para melhoria da atenção à TB; – Estratégias para que a APS seja o local para o tratamento da TB; – Participação do gerente da US para melhoria da atenção à TB; – Benefícios e incentivos aos portadores de TB.
Articulação com a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> – Articulação da US e portadores de TB com as organizações da comunidade; – Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB – Conselho/Comissão Local de Saúde; – Agente Comunitário de Saúde.
Autocuidado apoiado	<ul style="list-style-type: none"> – Registros relacionados ao apoio dos profissionais na US para o portador de TB cuidar da própria saúde; – Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde; – Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias; – Intervenções de mudança de comportamento de portadores de TB.
Suporte à decisão	<ul style="list-style-type: none"> – Manual de diretrizes para o controle da TB na US; – Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de saúde da unidade; – Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB; – Informações às pessoas sobre TB.
Desenho do sistema de prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> – Trabalho em equipe para o controle da TB; – Profissional da US referência para o desenvolvimento de ações de controle da TB; – Sistema de agendamento para o tratamento da TB; – Monitoramento da situação da TB na comunidade; – Atenção planejada para o controle da TB; – Continuidade do cuidado ao portador de TB.
Sistemas de informação clínica	<ul style="list-style-type: none"> – Prontuário clínico; – Registro dos portadores de TB; – Avisos/alertas para profissionais de saúde emitidos pela VE, laboratórios, etc; – Retorno de informações; – Informações sobre portadores de TB em risco para abandono, falência e óbito; – Plano de cuidado para os portadores de TB.
Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB	<ul style="list-style-type: none"> – Informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado; – Prontuários; – Programas comunitários – ONG, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc.; – Planejamento da atenção à TB na US que o doente realiza o tratamento; – Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB; – Recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB.

US – Unidade de Saúde; ONG – Organizações Não Governamentais; VE – Vigilância Epidemiológica.

RESULTADOS

A Figura 1 mostra os indicadores de avaliação da produção de cuidado aos casos de tuberculose na APS segundo os elementos do *Chronic Care Model* – CCM. Os itens que compõem a Organização da Atenção à TB (a existência de interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à TB; metas pactuadas e registradas pela unidade de saúde para o controle da TB na área de abrangência; estratégias para melhoria da atenção à TB; estratégias para que a atenção primária à saúde seja o local para o tratamento da TB; participação do gerente da unidade para melhoria da atenção à TB; existência de benefícios e incentivos aos portadores de TB) apresentaram capacidade razoável.

No que diz respeito à articulação com a comunidade, apenas o item presença de ACS apresentou capacidade ótima. Já a existência de parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB e com Conselho/Comissão Local de Saúde apresentou capacidade limitada. Com relação aos itens que compõem o autocuidado apoiado no município (registros relacionados ao apoio dos profissionais da Unidade de Saúde para o portador de TB cuidar da própria saúde; o suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde; o acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias; e as intervenções de mudança de comportamento, parar de fumar, beber, usar drogas, de portadores de TB), todos apresentaram capacidade razoável.



Interpretação dos resultados: entre 0 e menor que 3 – capacidade limitada; entre 3 e menor que 6 – capacidade básica; entre 6 e menor que 9 – razoável capacidade e entre 9 e 11 – capacidade ótima.

*Dados coletados entre os meses de setembro de 2013 e fevereiro de 2014.

Figura 1 – Indicadores de avaliação da produção de cuidado aos casos de tuberculose na Atenção Primária à Saúde segundo os elementos do *Chronic Care Model* – João Pessoa, PB, Brasil, 2013-2014.

Ainda quanto aos itens que compõem o suporte à decisão no município (Figura 1), tanto a disponibilidade de manual de diretrizes para o controle da TB na Unidade de Saúde quanto o repasse de informações às pessoas sobre TB foram classificados com capacidade razoável. A capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB foi classificada como básica, e o envolvimento de especialistas

em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de saúde da unidade foi classificado com capacidade limitada.

Com relação aos itens que compõem o desenho do sistema de prestação de serviços no município merecem destaque, o sistema de agendamento para o tratamento da TB e o monitoramento da situação da TB na comunidade, os

quais foram classificados com capacidade básica, inferiores aos demais itens que obtiveram capacidade razoável.

Em se tratando do sistema de informação clínica, apenas o item retorno de informações (Vigilância Epidemiológica/Coordenação de Programa de Controle da Tuberculose – PCT) sobre o desempenho da Unidade de Saúde em relação ao controle da TB apresentou capacidade básica, os demais apresentaram capacidade razoável. Em relação à integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, destaca-se o item programas comunitários (ONG, centros comunitários, igrejas, pastorais), com capacidade limitada. Ressalta-se que não houve significância estatística entre os itens do estudo.

DISCUSSÃO

A avaliação dos itens que compõem a organização da atenção à TB no município estudado mostra que esse componente possui elementos que podem potencializar o vínculo dos profissionais com os doentes e com a própria equipe de saúde, uma vez que a organização interna do trabalho na unidade de saúde, através do manejo de políticas e programas de controle da TB por parte de todos os envolvidos no manejo do caso, possibilita o conhecimento do doente e a geração de informações relevantes e indispensáveis para o sistema de referência quando necessário⁽³⁾.

Destaca-se que a organização da atenção à TB e o manejo adequado dos casos de forma intersetorial em João Pessoa-PB pode ser influenciada também pela carência quanti-qualitativa de recursos humanos e pela rotatividade dentro dos serviços de saúde da APS no município, gerando sobrecarga de trabalho e fragmentação da atenção. Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada em um período de mudança de gestão no município.

Estudos⁽¹¹⁻¹²⁾ mostram que a debilidade quantitativa dos profissionais e a rotatividade de profissionais dentro dos serviços podem gerar sobrecarga de trabalho e fragmentação da assistência ao doente de TB, comprometendo a resolutividade dos serviços, o processo de interação com o doente, como também o vínculo e a adesão ao tratamento.

Essa fragmentação se agrava ao se observar os dados referentes à articulação dos serviços da APS com a comunidade, em que as parcerias com organizações da comunidade e Conselho Local de Saúde para o controle da TB são limitadas. A articulação estabelecida entre equipe e comunidade tem papel importante na gestão e no manejo clínico da TB, uma vez que possibilita a atuação da equipe não só na unidade de saúde, mas no espaço social onde a comunidade habita, no contexto familiar e cultural, estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população, no intuito de atuar em situações que ultrapassam a especificidade do setor saúde e que determinam as condições de vida e saúde do indivíduo, da família e da comunidade⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Outro ponto que interfere no cuidado integral dos doentes de TB diz respeito ao autocuidado apoiado, o qual na maioria das vezes ocorre de maneira padronizada, sem articulação com os doentes e sem a construção de um plano de cuidado individual para o doente de TB. Corroborando

os achados desse estudo, pesquisa⁽¹⁵⁾ realizada na Holanda aponta que o modo como está organizada a atenção às doenças crônicas entre as equipes de saúde não oferece condições para a participação efetiva do usuário no processo decisório e na autogestão da doença.

Ao se avaliar os achados, nota-se ainda uma tendência no setor saúde de se produzir o cuidado pautado na chamada macropolítica do encontro, em que as transformações ocorrem a partir de esferas macrosociais, ou seja, as interações ocorrem de modo que as pessoas envolvidas no processo se colocam de acordo para coordenar seus planos de ação, o profissional traça metas e os usuários cumprem ou não tais metas. Dessa forma, a produção do cuidado concorre para uma tendência à padronização, em seguir condutas normatizadas, convergindo para a alienação do processo de trabalho e o retorno das características do modelo biomédico⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, para que se inicie a produção de um cuidado centrado no usuário e que se potencialize o autocuidado apoiado, faz-se necessária a utilização do modelo da micropolítica do encontro, exercitada em um determinado contexto social, em que operam expectativas e produções de subjetividade mútuas expressas nas relações e nos acontecimentos do dia a dia. Ou seja, as mudanças, as intervenções, as ações em saúde e os resultados são consequências de reflexões entre os usuários e os profissionais, o que favorece a melhoria da qualidade da atenção à saúde⁽¹⁶⁾.

Um agravante, resultado deste estudo evidencia que o suporte à decisão no município para os profissionais que atuam no controle da TB também se encontra fragilizado, seja pela não disponibilidade de manual de diretrizes para o controle da TB na unidade de forma cotidiana, ou pelo não acompanhamento contínuo de especialistas, ou mesmo pelas capacitações realizadas apenas para parte da equipe. Por sua vez, tais achados são reflexos da descontinuidade dos processos de capacitação, da inexistência de uma política de educação permanente e da rotatividade dos profissionais de saúde, relacionadas à descontinuidade político-partidária. Outros estudos⁽¹⁷⁻²⁰⁾ realizados em várias regiões do Brasil corroboram tais resultados.

Outro aspecto relevante encontrado neste estudo diz respeito ao desenho do sistema de prestação de serviços, que deve envolver mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas, proporcionando um cuidado integral a partir de articulações intersetoriais e trabalho multiprofissional. No entanto, os dados apontam que os serviços trabalham voltados para a “agudização” das doenças, de forma desarticulada e fragmentada.

Nota-se nas equipes de saúde do município um perfil de equipes de agrupamento, com ações justapostas, caracterizadas pela fragmentação do trabalho e pela centralização das ações no profissional enfermeiro, em que cada profissional trabalha de forma isolada dentro de sua competência técnica. Embora exista certa comunicação entre enfermeiro e ACS, ou enfermeiro e médico, observa-se que esta ocorre apenas como instrumentalização da técnica, como uma

conduta a ser cumprida, em que o ACS supervisiona e o enfermeiro registra. Dessa forma, esse tipo de trabalho em equipe fundamenta-se no trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes meramente tecnológicos, em que o profissional não se sente capaz de intervir, levando à produção não livre do seu trabalho, o não empoderamento do processo de saúde-doença, gerando, com isso, o processo de alienação⁽²¹⁻²²⁾.

Entretanto, esse processo fragmentado da atenção pode estar caminhando para uma mudança, haja vista que mensalmente ocorre uma reunião com o grupo de trabalho de TB no município – o qual é formado por representantes da vigilância epidemiológica do município, pela coordenação do PCT municipal e pelos apoiadores matriciais – para discussão e acompanhamento dos casos de TB. Embora ainda não seja suficiente para a gestão efetiva dos casos, trata-se de um momento em que ocorre a interação dos agentes e a articulação das ações. De modo multidisciplinar ocorre a problematização de casos de TB vistos de diferentes olhares, diferentes especialidades articuladas em favor de um objetivo comum, o controle e acompanhamento dos casos de forma sistemática e eficaz. Tais características se enquadram no tipo de equipe integração, fundamentada em um trabalho vivo, o qual produz o processo de escuta das necessidades do usuário, para uma troca de informações, para o reconhecimento mútuo de direitos e deveres, para um processo de decisões que possibilite intervenções⁽²³⁾.

Uma das estratégias para a melhoria desse fluxo de informações seria o aprimoramento dos sistemas de informação clínica, o qual se configura como informação útil e oportuna, individualizada por pessoa e por populações usuárias portadoras de TB. Contudo, o município ainda apresenta um sistema de informação incipiente, não informatizado e limitado à equipe local.

Estudo⁽³⁾ que avaliou as ações e estratégias de controle da TB realizadas nos serviços de saúde aponta para a necessidade e importância de sistemas informatizados sobre os doentes de TB, incluindo o prontuário clínico, facilitando, assim, o fluxo de informações entre os diferentes níveis assistenciais e a continuidade do cuidado, uma vez que poderia servir como ferramenta de suporte para gestores e profissionais de saúde no planejamento das ações e serviços, reduzindo custos e aumentando a efetividade e eficiência de serviços que compõem o sistema público.

Esses achados interferem diretamente na integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, ou seja, no sistema de saúde efetivo que integra e combina todos os elementos do modelo, como a associação de metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou a associação de políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários, como evidenciado nos resultados apresentados pelos itens desse componente.

A gestão do cuidado à TB aponta que a falta de circulação de informações, de contatos interprofissionais e de preocupação em captar as várias dimensões do sujeito com problema de saúde enraízam-se no modelo tradicional de estruturação do poder nas organizações de saúde⁽²⁴⁾.

Assim, a articulação dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção se constitui como importante dispositivo para ampliação da clínica, em que a equipe prestadora do cuidado percebe as diferenças entre as pessoas com a mesma doença e produz propostas terapêuticas diferentes e adequadas, ao passo que realiza o trabalho de modo interdisciplinar e, conseqüentemente, a reorientação da prática na perspectiva de um processo saúde-doença complexo e dinâmico^(3,25).

Ressalta-se que a limitação desta pesquisa refere-se ao fato de não ter englobado todos os atores envolvidos no processo de cuidado, como os usuários e gestores, que podem apresentar opiniões divergentes dos profissionais e contribuições para a produção do cuidado aos casos de TB pelos serviços de APS.

CONCLUSÃO

A aplicação do CCM como dispositivo para a análise da produção do cuidado aos casos de TB em serviços da APS, mostrou-se útil para mensurar a capacidade destes serviços em inter-relacionar os seis elementos que compõem o modelo. No cenário de investigação, a capacidade limitada dos serviços em mobilizar recursos da comunidade e expandir a atenção para além da prática clínica e institucional demonstra dificuldades para romper com a prática procedimento-centrada e pouca habilidade para promover o empoderamento e a inclusão social, dificultando a produção de um cuidado integral, corresponsável e resolutivo.

Há ainda a tendência à padronização da atenção, a qual não fortalece o exercício democrático do cuidado, no qual os profissionais deixam de ser apenas prescritores e passam a se articular de maneira interdependente e integrada com os sujeitos usuários, avançando para uma gestão colaborativa, alcançando, com isso, maior poder de resolução, compartilhamento de projetos terapêuticos e adequação dos serviços de saúde às necessidades da população.

A participação limitada de especialistas no cuidado aos casos de TB na APS, fundamental para dar suporte às equipes, as fragilidades na capacitação profissional e o sistema de informação clínica incipiente interferem diretamente no manejo adequado dos casos no município e na garantia de um fluxo seguro aos usuários a todos os níveis de atenção e o acesso às tecnologias de cuidado essenciais à resolução de seus problemas de saúde. Nessa direção, torna-se imperativa a realização de educação permanente para os profissionais, visando à reorientação da prática e à tomada de decisões baseadas em novas evidências científicas, possibilitando a criação de espaços coletivos e participativos para o planejamento de ações e o estabelecimento de metas para o autocuidado. Assim, superar a fragmentação do cuidado e priorizar um funcionamento sistêmico entre ações e serviços da rede de atenção à saúde é ainda um grande desafio.

Destaque-se que a ausência de significância estatística entre os itens analisados mostra que há uma concordância de opiniões em relação às potencialidades e limitações da atenção à TB nos serviços de saúde.

RESUMO

Objetivo: Analisar, segundo os elementos do *Chronic Care Model*, a produção do cuidado aos casos de tuberculose nos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo transversal, realizado em capital do nordeste brasileiro, envolvendo 83 profissionais da Estratégia Saúde da Família. Aplicou-se um instrumento estruturado, adaptado para atenção à tuberculose no Brasil. A análise pautou-se na construção de indicadores, cuja capacidade para produção de cuidados variou entre limitada a ótima. **Resultados:** A organização da atenção à tuberculose e o autocuidado apoiado apresentaram capacidade razoável. Na articulação com a comunidade, a presença do agente comunitário de saúde apresentou capacidade ótima. A parceria com organizações da comunidade e o envolvimento de especialistas obtiveram capacidade limitada. A capacitação dos profissionais, o sistema de agendamento e monitoramento da tuberculose na comunidade e o sistema de informação clínica alcançaram capacidade básica. **Conclusão:** A capacidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde para produção do cuidado aos casos de tuberculose, segundo os elementos do *Chronic Care Model*, ainda é limitada. Superar a fragmentação do cuidado e priorizar um funcionamento sistêmico entre ações e serviços da rede de atenção à saúde é ainda um grande desafio.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, según los elementos del *Chronic Care Model*, la producción del cuidado en los casos de tuberculosis en los servicios de Atención Primaria de Salud. **Método:** Estudio transversal, realizado en una capital del nordeste brasileño, que involucró a 83 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. Se aplicó un instrumento estructurado, adaptado a la atención a la tuberculosis en Brasil. El análisis se pautó en la construcción de indicadores, cuya capacidad para la producción de cuidados cambió entre limitada a excelente. **Resultados:** La organización de la atención a la tuberculosis y el autocuidado apoyado presentaron capacidad razonable. En la articulación con la comunidad, la presencia del agente comunitario de salud presentó capacidad óptima. La alianza con organizaciones de comunidad y la involucración de expertos obtuvieron capacidad limitada. La capacitación de los profesionales, el sistema de programación y el monitoreo de la tuberculosis en la comunidad y el sistema de información clínica alcanzaron capacidad básica. **Conclusión:** La capacidad de los servicios de la Atención Primaria de Salud para la producción del cuidado en los casos de tuberculosis, según los elementos del *Chronic Care Model*, todavía es limitada. Superar la fragmentación del cuidado y priorizar un funcionamiento sistémico entre acciones y servicios de la red de atención a la salud es todavía un gran reto.

DESCRIPTORES

Tuberculosis; Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud; Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino Netto A, et al. Tuberculosis diagnosis and performance assessment of the first health service used by patients in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):945-54.
2. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 17];21(Spe):190-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/24.pdf>
3. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, et al. The coordination of care for tuberculosis control. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 13];45(1):111-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a15.pdf
4. Paiva RCG, Nogueira JA, Sá LD, Nóbrega RG, Trigueiro DRS, Villa TCS. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [citado 2015 abr. 18];16(3):520-6. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n3/pdf/v16n3a04.pdf
5. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. 2015 [citado 2015 abr. 15];46(9). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: OMS; 2012 [citado 2014 Mar 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
7. Furtado LG, Nóbrega MML. Model of care in chronic disease inclusion of a theory of nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1197-204.
8. Lavras C. A Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-74.
9. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná [Internet]. Brasília: OPAS; 2012 [citado 2014 ago. 12]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/11/livor_estudo-de-caso-alvorada.pdf
10. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 2014 abr. 25];29(2):84-95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
11. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Performance evaluation of primary care services for the treatment of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1044-53.
12. Kaji A, Thi SS, Smith T, Charunwatthana P, Nosten FH. Challenges in tackling tuberculosis on the Thai-Myanmar border: findings from a qualitative study with health professionals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 19];15:464. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4599649/>
13. Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):131-5.

14. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary Health Care evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 20];23(5):979-87. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf DOI: 10.1590/0104-1169.0489.2639
15. Houtum LV, Rijken M, Groenewegen P. Do everyday problems of people with chronic illness interfere with their disease management? *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 21];15:1000. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590709/>
16. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):295-304.
17. Cardoso GCP, Cruz MM, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PPM, Borenstein JS, et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(2):203-10.
18. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(2):177-87.
19. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in family health. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011; 19(2):387-95.19.
20. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN, et al. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 19];49(4):665-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0665.pdf DOI 10.1590/S0080-623420150000400018
21. Reis VM, David HMSL. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Rev APS* [Internet]. 2010 [citado 2014 mar. 12];13(1):118-25. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/488/303>
22. Cucolo DF, Perroca MG. Factors involved in the delivery of nursing care. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):120-4.
23. Peduzzi M, Carvalho BJ, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011;21(2):629-46.
24. Barrêto AJR, Sá LD, Nogueira JA, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1875-84.
25. Queiroz EM, Guanilo MCDU, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012; 20(2):369-77.

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit n. 40/2012 e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Processo n. 2013/22512-3.
